



REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA



REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

EL TRABAJO DEL PSICOSOMATÓLOGO

SEPIA

SOCIEDAD DE ESTUDIOS PSICOSOMÁTICOS
IBEROAMERICANA

N. 18 JULIO 23

Revista Iberoamericana de psicología.
2023 núm. 18

Dirección:

Dr. Custodia Valbuena Díaz
Custodia23@hotmail.com

Comité científico:

Sr. Javier Alarcón Dr. Carlos Calatoni
Dr. José María Franco Vicario
Sr. Palau Pascual.
Sra. Cristina Rolla
Dra. Isabel Usobiaga
Dr. Mikel Zubiri

Editada por SEPIA, Sociedad de Estudios Psicopatológicos Iberoamericana.
Madrid 28250. Plaza de Europa 14
Depósito Legal: BI-02774-2019.
ISSN: 2174-3495.

El contenido de esta publicación puede ser reproducido citando la fuente y sin fines comerciales. Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 3.0

Índice

PRESENTACIÓN.....	4
Custodia Valbuena Díaz	
Construcciones en la clínica psicosomática.....	8
Karina Soldati	
Discusión de la presentación de Karina Soldati. Construcciones en la clínica psicosomática.....	20
Christine Saint-Paul Laffont	
Trabajar entre psique y soma.....	27
Iacovos Clèopas	
Comentario de la presentación. “Trabajar entre psique y soma”.....	39
Leonor Kraviez	
Principios en los que se basan las distintas corrientes de psicosomática.....	45
José María Franco Vicario	
El cuerpo, su salud y su enfermedad en infancia y adolescencia.....	51
Manuel de Miguel Aisa	
El bolso y la cuerda roja: Ana-Violeta se enfermó. El trabajo del psicosomatólogo con niños.....	68
Adriana Meluk Orozco	
RESEÑA DE: «Ce qui a de meilleur en nous, travailler et honorer la vie» («Lo mejor de nosotros, trabajar y honrar la vida») Christophe Dejours (Paris, Payot, 2021).....	78
José María Franco Vicario	

PRESENTACIÓN

Custodia Valbuena Díaz

Este es el primer número de la REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA, que se presenta en formato digital y que estará disponible próximamente, de forma restringida, en nuestra página web.

Revista que nació con el objetivo de ser el órgano de difusión del trabajo que desarrolla la SOCIEDAD DE ESTUDIOS PSICOSOMÁTICOS IBEROAMERICANA (SEPIA), así como de los puntos de vista teóricos y técnicos que se manejan actualmente en el INSTITUT DE PSYCHOSOMATIQUE DE PARIS (IPSO) y los de su fundador PIERRE MARTY.

Como ya es sabido, nuestra Sociedad está reconocida por la Asociación Internacional de Psicósomática Pierre Marty (AIPPM), como Sociedad formadora, es decir, con capacidad para impartir la formación en psicósomática exigida por la AIPPM para poder acceder a la categoría de miembro titular de la Asociación Internacional.

De ese modo se viene impartiendo, seminarios de introducción a la psicósomática, seminario de formación, encuentros anuales y diversas conferencias.

Presentamos el nº 18 de nuestra Revista, correspondiente al año 2023, agradeciendo, en primer lugar, el trabajo y el esfuerzo de su anterior director D. Juan Muro que tan generosamente y magistralmente llevó a cabo.

Abrimos la revista con los trabajos teóricos clínicos que se presentaron en el congreso Internacional de psicósomática celebrado el 29-30 de octubre del 2022, con el título *El trabajo del psicósomatólogo*. (El título del congreso lo hemos tomado como el título del contenido de este número de nuestra revista, puesto que las conferencias y demás artículos dan cuenta de ello), realizado en la sede Las Heras de Fundación Barceló. El evento, organizado por el Instituto Argentino de Psicósomática Pierre Marty y auspiciado por la Embajada de Francia, contó con la participación de más de cien personas de distintas partes del mundo entre sus modalidades presencial y virtual.

