ESQUEMAS REFERENCIALES EN PSICOSOMÁTICA: PIERRE MARTY Y LA ESCUELA DE PARÍS

Su aplicación en una institución sin ánimo de lucro: asociación contra el cáncer en Bizkaia.

Estibaliz Alonso Undabeitia[1]

RESUMEN

Este trabajo pretende mostrar algunas de las especificidades del modelo de Pierre Marty y la Escuela de Psicosomática de París, en referencia a su aplicación en una institución sin ánimo de lucro en el trabajo con personas con enfermedad oncológica. Esta escuela creó una herramienta, la clasificación psicosomática, que resulta de utilidad diagnóstica y pronóstica en este tipo de pacientes. Dentro de la clasificación hay algunos ítems especialmente importantes y que nos darán una idea de la gravedad del pronóstico.

Palabras clave

Cáncer. Niveles de funcionamiento mental. Desorganiza-ción progresiva. Reorganización. Clasificación psicosomática. Criterios de gravedad.

ABSTRACT

This paper tries to convey some of the Pierre Marty's and The School of Paris' developments within its use in a team formed by psychologist and social workers in a non-profit private social entity one of whose aims is to offer psychosocial support to cancer patients and their families. The School of Paris formulated a nosological classification of psychosomatic, according to different categories in relation to mentalizing ability which is useful to diagnose and make a prognosis of the probable evolution of cancer patients, among others, and its severity.

Keywords

Cancer. Operatory thinking. Psychosomatic investigation. Mental functioning levels, Instinctual Defusion. Nosological classification of psychosomatics. Reorganization.

Introducción

En París, en el Hospital de la Poterne des Peupliers, Marty y un grupo de psicoanalistas, en estrecha colaboración con otros colegas médicos, se dedicaban, desde un enfoque psicoanalítico, al tratamiento psíquico de enfermos somáticos, desarrollando, desde 1978, un in-

[1] Psicóloga general sanitaria. Miembro del Instituto APM, miembro del IEPPM, miembro asociado de la Sociedad de Estudios Psicosomáticos Iberoamericana. Psicóloga del equipo psicosocial Asociación Contra el Cáncer en Bizkaia (2002-2022). Práctica privada en Bilbao. alonso1712@cop.es

tenso trabajo de investigación sobre la relación entre la psicopatología de aquellas personas y la enfermedad somática que les aquejaba. De las discusiones entre los miembros de aquel grupo, surgió, entre otras cosas, la *clasificación psicosomática*, que Marty presentó en 1985 (Muro, 2016). Marty (1990) recomienda aplicarla enseguida a la persona a la que se acaba de examinar como medio para no caer en las «trampas» de una investigación. A pesar de que se les puede reprochar su condición de fragmentantes y parcelantes, los rótulos y orden de la clasificación suelen rectificar, dice, la opinión espontánea del investigador y lo devuelven a una realidad semiológica a veces más severa que la de su afectividad.

Marty nos propone un tipo de entrevista específico, más allá de la anamnesis de datos médicos, intervenciones o tratamientos. Marty creó la denominada «Escuela de París» junto con Ch. David, M. de M´Uzan y M. Fain. Su fundación, se considera, tuvo lugar en el «Congrès des psychanalystes de Langues Romanes», celebrado en Barcelona en 1962 (Muro, 2006). Según este modelo, al encontrarse frente al paciente que consulta se debe realizar una investigación psicosomática que, a diferencia de la psicoanalítica, tendrá en cuenta el doble aspecto, psíquico y somático, de la economía del paciente.

Según Smadja (2009), la revolución introducida por los psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París reside en el espíritu de esta investigación, resultado del «maridaje entre la metodología psicoanalítica freudiana y la extensión de la concepción metapsicológica a los acontecimientos somáticos». Se trata de la definición de un nuevo concepto, el de la situación conflictiva, añadiendo, tanto desde el punto de vista dinámico como desde el punto de vista energético, los dos planos de expresión psíquica y somática. Según Marty, citado por Smadja, «se dirá que un enfermo es psicosomático cuando se establece la relación precisa que existe entre su situación conflictiva y su enfermedad». Para los nuevos psicosomatólogos, los dos niveles de expresión, psíquico y somático, proceden de una dinámica y una energética comunes y resultan de las modificaciones acaecidas en el conjunto de la estructura psicosomática debido a la situación conflictiva. Según esta nueva concepción, los síntomas y enfermedades somáticas adquieren un estatuto defensivo y adapta-

tivo, en respuesta a la situación conflictiva, del mismo valor que los síntomas de tipo mental.

