

Diferentes Modalidades de Aproximación e Intervención en Psicosomática de Acuerdo al Enfoque Psicoanalítico Referencial

Different Approaches and Intervention Modalities in Psychosomatic According to the Psychoanalytical Framework of Reference

Roy Cyjon*

Palabras claves. Abstinencia, Conflicto, Déficit, Empatía, Mentalización, Psicoanálisis, Psicosomática.

Resumen. El propósito del trabajo es dar cuenta sobre la influencia del marco teórico referencial en la aproximación del psicoanalista al entendimiento del objeto y su consiguiente abordaje. Un corpus de conocimiento en movimiento, como el psicoanálisis, se permite, constantemente, ensanchar sus fronteras de intervención, mediante el enriquecimiento dialéctico entre teoría y técnica. Así, hoy día, cuando el paciente acude con un anhelo de sentirse asegurado, cuando su self se halla en riesgo de fragmentación, cuando las posibilidades de mentalización son escasas o se encuentran inhibidas por dichos déficits, los instrumentos técnicos de intervención del analista pueden trascender los límites del lenguaje o la estimulación transferencial del empuje pulsional. Se entiende, aquí, que la falta crónica de holding lleva a deficiencias, donde incluso el pensamiento queda atacado y perturbado y emerge el fenómeno psicosomático. En tal caso, el paciente no podrá captar ni asimilar el contenido de las clásicas interpretaciones del analista sobre sus deseos inconscientes sexuales o de muerte, porque no tiene acceso al umbral y a la experiencia representacional de un yo deseante. Considerando que el déficit provoca una falla en la capacidad de mentalización y las intervenciones de representación de sí, es dable pensar en la posibilidad de comenzar, en momentos subsiguientes, a interpretar también el conflicto, una vez fortalecida la estructura. No son fines excluyentes, sino distribuidos de manera secuencial, de acuerdo a las posibilidades del paciente, su sintomatología y su demanda manifiesta y latente.

Key words. Abstinence, Conflict, Deficit, Empathy, Mentalization, Psychoanalysis, Psychosomatic.

Abstract. The purpose of this paper is to present the influence of the theoretical framework of reference in the psychoanalyst's approach to understanding the object and addressing it. A body of knowledge in motion, such as psychoanalysis, constantly allows broadening its borders of intervention, through the dialectic enrichment between theory and technique. Thus, nowadays, when the patient comes with the eagerness of feeling reassured, when his/her self is at risk of fragmentation, when the possibilities of mentalization are few or are inhibited by those deficits, the technical instruments used by the analyst for intervention can transcend the limits of the language or the transferential stimulation of drives. It is here understood that the chronic lack of holding leads to deficiencies, where even thought gets stuck and disturbed, and the psychosomatic phenomenon appears. In that case, the patient won't be able to understand or absorb the content of the classic interpretations done by the analyst about his/her unconscious sexual or death desires, because he/she has no access to the threshold and the representational experience of a desiring ego. Considering that the deficit causes a failure in the mentalization capacity and the interventions from an intersubjective perspective promote on the patient a feeling of substance in the self representation, it is possible to think about the possibility of starting, in subsequent moments, to interpret the conflict as well, once the structure is strengthened. They are not mutually exclusive purposes, but distributed in a

sequential manner, according to the patient's possibilities, his/her symptomatology and his/her manifest and latent demand.

Lo compatible en psicoanálisis

Las fuentes son esenciales, imprimen las bases del conocimiento posterior. El estudio de la técnica psicoanalítica no escapa a ello. Sin embargo, la mirada horizontal, enfocada a lo nuevo, amplía el espectro no sólo visual, sino cognoscitivo. Más aún en un dispositivo analítico cuya renovación constante ha sido parte inherente a su naturaleza y a su consolidación. El propio Sigmund Freud fue modificando su participación para con el paciente, en un espiral dialéctico constante entre teoría y técnica. Así, para abandonar la hipnosis transitó un período donde la hipno-catarsis y la sugestión se erigieron como medios y reglas terapéuticas centrales y con ello su abstinencia con los pacientes fue tomando ribetes diferentes. Posteriormente, la catarsis se tornó primordial para la investigación y la cura. Finalmente, las reglas fundamentales de la asociación libre y su concomitante atención flotante por parte del analista culminan un andar clínico-teórico-investigativo que establece las bases de un método y dispositivo compatible en la comunidad psicoanalítica. Validez sostenida en reglas.