La primera jornada contó con la bienvenida de la Lic. Néliida Cervone, directora de la Licenciatura en Psicología de Fundación Barceló. Luego inauguró el Congreso Christine Saint Paul Laffont, presidenta de la Asociación Internacional de Psicósomática Pierre Marty, seguida por Carlos Calatroni, presidente del grupo argentino

Durante la mañana, se realizó la presentación del trabajo “Construcciones en la clínica psicósomática”, de D^a Karina Soldati (Buenos Aires), comentado por D^a Christine Saint Paul Laffont (Toulouse). Luego se abrió la discusión en sala, coordinada por D. Javier Alarcón, presidente de SEPIA (Madrid), donde los participantes hicieron sus aportes, preguntas y sugerencias al trabajo presentado.

Por la tarde, se realizaron tres talleres en simultáneo, en formato híbrido. Uno fue íntegramente en inglés, otro en francés y el tercero en español, donde los asistentes trabajaron sobre diversos casos clínicos.

La segunda jornada contó con la presentación del trabajo “Trabajar entre la psique y el soma”, de D. Iacovos Cleopas (Athènes), comentado por D.^a Leonor Kraviez (Buenos Aires). Al igual que en la jornada anterior, se abrió luego una discusión en sala, coordinada por D.^a Cristina Rolla en forma presencial y por D.^a Diana Tabacof, desde Paris, en el formato virtual.

En este número de la revista se recoge las dos ponencias principales de dicho congreso junto con sus comentaristas y a continuación, se presentan varios trabajos teóricos clínicos de distintos autores todos ellos con una larga experiencia. Su lectura nos va a aportar la reflexión de los conceptos psicossomáticos, así como su desarrollo terapéutico en la clínica psicossomática.

En construcciones en la clínica psicossomática, D.^a Karina, nos hace un recorrido sobre diversos aspectos del abordaje terapéutico con pacientes graves. Pone en valor el trabajo de construcción en la técnica con estos pacientes como forma preliminar, como diría Freud, favoreciendo la historización en el paciente.

Recordemos que Freud en *Constricciones en el análisis* (1937) nos dice que la construcción es una conjetura destinada esencialmente a reconstruir una parte de la historia infantil del sujeto.

Karina señala: *Su función, en los casos de pacientes graves, será de proveer un encuadre que inaugure una experiencia de intimidad inédita. La captación identificatoria del terapeuta le dará las señales para vislumbrar ciertos movimientos pulsionales que quedaron sin desarrollar y traducirlos, permitiendo construir una historia que pueda ser observada y vivenciada por ambos protagonistas.*

Este trabajo dual pone en juego con estos pacientes ciertas variaciones de la técnica, que si bien parte de los textos de Freud, su especificidad se encuentra en el modo del funcionamiento mental de dichos pacientes. El síntoma somático no va a ser la expresión de lo psíquico reprimido y olvidado en espera de ser traído a la conciencia a través de la cura tipo en el modelo de la histeria, sino que la escena psicossomática, la somatización es la consecuencia de una falla psíquica que no pudo tramitar la excitación por lo mental, estamos en la teorización de la escuela de P. Marty. De este modo el trabajo del psicossomatólogo implicará una técnica diferente donde la variación colocará el acento en una adecuación del encuadre, así como una mirada activa de observación de aquellas actividades sensorio-motoras del paciente como expresión corporal de su funcionamiento mental.

Karina, nos conduce a la lectura atenta de la dinámica transfero-contratransferencial. La persona del analista se convierte en un andamiaje que sostiene la organización psicossomática del paciente. Es un proceso donde la función materna y la paraexcitación forman parte del rol del terapeuta.

Por otro lado, Iacovos en su trabajo sobre *Trabajar entre psique y soma* nos amplía la tarea del psicossomatólogo, labor que trascurre de forma dinámica entre la psique y el soma.

El autor introduce un debate y articulación entre considerar el cuerpo como fuente de pulsiones, desde la metapsicología Freudiana y el concepto del mismo en términos de la psicossomática de Marty. Iacovos, dice: *...el cuerpo es un cuerpo que ya ha sido representado. Más exactamente, a través de las conexiones estratificadas y de las cartografías neuronales dinámicas. Sus representaciones podrían ser formas arcaicas, prepsíquicas, fuera de la constitución de una tópica o ante-*