Juan Muro (2006) nos cuenta que Jaime de Tomás, en la conferencia que pronunció en el Ateneo de Madrid en el curso 87-88, señalaba como la primera dificultad para comprender la estrecha relación entre mente y cuerpo la imposibilidad del hombre de concebirse como una unidad, y añadía, citando a P. Marty, que «una concepción unitaria hace peligrar la creencia en la inmortalidad».

La clasificación psicosomática

Desde 2004 se introdujo en la sede de Bizkaia de la Asociación Contra el Cáncer esta forma de trabajo con los pacientes oncológicos a través de una sesión clínica semanal conducida por Mikel Zubiri, psicoanalista didacta y psicosomatólogo. No es una forma de trabajo que se haya hecho extensible, hasta donde sabemos, a otras sedes provinciales de la misma institución. La intervención con pacientes con cáncer está marcada, en general, por el tipo de diagnóstico médico y desde una metodología cognitivo-conductual. Nuestra pretensión ha sido dar difusión en la medida de lo posible a esta otra forma de entender el cáncer, como enfermedad desorganizativa en el sentido de Marty (Smadja, 2010).

Como hemos explicado en otro lugar (Alonso et al., 2019), en esta sesión clínica cada profesional expone el material recogido durante las entrevistas realizadas con las personas diagnosticadas de cáncer que acuden al servicio de atención psicológica gratuito. Se procura que las entrevistas no se alarguen en el tiempo para poder favorecer la aplicación de la clasificación en las condiciones en las que el paciente acude al inicio, teniendo en cuenta, además, que pueden ser derivados a otro profesional para realizar el tratamiento indicado en cada caso. Resulta interesante contemplar las discrepancias entre la impresión del clínico que presenta las entrevistas y el resultado y pronóstico que se extrae tras la aplicación de la clasificación. Coincide con la mencionada recomendación de Marty de aplicarla lo antes posibles tras las entrevistas; en nuestra experiencia, el clínico desea-

ría ver casi siempre un mejor diagnóstico y, por supuesto, pronóstico del paciente que presenta. A lo largo de estos años hemos visto lo oportuno de realizar este tipo de trabajo con el máximo posible de personas entrevistadas, ayuda a los clínicos principiantes sobre todo a no ver donde no hay, a no trabajar con un paciente con una mala mentalización como si fuera un neurótico y desgastarse, por tanto, como echando agua en un cesto. Significa que cada paciente tendrá su tipo de intervención teniendo en cuenta esta perspectiva y que se empleará la energía considerando las limitaciones, no que se vaya a descartar a nadie por suponer que no puede beneficiarse de la intervención, la cual será a medida, como está explicado en otro trabajo (Alonso et al., 2019).

La posición del investigador en las entrevistas será la de dejar, todo lo posible, que el paciente se desenvuelva solo, evitando las rupturas de su ritmo relacional, aprovechando los lazos asociativos que se presentan y dejando para el final las preguntas complejas (Marty, 1990). El conocimiento de la clasificación psicosomática adquirido a través del entrenamiento semanal permite al clínico poseer un esquema interno a modo de guía en la oscuridad que, a veces, se vive frente a un grupo importante de los pacientes que se reciben en una institución de estas características, que encajarían en las categorías de neurosis mal mentalizadas y neurosis de comportamiento de la clasificación propuesta por Marty.

Tras presentar las entrevistas se van repasando las diferentes rúbricas de la clasificación, señalando aquellas que parezcan corresponder al paciente. Al final, tendremos una lista de ítems cuya comparación nos va a permitir llegar al objetivo de la investigación que es «traducir la impresión diagnóstica, en relación a la organización mental y las particularidades del funcionamiento psíquico del paciente» (Muro, 2016).