“El sentido de las reglas reside en la intersubjetividad de su validez. De hecho, una función importante de las reglas es permitir el intercambio intersubjetivo, lo que es particularmente verdadero en psicoanálisis. Un encuadre uniforme asegura que los hallazgos sean comparables, posibilitando así la estandarización del proceso psicoanalítico.”
Bachrach (1983)

En psicoanálisis una de esas reglas básicas, para el analista, es la de la abstinencia.

“La abstinencia presenta dos aspectos: como regla, impone limitaciones específicas al paciente, y, como recomendación de neutralidad analítica, coloca restricciones al terapeuta.” (Laplanche et al., 1972).

“Con todo, la significación sobresaliente de la regla de la abstinencia resulta del planteamiento de Freud de remplazar una argumentación normativa por otra metodológica. Mientras que la ética médica urgiría el rechazo estricto de los sentimientos amorosos del paciente, Freud recomienda no perturbar su desarrollo, sino más bien usarlos para alcanzar y analizar mejor los impulsos desiderativos reprimidos.”
(Thomä et al., 1989)

Cuando Bachrach nos menciona la incidencia de las reglas en el establecimiento de un encuadre, no sólo se refiere a la posibilidad general del surgimiento de un eje rector y como lo he señalado, compatible entre quienes ejercen el psicoanálisis,

sino también como estructura del setting analítico, en lo particular de cada encuentro entre analista y analizando. Es, al decir de Bleger, la estandarización de la situación estímulo externo que permite que el campo psicológico quede configurado por las características particulares del paciente, si bien todo emergente es siempre relacional.

En tal sentido, en lo que al vínculo terapéutico se trata, resulta interesante poder tomar, inicialmente, la regla de la abstinencia como referencia, ya que justamente delimita las participaciones de los actores en la relación terapéutica. Estas delimitaciones estarán sujetas a la impronta teórica que la subyazcan, así como a la influencia que la práctica clínica ejerza, a su vez, sobre el marco teórico referencial, en un diálogo de mutua confirmación y modificación.

Sobre la abstinencia y la escucha analítica

También digo compartible porque dicho proceso de enriquecimiento bidireccional teórico-técnico data desde los orígenes del psicoanálisis y de los resultados de investigación de su fundador. Freud muere a los 83 años y lo hace escribiendo. El Esquema del Psicoanálisis, su última obra, inconclusa, fue elaborada con el propósito de continuar explicando la articulación entre estos polos y su aplicación clínica.

Allí, como en otros pasajes de sus escritos, deja manifiesto que su obra no queda agotada con él. Que la impronta de su mirada sobre lo inconsciente, si bien revolucionaria, incisiva y explicativa, no habrá obturado el alcance de nuevos entendimientos y horizontes más vastos para el ejercicio de la disciplina. Da a entender el menester de sus seguidores de continuar en la tarea de develar lo oculto.

"¿En qué consiste la naturaleza genuina del estado que se denuncia en el interior del ello por la cualidad de lo inconsciente, y en el interior del yo por la de lo preconscious, y en qué consiste el distingo entre ambos? [...] Nos hemos aproximado aquí al secreto de lo psíquico, en verdad todavía no revelado..." Freud (1938)

En esta línea, grandes teóricos, desde los intersticios del corpus de conocimiento elaborado por Freud, continuaron generando espacios de comprensión sobre la naturaleza humana, el hecho psicológico y la técnica psicoanalítica. Melanie Klein, Jacques Lacan, Heinz Kohut, entre otros, ensancharon la teoría, en algunos casos reformulándola, generando escuela, y habilitaron nuevos alcances en el acontecer clínico. En tal sentido, si bien la regla de la abstinencia es parte constitutiva y necesaria del encuadre que habilita que el campo lo delimite mayormente el paciente, desde sus conflictos, déficits, despliegues transferenciales, ansiedades,

defensas, entre otros fenómenos, el fondo teórico que la determina, muchas veces hace a la forma de su aplicación y a su fin.