riores, pero sin embargo dinámicas; huellas de estados somáticos y sus modificaciones, imágenes mentales y huellas emocionales. A un nivel más profundo de la organización anatomo-funcional, estas primeras representaciones cerebrales se conectan e interactúan con los sistemas somáticos y su función fisiológica. Asimismo, estas conexiones y este diálogo intrasomático asignan un sentido somático o una forma somática de mentalización respecto de los diferentes sistemas anatómicos y funcionales del organismo. Por lo tanto, pienso que cuando nos referimos al cuerpo, ya sea en el marco de la primera o de la segunda tópica, cuando hablamos o escuchamos a nuestros pacientes hablar de los órganos y de sus estados, sus dolores o su bienestar, no se trata ni solo, ni sobre todo, de partes del cuerpo (el estómago, los pulmones o una sensorialidad), sino de sus representaciones a diferentes niveles del encéfalo, del tronco encefálico al córtex y en relación con un conjunto de elementos y atractores extraños.

En realidad, es un diálogo entre el soma y la psique. Así el trabajo del psicopatólogo consiste en “entender” ese diálogo, darle tiempo y espacio para que emerja su transicionalidad dentro de la relación transferencial.

Finalmente, el autor aporta una reflexión acerca del futuro tanto de la labor del psicopatólogo como del psicoanalista a la luz de las nuevas tecnologías y avances de la ciencia. Y si bien, el trabajo del psicopatólogo permite una importante apertura clínica, teórica, epistemológica y de investigación, habrá que hacer una adecuación en nuestra escucha y acompañamiento de los pacientes.

A continuación, el Dr. José María Franco nos expone de forma clara y sintética los distintos principios teóricos de las distintas corrientes en psicopatología poniendo énfasis en la escuela de P. Marty.

El Dr. Manuel de Miguel, sigue con una exhaustiva presentación sobre las vicisitudes del par cuerpo y salud en el periodo de la infancia y la adolescencia. Nos invita a revisar la trama de la constitución del psiquismo desde lo más temprano. Parte de las teorizaciones de Freud para explicar “la memoria humoral”, como base de la psicopatología. La somatización parte de una excitación que desborda el aparato mental y actúa traumáticamente asentándose en el cuerpo. Los conceptos de regresión somática, fijación somática, desorganización, depresión esencial propios del pensamiento psicopatológico de la escuela de Paris, van a instalarse en la vida de un paciente con un recorrido de fallos y fallas en su constitución y organización individual. El Dr. Manuel de Miguel nos habla del “déficits” en la representación de la vida emocional, especialmente en sus aspectos más regresivos que dejarán excitaciones actuando libremente, cediendo a una desorganización progresiva donde la vida estaría comprometida.

Hace una interesante analogía del significado de la depresión esencial (llevada a su último extremo) con el de depresión anaclítica (marasmo) de Spitz, teniendo un pronóstico igual de nefasto, la muerte física y psíquica.

Los movimientos vitales de organización de la punta evolutiva y de cambio en las etapas de la vida como es el paso de la niñez a la adolescencia, dan cuenta de la influencia tanto de la ontogénesis como de la filogénesis, pero sobre todo de los aspectos epigenéticos que emergen en el mundo de la relación y constitución de nuestros primeros objetos.

El siguiente artículo de D^a Adriana Meluk, nos brinda la oportunidad de observación, a través de un caso clínico, del trabajo del psicopatólogo con niños, que apoya a la teorización que nos mostró el Dr. Manuel de Miguel.

Ana, es una niña de tres años y medio, cuyo síntoma vómitos cíclicos no parece tener una justificación de enfermedad orgánica. Los padres consultan por prescripción del pediatra. En las primeras entrevistas se observa a una niña “enfadada”, que se oculta a través de la mamá. Pronto aparece una escena significativa que deja velada una situación familiar de que “algo” ocurre en el estado anímico de la mamá cuando el papá reprende a la niña por querer coger los juguetes que están en la sala. La terapeuta muy atenta pone al servicio de lo que estaba ocurriendo una mirada muy respetuosa y una escucha que dirige a una muñequita que saca la niña, y que tiene una cuerda de lana enrollada. Es una escena conmovedora y toda una “pista” que a la terapeuta le permite asociar y pensar sobre su significado. Ana, parece que es quien en realidad se hace cargo, desde lo corporal, de una posible depositación de la problemática emocional de la mamá y del papá. Me hizo pensar en el texto de Ferenczi del Niño sabio, donde la sobreadaptación, la exigencia de madurez sin corresponderle por edad, deja al niño desprovisto de vivencias infantiles previas para su desarrollo posterior. Ana, “sabe” que a mamá le pasa “algo” que está comprometiendo el vínculo entre ellas tan necesario para que Ana se pueda ir construyendo de forma suficiente.