Según F. Moreau, Marty hubiera querido hacer de ella una herramienta universal de investigación clínica y, aunque está muy lejos de ser universal, ha permitido la elaboración de varios trabajos de investigación.

Nuestra experiencia ha consistido en la aplicación de la clasificación psicosomática de manera sistemática a un porcentaje amplio de las personas con cáncer que se reciben en el servicio de atención psicológica de la AECC en Bizkaia. Aún no ha sido reflejada en una investigación, pero permite realizar un diagnóstico y pronóstico de la evolución del paciente.

Ítems de gravedad

La clasificación está dividida en cuatro partes:

a. Estructura fundamental: intenta determinar la organización psíquica del individuo.

b. Particularidades habituales mayores: datos sintomáticos relativos al funcionamiento mental y forma de vida habitual del paciente, así como datos obtenidos a partir de su historia.

c. Características actuales mayores: datos sintomáticos, o anamnesis recientes, relativos al funcionamiento mental y a la forma de vida actual del paciente.

d. Características que resultan del proceso de psicoterapia.

Dentro de la clasificación hay signos cuya presencia se considera benigna o de buen pronóstico porque apuntan a una organización capaz de resistir frente al movimiento desorganizador. Al contrario, existen una serie de rasgos, que apuntan a la fragilidad de la estructura u organización del paciente, que son considerados malignos o de riesgo. Será la combinación de varios de ellos la que nos dará una indicación sobre la benignidad o malignidad, no la presencia de un signo o síntoma (Muro, 2016).

Los ítems considerados criterios de gravedad serán los siguientes:

A nivel de la estructura mental, se consideran de gravedad las consideradas neurosis de carácter mal mentalizadas, donde no hay representaciones o si las hay, son raras o superficiales y hay pocas asociaciones cuando existen. También lo son las neurosis de comportamiento, cuadros en los que se observa una insuficiencia de las organizaciones funcionales.

Las neurosis de carácter toman su nombre de los rasgos de carácter (expresiones relacionales de defensa contra las pulsiones impidiendo su expresión en y contra los síntomas neuróticos mentales).

En las neurosis de comportamiento se observa una insuficiencia originaria del preconsciente, con ausencia o limitación y superficialidad de las representaciones, ausencia de afectos y de simbolización, como consecuencia, el inconsciente y el ello se expresa en comportamientos.

El preconsciente (primera tópica) está mal constituido y por tanto la segunda tópica se constituye de manera deficiente (Muro, 2016). No hay introyecciones y el superyó edípico no está constituido habitualmente; al contrario, aparece un Yo-ideal acentuado, es decir, la omnipotencia infantil ha experimentado una elaboración muy escasa. No hay conflictos intrapsíquicos, no hay angustia ni sentimiento de culpa.

Debido a la ausencia del preconsciente hay poca actividad de la fantasía y escasa capacidad de elaboración mental. El lenguaje y los símbolos están muy reducidos, esto dificulta la relación con este tipo de pacientes.

La gran mayoría de los pacientes que se reciben en el servicio de la AECC Bizkaia pertenecen a una de estas dos categorías. Es muy importante conocer esta cuestión a la hora de plantear la intervención. Desde nuestra experiencia, son pacientes que van a funcionar muy bien en una intervención grupal, va a ser menos gravoso para los profesionales y es muy recomendable trabajar en coterapia con un profesional trabajador social, como hemos comentado en otro lugar (Alonso et. al.,2019).

A nivel de las particularidades habituales del sujeto, se consideran de gravedad las angustias difusas: angustias automáticas en el sentido clásico descrito por Freud, la angustia que se siente al verse invadido el aparato psíquico por una cantidad de excitación que no puede manejar porque no puede ser ligada a representaciones (Muro, 2016).