A modo de ejemplo, José Bleger, desde su impronta kleiniana, nos enseña cómo debe ser respetada esta regla; cómo el analista puede investigar y aproximarse al paciente, al entendimiento de su sufrimiento y de su demanda. Me es relevante mencionar que no es intención del presente trabajo desarrollar los conceptos primordiales que sustentan las diferentes corrientes psicoanalíticas. Con el afán de focalizarme en la incidencia de las teorías en la puesta en práctica de la abstinencia, del tipo de escucha del analista y su intervención frente al paciente con trastornos psicósomáticos, doy por hecho que los mismos son ya sabidos.

En cuanto a la demanda del paciente y la participación del analista, manifestará que:

“Siguiendo [...] la división de E. Pichon-Rivière de las áreas de conducta, podemos considerar tres grupos según que el predominio de inhibiciones, síntomas, quejas o protestas recaiga más sobre el área de la mente, del cuerpo o del mundo externo. El paciente puede traer quejas, lamentos o acusaciones; en el primer caso predomina la ansiedad depresiva, mientras que en el segundo, la ansiedad paranoide” Bleger (1985)

“El analista debe operar disociado: en parte actuando con una identificación proyectiva con el paciente y en parte permaneciendo fuera de esta identificación, observando y controlando lo que ocurre, de manera de graduar así el impacto emocional y la desorganización ansiosa. [...] Esta disociación con la que tiene que operar el analista es a su vez funcional o dinámica, en el sentido de que tiene que actuar permanentemente la proyección e introyección, y tiene que ser lo suficientemente plástica o porosa para que pueda permanecer en los límites de una actitud profesional”. Bleger (1985)

De esa manera la abstinencia y los consiguientes límites de intervención que de ella se desprenden, quedan bajo la égida de la búsqueda, en el paciente, de la moción “pura”, de la proyección de los derivados hostiles de la pulsión de muerte. Será válido, así, graduar, desde el analista, el monto del impacto emocional de sus interpretaciones sobre el material del paciente y de su posible desorganización ansiosa. Quedará relegada en importancia la observación y consideración, entre otras funciones, de la regresión adaptativa al servicio del yo. El acompañamiento afectivo del analista se entenderá como una falla, en la medida que impedirá el despliegue de los derivados pulsionales agresivos.

Tomando otro modelo como eje, desde Lacan y el ejercicio del psicoanálisis desde sus concepciones, con la noción del inconsciente estructurado como lenguaje, con la

idea básica del deseo como estructurante, en la medida que sea registrada la falta (*“Soy lo que el otro no es, por lo tanto, mi existencia y mi deseo quedan definidos por el deseo y la falta del otro. [...] El lugar del moi es i (a), identificación con el deseo de a, autre (otro)”*). (Bleichmar et al., 2006), y la unicidad del síntoma como *“Uno”* porque es lo que no es dentro de la cadena de significantes; las posibilidades del manejo de la abstinencia y la postura del analista tendrán otras dimensiones.

“Lacan critica duramente las ideas de aquellos que, como Balint, Winnicott y otros, proponen que la presencia y la actitud empática del analista en la sesión tienen un efecto curativo. En su opinión, el sentido se le revela al sujeto a través de los cortes del discurso y de actos que tienen, en última instancia, el efecto de una palabra. Se privilegia la palabra, en el sentido de que es a través de ella que tenemos acceso al inconsciente. Sus puntuaciones, sus errores, sus olvidos, la cadena del discurso (secuencia de significantes que finalmente resultan significados en virtud del último significante de la cadena), todas éstas son las herramientas con que cuenta el analista.” (Bleichmar et al., 2006)

Con el estadio del espejo y la pérdida de la representación del cuerpo fragmentado, se da ingreso al registro de lo simbólico y así a la posibilidad de comenzar a elaborar y asimilar la falta como estructurante. Falta como no fallo, es decir, como el no deseo de ser el deseo del otro, que permite la entrada a la cadena de significantes provista por el Otro. Ese registro simbólico es lo que se entiende, desde este enfoque psicoanalítico, el que se obtura cuando el analista interviene desde cualquier tipo de participación ajena a la utilización de la palabra.