En un trabajo, que presentamos, varias compañeras y yo misma en las primeras jornadas de Conecta perinatal, sobre “El que tenía que estar aquí, no está, y el que está, no tenía que estar”, hablábamos sobre las vicisitudes psíquicas en embarazos posteriores a una pérdida perinatal. Señalábamos la reflexión del clima afectivo y emocional que puede envolver a un bebé que llega después de una pérdida anterior de otro bebé. Es una experiencia dolorosa y culposa para las familias que lo sufren. Elaborar el duelo es un proceso delicado y puede estar cargado de ambivalencia. En el caso de Ana, la mamá desarrolla un cuidado en exceso que parece “asfixiar”, y “encadenar” a la niña. La propuesta de la terapeuta de tratamiento terapéutico a la mamá pasa por una escucha del síntoma de Ana. Adriana, nos adentra en la fundamentación teórica de la tarea del psicopsicólogo de niños haciendo hincapié en la economía pulsional en juego.

Para finalizar se presenta una reseña bibliográfica de Dejour, que nos narra el Dr. José María Franco, “Lo mejor de nosotros”. Habla sobre todo de la sublimación, que no está reservada únicamente a los “genios”. Todos podemos ser creativos, y el trabajo, que es central en nuestras vidas, y en nuestra cotidianidad, es el lugar por excelencia para expresar esta creatividad.

Christophe Dejour piensa que el trabajo, nos permite, frente a los obstáculos, los fracasos, desarrollar cada vez más nuestra inteligencia y nuestra resistencia. Y cuando el trabajo está bien hecho, el resultado es la realización, el logro personal.

Custodia Valbuena Diaz
Directora de la revista

Construcciones en la clínica psicosomática

Karina Soldati*

Resumen: Este artículo trata sobre la especificidad del trabajo del psicosomatólogo. Su función, en los casos de pacientes graves, será de proveer un encuadre que inaugure una experiencia de intimidad inédita. La captación identificatoria del terapeuta le dará las señales para vislumbrar ciertos movimientos pulsionales que quedaron sin desarrollar y traducirlos, permitiendo construir una historia que pueda ser observada y vivenciada por ambos protagonistas. Estas construcciones proveerán un lecho representacional que fortalecerá la economía psicosomática del paciente.

Palabras clave: Psicosomatólogo, construcciones, sensorio-motricidad, captación identificatoria, encuadre, afecto, mentalización, función materna.

Abstract: This article is about the specificity of the work of the psychosomatologist. Its function, in the case of severe patients, will be to provide a setting that initiates an unprecedented experience of intimacy. The therapist's identificatory capture will give them signals to glimpse certain instinctual movements that remained undeveloped and translate them, allowing the construction of a story that can be observed and experienced by both protagonists. These constructions will provide a representational bed that will strengthen the psychosomatic economy of the patient.

Keywords: Psychosomatologist, constructions, sensorimotor, identificatory capture, setting, affect, mentalization, Maternal function.

Las teorías psicosomáticas han tomado cuerpo teórico a lo largo de los años y hoy podemos reconocer dos grandes corrientes que se dividen a partir de los textos de Freud: una que sigue el modelo de las psiconeurosis de defensa y otra que se construye a partir de las neurosis de angustia. Las consecuencias técnicas que derivan de cada una de ellas resultan evidentes.

Los autores como Groddeck, Garma, Chiozza, ven en el síntoma somático una expresión de lo psíquico que debe ser descifrado junto con el resto del material provisto por el paciente en la sesión. La enfermedad es otra escena en la que se expresan conflictos y mensajes que necesitan ser analizados e interpretados por el analista. El modelo de la histeria sigue siendo la guía en la cabeza del analista que toma todo el material que se le presenta como material psíquico a interpretar, anulando la molesta dicotomía cuerpo-mente.

La otra vía de pensamiento, que es la que nos reúne en la Escuela de Psicosomática Pierre Marty, no pone a la somatización como un elemento más de la escena psíquica, pero sí de la escena psicosomática. La somatización aparece como síntoma allí donde, por razones estructurales o puntuales, se produjo una falla en las posibilidades de tratar por la vía mental un exceso de excitación.