Se trata de un afecto que al entrevistador le llega en forma de malestar que no puede representar, que no disminuye conforme avanza

la entrevista, cosa que sí puede suceder con las angustias objetales al poder ponerles palabras con ayuda del analista. Las angustias objetales se manifiestan en forma de preocupación, por los hijos, por las pérdidas que van a enfrentarse por la enfermedad, por la propia vida, etc., son señales de alarma acompañadas de representaciones que se producen ante el riesgo o la amenaza de castración o de pérdida del objeto.

Otro ítem que se considera de mal pronóstico es masoquismo aparente con ausencia de integración de satisfacciones pasivas, lo que en la clasificación se recoge como *apariencia masoquista tipo* «*neurosis de destino*». Es importante determinar qué tipo de masoquismo domina las relaciones del paciente, por esto se debe elegir al menos una de las tres rúbricas relativas al masoquismo que ofrece la clasificación. Es un factor preventivo fundamental la existencia de un masoquismo estructurante, con integración de queja, poco habitual en los pacientes que se reciben en la institución, que, por el contrario, presentan un masoquismo aparente (Zubiri, 2008). En este tipo de pacientes no hay queja, el paciente explica cosas que le suceden como si le cayera agua encima y no supiera que puede hacer algo por evitarlo, ni siquiera sabe que se está mojando, por así decir, y en el entrevistador puede surgir la pregunta de por qué no hace nada con todo eso que le pasa, por qué ni siquiera se queja. Construir un masoquismo estructurante será un objetivo previo a la interpretación del conflicto, favorecer la queja, facilitar la identificación de los elementos que dañan al paciente y el propio daño en sí mismo.

La depresión latente es ítem de mal pronóstico, es el residuo de una depresión esencial ocurrida en la infancia y no elaborada, quedando soterrada y con capacidad para activarse en cualquier momento de la vida si se dan acontecimientos suficientemente traumáticos.

A nivel del orden de la interpretación, son ítems de gravedad los siguientes:

Yo Ideal predominante. Se trata de un vestigio conservado, o bien reencontrado, del narcisismo primario (Usobiaga, 1997), encontraremos aspectos de indiferenciación, omnipotencia y, sobre todo, gran incapacidad a la hora de poder poner en funcionamiento el aparato

mental. Debemos diferenciarlo de los ideales del Yo y del Superyó. Es una tarea difícil, pero también de gran importancia en cuanto al planteamiento de un tratamiento y de las posibilidades del pronóstico del mismo, así como de un signo de riesgo de la desorganización del paciente y sus capacidades de reorganización.

En la clínica lo diferenciamos de la siguiente forma:

El Yo Ideal muestra restos del narcisismo primario favorable, omnipotencia, obligaciones y prohibiciones no negociables, no plantea dudas y aparece sensación de vergüenza.

El Ideal del Yo estará en relación con el narcisismo secundario.

El Superyó postedípico implica un desarrollo mental. Se crean metas y se cumple con las obligaciones en la medida de lo posible. Observamos autoestima y cuidado de uno mismo, así como autovigilancia y control. Plantea la idea de una progresión. Muestra y tiene en cuenta las limitaciones del sujeto. Frente a la herida narcisista, aparecerán frustración y sentimientos de culpa y pena (Usobiaga, 1997).

También en el orden de la interpretación son de mal pronóstico los siguientes ítems: rechazo de las regresiones (en el sentido de repliegue narcisista, de ser capaz de parar, de cuidarse, de dejarse ayudar); conductas de agotamiento libidinal, generalmente actividad motora innecesaria a ojos del entorno (limpieza o ejercicio físico inadecuado en un momento en el que lo que el cuerpo necesita es descansar y recuperarse); trabajar sin descanso, etc.