Si el analista es empático olvida su función estructurante, obtura el deseo no conocido por el paciente, se localiza en el lugar de sujeto supuesto saber y deshace la dinámica del nudo borromeo, en detrimento de lo simbólico y en la consiguiente estimulación errónea del deseo que circula dentro del registro de lo imaginario.

La abstinencia debe ser “absoluta”. La construcción será del analizando. La liga entre significantes será tarea exclusiva de él y la atención del analista estará focalizada exclusivamente en los errores del lenguaje, vías regias hacia la meta de hacer consciente lo inconsciente. Así, se dará lugar a la escansión cada vez que el paciente entre en contacto con la palabra vacía, aquella que le impide ser.

La psicología psicoanalítica del self es otra de las corrientes que han permitido reformulaciones de las concepciones clásicas. Con Kohut, las nociones de self, de narcisismo y su línea de desarrollo paralela a la libidinal, de empatía como medio de investigación, de transferencias narcisistas, de relevancia en los fenómenos intersubjetivos y relacionales en el desarrollo y en el setting analítico, entre otras,

permiten, al igual que en los otros enfoques psicoanalíticos mencionados, la utilización de nuevos medios y la movilidad de las cotas de las reglas del método.

Entendido el self como una supraestructura psíquica representacional que refiere a la organización interna del contenido ideativo, icónico, fantasmático y de creencia sobre el sí mismo, la regla de abstinencia queda sujeta a otros parámetros. El analista comienza distinguiendo en la demanda del paciente, en su discurso, la hegemonía de conflictos neuróticos de impronta genital o de déficits en las estructuras del sí mismo.

“El término déficit da cuenta de las fallas en la capacidad de feedback (retroalimentación) emocional del cuidador del infante que provocan incapacidades estructurales en el infante. [...] En el conflicto clásico el motivo está determinado por los propios deseos prohibidos del individuo (libido y agresión), mientras que en los estados relacionados con déficit, el motivo es mantener una experiencia de identidad. La calidad de la ansiedad también es diferente. En el contexto del conflicto, la ansiedad se asocia con el contenido de un deseo inconsciente, mientras que en el contexto del déficit, la ansiedad está ligada a la pérdida del propio sí mismo. Por tanto podríamos distinguir entre la ansiedad relacionada con el sentido y la relacionada con el ser.”
Killingmo (2005)

A diferencia de Lacan que entiende que el mero despliegue de la transferencia es dado por una falla en el analista y así el establecimiento de un atrapamiento de ambos, analista y analizado, en un campo de repetición del registro de lo imaginario, la psicología psicoanalítica del self pone énfasis en la captación de la dimensión afectiva en la trama relatada por el paciente.

Al respecto, en su obra *La restauración del sí mismo*, Kohut nos enseña que:

“En los casos de trastornos narcisistas de la personalidad no resulta difícil discernir la naturaleza defensiva, una suerte de pseudovitalidad, de la excitación manifiesta. Detrás de ella sólo hay depresión y falta de autoestima, una profunda sensación de desvalorización y de rechazo, un hambre insaciable de respuesta, un anhelo de sentirse asegurado. [...] En su infancia, estos pacientes sufrieron la falta de respuesta emocional y trataron de superar su soledad y depresión a través de fantasías eróticas y grandiosas”. Kohut (1977)

Cuando el paciente, desde este marco teórico referencial, llega con un anhelo de sentirse asegurado, cuando su sí mismo se halla en riesgo de fragmentación, cuando las posibilidades de mentalización son escasas o se encuentran inhibidas por dichos déficits, la abstinencia del analista se torna permeable y los instrumentos técnicos trascienden los límites del lenguaje o la estimulación del empuje pulsional. Se

entiende aquí que la falta crónica de holding, lleva a deficiencias donde incluso el pensamiento queda atacado y perturbado. En tal caso, el paciente no podrá captar ni asimilar el contenido de las interpretaciones del analista sobre sus deseos inconscientes sexuales o de muerte porque no tiene acceso al umbral y a la experiencia representacional de un yo deseante.

Bjorn Killingmo, basado en esta mirada, propone en su trabajo titulado *Una defensa de la afirmación en relación con los estados de afectos no mentalizados*, tornar más laxa y empática la abstinencia del analista y utilizar la respuesta afirmativa para facilitar los procesos de internalización transmutadora.