* Psicoanalista, Psicosomatóloga. Presidenta del Instituto Argentino de psicosomática Buenos Aires. ksoldati@gmail.com

Es el psiquismo, en principio, el encargado de tramitar la excitación surgida de elementos traumáticos que desajustan la homeostasis del funcionamiento habitual del sujeto. Para poder elaborar e integrar este desajuste, una señal de angustia desencadena un conjunto de defensas tanto psíquicas como comportamentales que proponen, cada una desde sus características propias, posibilidades sea de ligadura en el caso del síntoma psíquico —regulación mental— como de descarga cuando se trata de regulaciones que pasan por el comportamiento. Marty agrega a la vía psíquica y a la comportamental una tercera vía de regulación de las excitaciones: la somatización.

Dentro de las expresiones somáticas, encontramos una serie de regulaciones neuro-vegetativas que acompañan normalmente los movimientos afectivos. Ellas permiten la descarga y por ende la reducción de las excitaciones producidas por los afectos, favoreciendo así la posterior elaboración psíquica -sonrojarse, llorar, la aceleración cardíaca, etc.

Y luego está la enfermedad somática, que de M'Uzan llama “tonta” por no tener vuelo representacional. Ya no estamos en el terreno de la simbolización que nos permite encontrar sentidos ocultos que determinen el síntoma. Marty dice: sí es un síntoma, sí es una defensa, pero no forma parte del terreno de lo psíquico sino de lo somático, unido a lo psíquico por el modelo psicosomático que propone.

Vale decir que la enfermedad somática da cuenta de la ausencia de un proceso que debió estar allí pero que por razones traumáticas no ha podido desarrollarse. Estamos en el modelo Freudiano de las neurosis actuales, en contraposición de las psiconeurosis de defensa, ellas de origen psíquico. Aquí la pulsión no tuvo acceso al grupo psíquico y, al producir una estasis libidinal se volvió tóxica dejando al psiquismo incapaz de reaccionar. Las consecuencias de este desborde excitatorio se evidenciaban en el cuerpo a través de malestares físicos. Freud pensaba que la psicoterapia, en estos casos, se volvía infructuosa. Ya no estamos en el dominio de la cualidad que se presta al desplazamiento y la condensación necesarias para el trabajo analítico sino de la cantidad. Freud preconizaba otros métodos terapéuticos como el reposo, las curas termales e incluso la utilización de cocaína.

La primera corriente que esbozamos, la que aplica el modelo histórico a la somatización, utiliza las mismas técnicas interpretativas que el psicoanálisis e incluye fantasías en la que los órganos funcionan como soporte material de las mismas. La segunda corriente, la que nos ocupa, tiene una posición de mucha cautela a la hora de utilizar la interpretación porque siguiendo el modelo traumático, una interpretación dada en mala sintonía podría provocar un desborde mayor y empeorar el estado de la enfermedad en curso. Si la interpretación no es la herramienta príncipes de su trabajo,

¿Cuál sería entonces la especificidad del trabajo del psicosomatólogo?

Desde la Investigación psicosomática Marty, David y de M'Uzan comienzan a construir el “objeto psicosomático” junto con la delimitación de una nueva técnica que tiene la intención de conservar las premisas psicoanalíticas al mismo tiempo que introduce ciertas modificaciones. Cabe precisar que los pacientes que recibían para esta investigación no son los mismos que recibimos hoy en nuestros consultorios. No hay un malestar psíquico que desencadena una demanda, sino que ésta viene “recetada” por un médico clínico. El paciente llega a un hospital para ser tratado por una afección orgánica y se encuentra frente a un médico, que va a hacerle preguntas. No van a revisar su cuerpo, sino que van a interesarse en él. O sea que, desde el inicio aparece una especie de confusión por parte del enfermo que se encuentra “observado” y “solicitado” en “otro lugar” distinto al que esperaba.

Al mismo tiempo que aparece el sostén terapéutico, se representa en fondo negativo aquello que falta y que puede producir una herida narcisista: la diferencia de funcionamiento psíquico entre terapeuta y paciente. El tipo de pacientes al que se confrontan tienen dificultad para asociar libremente, su discurso es factual y pobre. Es sobre esta diferencia que los psicólogos comienzan a hacer las primeras adecuaciones del encuadre terapéutico.