Socialmente se aprecia una presión, que las personas con cáncer sufren y de la que con suerte se quejan, dirigida a lo que se ha llamado la lucha contra el cáncer, metáfora bélica sobre la que tan brillantemente escribió Susan Sontag en 1978. Es importante con estos pacientes (y con sus familias si se tiene la oportunidad) trabajar en esta dirección, no darles ánimo, que por cierto suele sentar fatal («anímate tú si puedes con esto que me ha caído encima», dicen querer responder a veces). Al contrario, trataremos de reivindicar el lugar del sufrimiento, el derecho a *hacer nada*, a descansar, a ocuparse en vivir. El trabajo grupal es muy útil en este sentido, un paciente sirve de modelo a otro y no es tanto tarea del analista ofrecer alter-

nativas o proponer caminos por los que ensayar soluciones diferentes. En el caso de grupos llevados en coterapia con las trabajadoras sociales, ellas pueden hacer esta función más directiva mientras la analista puede ocuparse de crear un espacio en el que pensar sobre esto y sus vinculaciones con el funcionamiento del paciente. Esto último no siempre es posible, dependerá del grado de mentalización, pero siempre será útil y mejorará el pronóstico de la enfermedad que pueda hacer cambios en este sentido.

Nuestra experiencia incluye el trabajo con un porcentaje alto de pacientes que acuden en momentos avanzados de la enfermedad. Para realizar la clasificación con fines de investigación de su valor diagnóstico y pronóstico, hemos establecido el límite de un año desde la aparición del diagnóstico del cáncer hasta que se realiza la entrevista. Pero todavía quedan muchos pacientes fuera de esta situación, pacientes con los que las personas que trabajan en una institución de estas características pueden y tienen que trabajar. Disponer de la herramienta que ofrece la teoría de Marty es de gran ayuda porque permite limitar los objetivos que se pueden alcanzar si se tiene en cuenta la capacidad de mentalización de los pacientes. Además, permite tener en cuenta el efecto que tiene una buena muerte en los que quedan frente al impacto de procesos de enfermedad y muerte que quedan sin representación, como bombas dormidas que se activarán en el futuro.

A nivel del orden de la anamnesis, será de mal pronóstico la existencia de duelos antiguos no elaborados. La clasificación exige que se especifique si son prepuberales, si son durante el embarazo de la madre o en los dos primeros años de vida. Explorar duelos prenatales y perinatales es algo muy importante, especialmente, en este tipo de pacientes. La clasificación contempla como ítem de gravedad su existencia, pero, en cambio, no contempla los duelos en la adolescencia pasada, la época prepuberal; estos son importantes, sobre todo, porque pueden marcar o indicar la ausencia de crisis adolescente (que podríamos señalar en la clasificación como depresión adolescente y sería también un signo de gravedad) y pueden reactivar duelos antiguos infantiles.

El duelo es un elemento fundamental a explorar y a considerar en el trabajo con personas con cáncer y sus familias. En la asociación contra el cáncer en Bizkaia, se ofrece atención al duelo para adultos que hayan perdido un familiar por cáncer y para niños y niñas y adolescentes en la misma situación, así como en el tiempo previo a la muerte. Tenemos que tener en cuenta también, en la valoración inicial de las personas con cáncer, la presencia de duelos por pérdidas de algo muy investido, como posibles desencadenantes del proceso de desorganización. Esto no significa, como a veces hemos visto entender, que un duelo es seguido por un cáncer. No hay nada en esta forma de entender la enfermedad que acepte explicaciones tan simples, causa-efecto. Tampoco se contempla como válida la elección de órgano, el tipo de cáncer que se desarrolle dependerá de la genética de cada uno. El enfoque que seguimos contempla la aparición de un tiempo previo a la enfermedad, cáncer en este caso, en el que por las particularidades de la economía psicosomática del individuo se ha producido un período de desorganización que ha propiciado, o permitido, la aparición de la enfermedad. A este tiempo previo Claude Smadja lo ha llamado «la enfermedad previa a la enfermedad» (Smadja, 2007).

También, en el orden de la anamnesis, las depresiones esenciales frecuentes, así como desorganizaciones repetidas (rachas de enfermedades), serían también rúbricas de mal pronóstico.