“Una respuesta afirmativa puede definirse como una comunicación formulada al sujeto que proviene de un objeto o de una representación de objeto y que consigue retirar la duda sobre la validez de la experiencia del sujeto. [...] Una respuesta afirmativa simplemente expresa y convalida, de un modo empático, la calidad de la experiencia del sí mismo de la persona”. Killingmo (2005)

Según el autor, este recurso utilizado por el analista puede ser entendido desde cuatro puntos de vista, focalizados en las diferentes modalidades de la relación entre el self y los objetos. Se refiere a las experiencias del sujeto de ser visto, entendido, escuchado y aceptado por el otro. Cada uno de estos modos contribuye de manera específica a la experiencia subjetiva del sí mismo. En cuanto a las fronteras de la abstinencia, en el despliegue del material transferencial por parte del paciente, el analista puede enfatizar sobre alguno de estos puntos, no sólo con el contenido de su respuesta sino, además, con el tono de la misma.

“Propondré una secuencia meta-lógica que tiene lugar en el paciente que recibe una respuesta afirmativa. Para cada modo, la lógica es la siguiente: 1) Soy visto: “Él me ve, por tanto debo ser visible, por tanto existo”. 2) Me entiende: “Él me entiende, por tanto soy alguien que puede ser entendido por otro, por lo tanto estoy relacionado con alguien”. 3) Me escucha: “Él se molesta en escucharme, por tanto debo ser alguien al que vale la pena escuchar, por tanto soy algo”. 4) Está de acuerdo conmigo: “Él acuerda conmigo, entonces mi punto de vista no es algo que surge repentinamente, por tanto hay una razón en lo que digo. [...] El impacto a nivel de la experiencia que se busca en los cuatro modos podría amalgamarse en una especie de declaración interna del sí mismo: “Soy alguien, con valor propio, que está en relación con otro, y que tiene derecho a serlo”. Killingmo (2005)

Considerando que el déficit provoca una falla en la capacidad de mentalización y estas intervenciones buscan promover en el paciente un sentimiento de sustancia de su self, de cohesión en la representación de sí, es dable pensar en la posibilidad de comenzar, en momentos subsiguientes, a poder interpretar también el conflicto, una

vez fortalecida la estructura. No son fines excluyentes, sino distribuidos de manera secuencial, de acuerdo a las posibilidades del paciente.

Diferentes modalidades de aproximación e intervención en psicósomática

Considerando, entonces, el distingo entre la prevalencia del conflicto intrapsíquico o del déficit estructural, como determinante mayoritario de la presentación sintomática del paciente y su sufrimiento psíquico concomitante, así como la modalidad de intervención del analista y las limitaciones y alcances en cuanto a su abstinencia, entiendo necesario analizar la localización y la prevalencia de la presentación psicósomática en el continuo que va entre estos polos.

La sintomatología de orden psicógeno manifestada en lo corporal es descrita por Freud desde los inicios de su obra, con la investigación de los fenómenos conversivos.

“A una apreciación por entero diversa del proceso represivo nos fuerza el cuadro de la genuina histeria de conversión. Lo sobresaliente en ella es que consigue hacer desaparecer por completo el monto de afecto. Otras veces esta sofocación no se logra tan completa, y una dosis de sensaciones penosas se anuda a los síntomas mismos, o no puede evitarse algún desprendimiento de angustia que, a su vez, pone en acción el mecanismo de formación de una fobia. El contenido de representación de la agencia representante de pulsión se ha sustraído radicalmente de la consciencia; como formación sustitutiva y al mismo tiempo como síntoma se encuentra una inervación hiperintensa somática en los casos típicos, unas veces de naturaleza sensorial y otras de naturaleza motriz, ya sea como excitación o como inhibición” Freud (1915)

En el proceso descrito por Freud he de subrayar la importancia de la simbolización, o mentalización para la escuela americana, en la constitución del síntoma conversivo y su ligazón al contenido intrapsíquico que representa, el cual irrumpe como representante representacional de la pulsión, derivado transaccional entre el deseo y la defensa.