Si bien la regla fundamental sigue vigente y se invita al paciente a asociar libremente, para así poder seguir su determinismo mental, los autores agregan una nueva dimensión a la observación de los movimientos del paciente. Paralelamente a la intención de sostener una atención flotante, que lleva a una pasivación del analista, se desarrolla una vía activa de observación de sus actividades sensorio-motoras (mímicas, manifestaciones gestuales, agitación, temblores, contracturas, etc), las expresiones de dolor, así como a sus expresiones somato-funcionales.

Aparece entonces la idea de “expresión asociativa” y con ella nos introducen a un campo nuevo en el que el conflicto puede expresarse a través de vías heterogéneas pero que deben ser comprendidas en una dinámica común, y esta novedad se replica en el dispositivo terapéutico: alguien que consulta por una enfermedad orgánica es tratado a través de la palabra, en “otro lugar”.

Ese “otro lugar” que, a nosotros, psicoanalistas, nos sugiere lo oculto, la otra escena, el inconsciente, aquí aparece bajo otra forma bien distinta. No estamos en el terreno de lo oculto dentro del psiquismo sino de lo negativo, de aquello que falta, o preferiría decir, echamos en falta desde nuestra posición de analistas. No estamos en el dominio del inconsciente de la primera tópica, en el que se halla un material inconsciente a descifrar. Se trata de tomar contacto con aquello que no puede simbolizarse, que se encuentra contenido en fijaciones anteriores, que no son aptas al comercio asociativo pero que aparecen en el lugar de ciertos afectos que esperaríamos ver. Se trata, y sobre todo en los pacientes que no pudieron desarrollar una buena mentalización, de una verdadera construcción en varios sentidos:

- 1 . Construcción de un vínculo y de un espacio terapéutico que dé lugar a un proceso.
2. Construcción en el sentido de reorganización de la libido para alcanzar el mayor nivel alcanzado antes de la enfermedad, ¿e incluso ir más allá...? O sea, relanzar el movimiento progresivo.
3. Construcción en el sentido Freudiano del término ya que gran parte del trabajo se basa en proponer escenas que surgen del funcionamiento mental del terapeuta, gracias a una identificación muy particular basada en elementos heterogéneos que aparecen en el contacto con el paciente en la sesión.

Estas tres maneras de pensar las construcciones dentro del trabajo del psicólogo se entrelazan y cada una se enriquece, en su desarrollo, de las otras.

I

Resulta evidente que todos los pacientes somatizan, incluso sus analistas... Y aquí se sitúa la riqueza del modelo de la Escuela de Psicología de París. No estamos frente a estereotipos idénticos de pacientes que somatizan. Lo que importa es entender la dinámica en la que se presenta la somatización como resultado de un movimiento complejo en el que las series complementarias cobran todo su valor.

De allí la importancia de que el psicosomatólogo sea, antes que nada, psicoanalista. El analista tiene que poder trabajar dentro del psiquismo, seguir los movimientos pulsionales dentro de la sesión y poder discernir en qué momentos el paciente queda desprovisto de sus capacidades mentales, creando irregularidades en el funcionamiento mental. Incluso debe ser capaz, desde las primeras entrevistas, de poder elaborar un diagnóstico de las capacidades estructurales del paciente y de su situación actual de organización psicosomática para poder dirigir su estrategia clínica. No es lo mismo un paciente con un funcionamiento neurótico, bien mentalizado, que enferma por ejemplo al enfrentar múltiples duelos, que un paciente que tiene cierta irregularidad en el funcionamiento psíquico.

Pienso, por ejemplo, en una niña de 6 años con un rico potencial simbólico, capacidad de juego, pero que, frente a las separaciones, reaccionaba con un fuerte eczema de la piel. O sea que, el paciente puede parecer funcionar con una modalidad neurótica que permite trabajar cómodamente apreciando la transferencia y la contra-transferencia hasta tocar un punto no-elaborado e imposible de ser elaborado si no tenemos en cuenta funcionamientos más arcaicos a los que tenemos acceso utilizando otras lentes que las aportadas por el modelo de las neurosis. El psicosomatólogo, como analista, sabe lo que debería esperar a nivel mental, en el caso de nuestra niña, angustia o tristeza frente a la separación, material simbólico en el juego que nos sugiera la problemática en cuestión, pero en su lugar está apareciendo una vía lateral de expresión somática que contrainvierte el movimiento regresivo a nivel de una fijación somática. El eczema restablece un nuevo equilibrio psicosomático que impide al mismo tiempo el acceso a la elaboración de la ausencia.