A nivel de las características actuales, tendremos en cuenta también la existencia de depresión esencial. Marty (Muro, 2019) definió como esencial a este tipo de depresión porque, según él, es la esencia misma de la depresión. El paciente no consulta por estar deprimido, no siente que lo esté. Si llega a consultar es por una enfermedad somática o por sentirse fatigado. Su sintomatología es negativa, hay una gran ausencia de tono libidinal y desaparece todo signo de funcionamiento mental (sueños, fantasías, desplazamientos, proyecciones, etc.). En la entrevista permanece su actitud fría y el vínculo con el entrevistador no evoluciona, dejándole a este último la sensación de no conectar con el paciente. La calificó también de depresión «correcta», en el sentido de que es discreta, silenciosa, sin los síntomas

de las depresiones psicóticas o neuróticas, sin ninguna contrapartida libidinal.

La desorganización progresiva será también un ítem de gravedad. La desorganización progresiva es, según Smadja (2009), el tercer descubrimiento clínico de esta escuela. Junto al pensamiento operatorio y la depresión esencial, la desorganización progresiva constituye un conjunto clínico sintomático unido y coherente. Representa la forma más acabada del movimiento de desmentalización en la patología psicosomática. Describe una nueva variedad de movimiento retrógrado cuyas propiedades específicas lo conducen a separarse, tanto clínica como teóricamente, de los movimientos de regresión clásicos descritos en la patología psicosomática. Se debe distinguir el proceso de somatización por regresión del proceso de somatización por desligazón pulsional (desorganización progresiva) (Smadja, 2011). La somatización por regresión dará lugar a enfermedades leves con valor funcional que no dejan huella en el sujeto cuando desaparecen. Aparecen en personas cuyo funcionamiento mental se ha organizado de forma neurótica-normal y cuya mentalización es habitualmente satisfactoria. La mentalización tiene que ver con la actividad representativa y fantasmática del individuo. Por otro lado, la somatización por desligazón pulsional (desorganización progresiva) dará lugar a enfermedades evolutivas y graves que pueden desembocar en la muerte (enfermedades autoinmunes y procesos oncológicos).

Dentro de las características actuales, por último, serán de gravedad los duelos recientes no elaborados (en nuestra experiencia ha sido habitual encontrarlos en los dos años previos al diagnóstico e identificarlos como posibles desencadenantes de la desorganización en estructuras de buena mentalización), así como la vida operatoria.

La vida operatoria (Marty, 1990) es la situación a la que llega el paciente tras un proceso de desorganización mental progresiva. Este dato permite establecer un diagnóstico diferencial con la neurosis de comportamiento, en la que se aprecia un déficit de organización mental en lugar de una desorganización. Nuestra experiencia es que a veces se hace muy difícil distinguir entre una y otra. Podemos in-

tuir un funcionamiento previo de mayor mentalización en algunas personas, que nos hacen pensar en que lo que vemos es un proceso de desorganización, pero es necesario que pase un tiempo para observar si, tras un periodo de intervención, se produce una reorganización o bien queda evidente que se trataba desde el principio de una inorganización (neurosis de carácter o de comportamiento). Supone una cierta cronicidad, aunque el individuo está en un equilibrio frágil e inestable. Se caracteriza por la disminución y el empobrecimiento de las representaciones, que se reducen a temas actuales y relativos a las actividades que realiza el sujeto. También se empobrecen los sueños o desaparecen totalmente. Desaparecen también las conductas perversas o sublimatorias que podían existir antes de la desorganización, aunque pueden quedar algunos restos pobres y repetitivos. Las actividades derivadas de las demandas pulsionales o de las actividades fisiológicas (actividad sexual o agresiva, comer, dormir...) se transforman en funcionamientos automáticos de los que ha desaparecido el deseo, quedando solo la satisfacción de necesidades. En el individuo queda lo normativo en su cultura, un conjunto de rasgos y comportamientos, pero nada propio, auténtico, subjetivo y personal.

Algunas cuestiones importantes

En el centro de este modelo están las relaciones entre el fenómeno de la desmentalización y de la regresión. Como especificidad podemos señalar (Smadja, 2009) la significación defensiva que se atribuye a los síntomas somáticos, que no contiene (como en los modelos de la simbolización) una atribución de sentido simbólico (como he dicho más arriba, no se considera válida la elección de órgano). En este marco, la significación defensiva del síntoma somático es INDIVIDUAL Y ECONÓMICA. Individual, porque se ejerce específicamente en un enfermo y en un momento dado de su vida. Esta significación vendrá en función de la forma particular que cobró su modo de relación de objeto a lo largo de su historia. Económica, porque tanto las formaciones psíquicas como el síntoma somático resultan de la historia, de las vicisitudes de la dinámica y la energética psicosomática.