Lo simbólico, que refiere al símbolo, es en la literatura psicoanalítica un:

“Término tomado de la antropología y empleado como sustantivo masculino por Jacques Lacan desde 1936, para designar el sistema de representación basado en el lenguaje, es decir, en los signos y las significaciones que determinan al sujeto sin que él lo sepa; el sujeto puede referirse a ese sistema consciente e inconscientemente, cuando ejerce su facultad de simbolización.” (Roudinesco et al., 1997)

Lecourse y Bouchard se refieren a como en el proceso dinámico de la mentalización *“las excitaciones básicas somáticas, motrices o intersubjetivas sufren una transformación cualitativa que las transforma en contenidos mentales dentro de una matriz humana intersubjetiva y personal.”* Killingmo (2005)

Si bien ambas denominaciones alcanzan explicaciones diferentes, dado el centro de focalización en lo intra o interpersonal, hacen mención a la matriz estructural y definitoria del sí mismo del sujeto, cuando la palabra logra interconectarse con la representación cosa, con el afecto y así otorgarle sentido. Dicha meta alcanzada mitiga la tensión y transforma las descargas somáticas y motrices en instancias pasibles de ser representadas y abordadas.

En esta línea, la sintomatología psicosomática podría leerse a la luz, justamente, de excitaciones no mentalizadas, de afectos desligados y no asociados con una representación significativa del sí mismo del individuo. Sin embargo, es relevante referir que no todo paciente con déficits en su capacidad de mentalización padecerá exclusivamente trastornos psicosomáticos. La desorganización ansiosa crónica y la depresión vacía son ejemplos de ello.

En este caso menciono el término déficit porque si abordamos la temática de la psicosomática otorgándole al proceso de mentalización un rol primordial entenderemos dos aspectos centrales. El primero, como afirma Killingmo, que dicha incapacidad le impedirá al sujeto representar, significativamente, los estados emocionales en forma de símbolos. Además, vivenciar sus afectos como propios y así relacionarse consigo mismo como un agente activo. Y el segundo, que el eje psicodinámico no refiere al conflicto clásico entre las instancias de la psique o al dado entre los imperativos del ello y la realidad, sino a defectos en el desarrollo estructural del individuo, por fallas en las relaciones más primarias con sus otros significativos, por falta de estimulación, sobreestimulación o estimulación mal orientada.

“Las modernas investigaciones acerca de la vida emocional del bebé y de su relación con los padres nos enseñan que el bebé despliega desde el comienzo de su vida un intenso diálogo interactivo con su madre en el cual el afecto y la cognición se hallan estrechamente entrelazados, y se estructuran pautas de comportamiento originadas por la respuesta de cada uno de los dos participantes a los estímulos que provienen del otro. La psicología del self ha insistido en la regulación del sentimiento del estado del self según la respuesta de los padres a las demandas del bebé.” Coderch (2012)

De esta manera, como lo he mencionado con anterioridad, de acuerdo al enfoque psicoanalítico referencial, si concebimos lo intersubjetivo como fundante de la

estructura psíquica y la fantasmática interna, la falla de rêverie como determinante del déficit, podremos repensar cuáles son los alcances y limitaciones de la abstinencia clásica, “pura”, con los pacientes carentes de mentalización, sufriendo a través de sus somatizaciones; y también reflexionar sobre los recursos terapéuticos con los que se cuentan, más allá de la interpretación del conflicto.

“Si la madre es receptiva al estado mental del bebé y se permite evocarlo dentro de ella, podrá luego procesarlo de tal modo que le será posible ocuparse de él en el bebé bajo una forma reconocible; así algo que se manifestaba como cuasi sensorial y somático, es transformado por la madre en una condición mental que servirá como base del pensamiento o bien se guardará como recuerdo. [...] Bion consideró que el proceso de transformación de beta en alfa era fundamental para la producción del pensamiento. [...] Si los elementos de la experiencia potencial permanecen sin procesamiento, es decir, si quedan como elementos beta, no pueden ser tratados como pensamientos corrientes ni como percepciones ordinarias del mundo físico. Se encuentran en el límite que separa la experiencia somática de la psíquica.” Britton (1994)

Considero que el trabajo de Bion sobre la simbolización, las construcciones representacionales y la dinámica del pensamiento, es tan profundo como revelador y útil. Sirve como sustrato teórico para el entendimiento y el trabajo con nuestros pacientes. Sin embargo, el análisis pormenorizado de sus aportes trasciende las fronteras del marco de las presentes reflexiones, que intentan dar cuenta de la vasta aplicación del psicoanálisis y de sus posibilidades técnicas, influidas desde sus marcos teóricos referenciales, en relación particular a los síntomas psicósomáticos.