Por otro lado, este modelo contiene una hipótesis original que busca similitudes en la sintomatología somática con una locura orgánica. Para Michel Fain, la alteración somática es equivalente a un delirio y la solución somática preserva al enfermo del derrumbe de sus relaciones con los objetos del mundo.

Precisamente Tustin (1981), en su trabajo sobre el autismo, advierte una relación entre el inicio del autismo psicógeno y una pérdida experimentada en un estado inmaduro de la organización psíquica, que no fue capaz de tramitar satisfactoriamente la pena y el duelo producidos por la pérdida (un duelo satisfactorio supone resignar el objeto perdido y establecerlo como constructo mental).

La hipótesis de Michel Fain asocia, en teoría, los mecanismos psicosomáticos con los psicóticos y confirma (Smadja, 2009) la situación nosográfica prevalente de las organizaciones psicosomáticas, lo que las aproxima a las neurosis de carácter. Estas reposan sobre un conjunto de conflictos cuya profundidad y nivel evolutivo están próximos a las organizaciones narcisistas y psicóticas. Aproximar conceptualmente los mecanismos psicosomáticos y mecanismos psicóticos es pertinente y parece justificada por el análisis de la relación de objeto de los enfermos, que muestra frecuentemente la presencia en su historia de conflictos precoces congelados y de fallas narcisistas activas.

Es importante señalar el patomasoquismo, hipótesis de Claude Smadja (2005), para dar cuenta de la paradoja de la psicosomática. La dimensión paradójica se desprende del hecho de que una enfermedad somática pueda servir a la conservación del individuo y a su reconstrucción. Marty reconoció que la depresión esencial podía desaparecer espontáneamente en favor de una enfermedad somática que se constituye en el punto de partida de una reorganización regresiva. Este fenómeno puede tener similitudes con el diagnóstico de síndromes o trastornos mentales que permiten a una persona identificarse con unas siglas (TLP, TCA...) y organizarse en función de esta etiqueta. En el patomasoquismo se observa algo parecido, una reorganización en función de un diagnóstico de enfermedad somática, a través de la investidura de la enfermedad y de los beneficios

secundarios obtenidos a través de los cuidados del entorno y los profesionales sanitarios.

Es importante también, como hemos comentado, distinguir entre enfermedades regresivas y enfermedades desorganizativas (Zubiri, 2005). Las enfermedades regresivas no dejan huella (una gastroenteritis, por ejemplo) y permiten una reorganización para continuar avanzando, tan solo se pierde la punta evolutiva (en el sentido de Marty) por un breve lapso de tiempo. La punta evolutiva es el máximo nivel de organización psicosomática al que ha podido llegar un individuo, algo así como su mejor modo de funcionamiento. En una enfermedad desorganizativa, como es el cáncer, queda una huella, aparece una enfermedad que sigue su curso, aunque el paciente pueda reorganizarse. En el momento de la desorganización, sí se ha perdido la punta evolutiva.

A modo de conclusión

Este modelo de trabajo pretende una comprensión global de la forma de enfermar de las personas. La enfermedad somática que cada uno pueda desarrollar será, como he dicho, dependiente de la genética de cada uno, no vincularemos un cáncer de mama con una mala relación con la madre, por ejemplo, como hemos visto hacer a otros profesionales, como si todos los cánceres de mama fueran iguales y todas las pacientes con cáncer de mama tuvieran exactamente el mismo conflicto. Nuestra forma de trabajo pretende una investigación particular de la economía psicosomática de cada paciente para poder ofrecerle un tratamiento que le ayude a recuperar su mejor equilibrio posible y, en el mejor de los casos, si el tiempo nos lo permite, quizá lograr una mayor evolución, mejorar sus recursos. Nuestra pretensión será colocar al paciente en la mejor situación posible para enfrentar los tratamientos y la cirugía en su caso, que pueda regresar convenientemente y reorganizarse, que se pueda cuidar, que no tenga que demostrar que está muy contento con su diagnóstico, por así decir, como parece a veces que la presión social les lleva a mostrarse, que encuentren un lugar para quejarse, para investir su sufrimiento, para poder elaborar el duelo por la salud perdida

y por la fantasía de inmortalidad que puede estar latente hasta que a una persona le diagnostican una enfermedad grave, (como decía Jaime de Tomás, citado al principio), que pueda dar la importancia que se merece a la enfermedad con su familia, con sus hijos, que no genere nuevos agujeros en los psiquismos de los que los rodean que pudieran favorecer en el futuro estructuras frágiles y propensas a la desorganización.

La interpretación del conflicto, como hemos dicho en otro lugar (Alonso et al., 2019), vendrá más tarde, no tiene sentido realizarla por muy claro que el analista tenga dónde está situado. Conocer este modelo es importante para el trabajo con este tipo de pacientes, para no desgastarse en atribuir contenido simbólico a lo que no lo tiene, para no empeñarse en llevar al paciente a comprender cuestiones que están lejos de su nivel de mentalización, al menos por el momento. También permite un modo de trabajo diferente, en el sentido de no tratar a las personas con cáncer según el tipo de cáncer, sino según su nivel de mentalización. En mi experiencia y en la del equipo al que me he referido, ha sido fundamental contar con la posibilidad de formarnos con un psicosomatólogo experto en este modelo para poder economizar fuerzas y emplearlas de la forma más conveniente. El trabajo con este tipo de pacientes es muy tóxico para los profesionales y es importantísima la supervisión clínica continua y una formación teórica sólida, así como un psicoanálisis personal profundo, por supuesto. Hemos constatado la ausencia de uno o varios de estos pilares fundamentales en otros servicios de características similares, me permito utilizar esta ocasión para insistir a los profesionales que trabajen en estos contextos en que se formen en profundidad para no ser arrastrados por la marea.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Undabeitia, E., et al. (2019). «Hacia una intervención psicosomática a medida». *Revista de Psicoanálisis* de la APM 34: 963-982.

Marty, P. (1990). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.

Muro Gastañaga, J. (2006). «El modelo psicosomático de Pierre Marty». *Revista de Psicoanálisis* de la APM 47: 239-256.

Muro Gastañaga, J. (2016). «La clasificación psicosomática de Pierre Marty». *Revista Iberoamericana de Psicosomática* 15: 229-288.

Smadja, C. (2005). *La vida operatoria*. Madrid: Biblioteca Nueva (Publicado originalmente en 2001).

Smadja, C. (2007). «La maladie avant la maladie». *Revue Française de Psychosomatique*, 1 (31), 29-40.

Smadja, C. (2009). *Los modelos psicoanalíticos de la psicosomática*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Smadja, C. (2011). «Introducción teórico-clínica de la psicosomática psicoanalítica». *Revista de Psicoterapia y Psicosomática* del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica, 78, 9-19.

Sontag, S. (2012). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial España.

Tustin, F. (1981). *Estados autistas en niños*. Buenos Aires: Paidós.

Usobiaga, I. (1997) «La psicosomática. Un nuevo desarrollo del psicoanálisis a final de siglo». *Revista de Psicoanálisis* de la APM 26: 47-66.

Zubiri, M. (2005). «Los diferentes modos de enfermar». *Revista de Psicoterapia y Psicosomática* del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica, 60, 7-23.

Zubiri, M. (2008). «Masoquismo y autosadismo». *Revista de Psicoanálisis* de la APM 55: 77-90.

Zubiri, M. (2014). «Psicosomática y cáncer: un punto de vista». *Revista de Psicoterapia y Psicosomática* del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica, 85, 21-33.

Zubiri, M. (2000). «Duelo normal y duelo patológico. Dificultades en la elaboración del duelo y psicopatología». Comunicación en IV Jornadas Junta Provincial de Bizkaia. Asociación Española Contra el Cáncer. Bilbao: JP Bizkaia AECC.