Una de ellas es la ya mencionada respuesta afirmativa, de la cual agregaré que, además de no ser excluyente a la clásica interpretación desde la cual el analista busca el significado inconsciente, este recurso procura reconstruir o de hecho cimentar, en casos de mayor falta de cohesión estructural, el sentido de la experiencia del sí mismo del paciente.

En tal sentido, con una predominancia de la somatización como polo antónimo al insight, será necesario para el analista, inicialmente, el lograr la identificación necesaria con el paciente, para comprender y conocer su experiencia interna.

A este proceso activo, investigativo, del analista con su analizando, llamado empatía, es otra de las herramientas a las que considero oportuno apelar para poder adentrarse en la trama inconsciente no mentalizada del sujeto, que busca su constante descarga y la encuentra en el soma, en lo motriz y/o en la desorganización ansiosa.

“La investigación científica válida en psicoanálisis resulta posible porque la comprensión empática de la experiencia de otros seres humanos es una capacidad humana tan válida como la visión, el oído, el tacto, el gusto y el olfato, y el psicoanálisis puede superar los obstáculos que se levantan en el camino de la comprensión empática, tal como otras ciencias han aprendido a superar los obstáculos que les impedían llegar a dominar el uso de los medios de observación que utilizaban: los órganos sensoriales, incluyendo su extensión y refinamiento a través de instrumentos.” Kohut (1980)

Queda señalada la utilidad como instrumento de introspección lo que Coderch ha definido como perspectiva empática, en el sentido de la escucha desde dentro de la mente del paciente. Actitud que ha de permitir al analista percibir al paciente desde la propia perspectiva de éste, en cuanto a la representación de su sí mismo, sus relaciones objetales y la relación con su cuerpo no hablado, no simbolizado.

Desde la ausencia de la palabra, aquella que inicialmente en el desarrollo debió ser externa y contenedora, que debió regular afectivamente la tensión; cuando el analista le permite al sujeto, en ocasiones por primera vez para él, vivir la interpretación como una co-interpretación, como una construcción conjunta a través de la colaboración mutua y desde la vivencia del paciente en sintonía empática con la del analista, comienza a gestarse la base de un verdadero insight y desde allí el punto de partida para la elaboración.

Reflexión final

Después de este breve planteo sobre las diferentes modalidades de aproximación e intervención en psicósomática, es observable que las mismas sí varían de acuerdo al marco teórico de referencia del analista. Sería fácil pero engañoso suponer que el siguiente paso en este análisis implicara una valoración sobre la validez de las teorías y su aplicación técnica.

Al respecto, la validez se liga a lo compartible, a lo demostrable como eficaz, no a lo normativo, no a la ilusión de lo verdadero (siempre incognoscible), de lo absoluto. Dice Shiller, citado por Marcusse en *Eros y Civilización*, que “*hay entre la pura estupidez y la más grande inteligencia una cierta afinidad, en el sentido de que ambas no buscan más que lo real absoluto*” Marcuse (2002). Agrega Bion (1966) que es “*posible denominar a la verdad absoluta como un pensamiento sin pensador*”.

Hoy día se discute si podemos hablar de varios psicoanálisis en lugar de uno. No considero que así sea. El psicoanálisis es, en la actualidad, la corriente psicológica más compleja y completa sobre el entendimiento del ser humano. Desde finales del siglo XIX se ha erigido como la forma más cabal de comprensión de los procesos

inconscientes, determinantes de las conductas manifiestas. Ha puesto en descubierto, desde sus orígenes, la existencia y relevancia de la sexualidad infantil. Ha descrito una psique configurada por instancias, en conflicto entre sí, con sus propias leyes y lógicas en sus procesos dinámicos. Ha reformulado la comprensión de la relación del individuo con la sociedad, ha reinterpretado al hecho psicológico en sí.

Este ha sido el legado de Freud. Un campo de conocimiento vasto sobre la naturaleza humana, sobre su desarrollo normal y patológico. También, de manera dialógica entre teoría y técnica y de enriquecimiento bidireccional constante, un método terapéutico, con reglas claras, que le otorgan identidad propia y fines característicos. Hacer consciente lo inconsciente, interpretar la transferencia, doblar las resistencias, son partes fundamentales de un todo que el analista tendrá internalizado para poder, junto con el paciente, permitirle recordar y reelaborar sus conflictos, fortalecer las debilidades ocasionadas por sus déficits, para responder así a sus demandas, deseos y necesidades. Afirma Marcelo Viñar que *“la situación analítica crea la intimidad de un entre-dos donde todo pasa (o puede pasar) sin que nada pase”* Viñar (2002)

Ese “todo pasa sin que nada pase” es permitido por un encuadre estructurado por medio de reglas, que como la abstinencia delimitan las fronteras de la escucha y la participación del analista en el proceso terapéutico.

Existe una fuente primigenia y clara de conocimientos técnicos y teóricos donde sustentar nuestro trabajo con los pacientes, y además, se ha continuado profundizando y ampliando las fronteras originales de aplicación y entendimiento. Cada paciente implicará una historia particular, única e irrepetible. El vínculo terapéutico de ese “entre-dos” marcará las pautas del cómo, dentro del gran marco compatible por todas las corrientes psicoanalíticas. La elección de las nuevas herramientas de intervención, la perspectiva empática, la respuesta afirmativa, entre otras, basadas en reformulaciones teóricas contemporáneas, fungirá a modo de complemento. Será fundamental dilucidar, en cada paciente, en cada encuentro, el predominio de conflictos o de déficits, la organización estructural predominante, la capacidad de mentalización, la naturaleza de los síntomas, los tipos de defensas y ansiedades, para poder intervenir tomando como eje rector a ese paciente particular, desde un corpus psicoanalítico, tan completo como versátil.

Referencias

- Bleger, J. 2012 [1985]. Temas de psicología. Entrevista y grupos. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Bleichmar, N. y C. Leiberman. 2006. El psicoanálisis después de Freud. Paidós, Barcelona.
- Britton, R. 1994. Reteniendo las cosas en la mente. Pp. 177-195. En: Conferencias clínicas sobre Klein y Bion, R. Anderson (compilador), Paidós, Buenos Aires.
- Coderch, J. 2012. La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica. Herder, Barcelona.
- Freud, S. 1997 [1915]. La represión. Pp. 135-152. En: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras, (1914-1916). Tomo XIV. Amorrortu, Buenos Aires.
- Freud, S. 1997 [1938]. Esquema del psicoanálisis. Pp. 133-2009. En: Moisés y la religión monoteísta. Esquema del psicoanálisis y otras obras (1937-1939). Tomo XXIII. Amorrortu, Buenos Aires.
- Killingmo, B. 2005. Una defensa de la afirmación en relación con los estados de afectos no mentalizados. Pp. 169-186. En: Psicósomática, aportes teórico-clínicos en el siglo XXI, A. Maladesky & M. López & Z. López (compiladores). Lugar, Buenos Aires.
- Kohut, H. 1990 [1977]. La restauración del sí-mismo. Paidós, México.
- Marcusse, H. 2002. Eros y civilización. Ariel, Barcelona.
- Roudinesco E. y M. Plon. 2011 [1997]. Diccionario de psicoanálisis. Paidós, Buenos Aires.
- Thomä, H. y H. Kächele, H. 1989. Teoría y Práctica del Psicoanálisis, Fundamentos I. Herder, Barcelona.
- Viñar, M. 2002. Psicoanalizar hoy, problemas de articulación teórico clínica. Trilce, Montevideo.

*Dirección: Euler 152, 409A. Colonia Chapultepec Morales. Delegación Miguel Hidalgo. 11570. México, D.F. E-mail: cyjonr@gmail.com. Teléfono: +52 55 6259 9580. Celular: +52 155 3694 9909

Asociación Mexicana para la Práctica, Investigación y Enseñanza del Psicoanálisis A.C. Dirección: Arquímedes 3, 6to piso. Colonia Bosque de Chapultepec. Delegación Miguel Hidalgo.11580. México, D.F. E-mail: info@ampiep.org. Teléfono: +52 55 5280 3809. Fax: +52 55 5280 2115