Pero, además de los pacientes capaces de sostener una regularidad en el funcionamiento mental y aquellos en los que encontramos lagunas más o menos importantes en el funcionamiento preconscious, los autores de la Investigación psicosomática comienzan a esbozar cierta “singularidad” en el tipo de relación de objeto que desarrollan los pacientes con patología somática y que describen con ciertas características comunes: “cierta pobreza en el diálogo, que necesita ser alimentado y reanimado, una precariedad o ausencia de sistemas neuróticos para hacer frente a la situación cuyo sentido no parece compartirse, una inercia que amenaza todo el tiempo la continuación de la entrevista. No es que los conflictos no estén presentes, pero participan de una verdadera organización psicosomática cuya base está constituida no tanto por mecanismos mentales sino por actividades sensorio-motoras y diversas modalidades funcionales fisiológicas más o menos aisladas, sobrecargadas o distorsionadas. Advierten que no se debe tomar esta organización de manera monolítica, sino que debe ser analizada en la singularidad de cada caso”.

O sea que, al mismo tiempo que definen un tipo de funcionamiento mental particular, basado en una precariedad del preconscious, que más tarde dará lugar a la noción de pensamiento operatorio y vida operatoria, Marty pone el acento en la necesidad de tomar el caso por caso, dado que no solo hay que tomar en cuenta lo que aparece sobre fondo negativo —ausencia de mecanismos mentales— sino de aquello que lo sustituye y puede constituir un verdadero organizador psicosomático. Una enfermedad, una adicción, los procesos autocalmantes, pueden ser los andamios que sostienen una frágil organización psicosomática. De allí la necesidad de prudencia y respeto a la hora de intervenir con cada paciente antes de saber frente a qué funcionamiento estamos y cómo vamos a incluirnos en él, para poder formar parte y desde allí favorecer ciertos movimientos necesarios para que una organización menos costosa para el paciente pueda emerger poco a poco, sin riesgo de desorganización mayor.

II

Intentaré ahora especificar la manera en que se construye el vínculo terapéutico con pacientes que somatizan, pero particularmente con aquellos que acabamos de describir, con mala mentalización.

En las adecuaciones del encuadre, se prioriza la posición cara a cara para privilegiar la utilización de comunicaciones sensorio-motoras en el curso de los intercambios terapéuticos. El sensorium del paciente se activa por la excitación que produce la presencia del analista, creando un aquí y ahora que inaugura un estilo de relación diferente en el que la sensorialidad estará particularmente investida y descifrada, puesta en palabras por el analista. Es esta misma excitación que se intenta mitigar al proponer un régimen de 1 sesión semanal.

En cuanto a la adaptación técnica para este tipo de funcionamiento, Marty subraya la necesidad de respetar la regla fundamental de la libre asociación del paciente y de la atención flotante del analista. El analista debe suscitar las asociaciones del paciente y relanzarlo cuando, frente a esta libertad de expresión, el paciente se encuentre bloqueado en su movimiento pulsional. Se trata de una ayuda que necesita aportar el terapeuta para mantener el vínculo vivo.

También nos advierte sobre la posible desesperanza del paciente o incluso su creciente fatiga o agotamiento. Por el lado del investigador, pone el acento en sus actitudes y reacciones íntimas directamente ligadas al esfuerzo que le requiere la comprensión.

Esta escena, que nos describe tan bien Marty, porque los que trabajamos con este tipo de pacientes sabemos reconocer de inmediato, me parece fundamental. La relación de objeto que parece reproducirse en ese momento de encuentro entre paciente y terapeuta es, justamente, de desencuentro afectivo. La diferencia de funcionamiento mental entre ambos participantes de la dupla terapéutica es tal que el encuentro no parece ser un reencuentro en el sentido psicoanalítico del término. No hay un despliegue transferencial, ni siquiera o apenas podríamos esbozar la idea de una transferencia de base tal como la define Cathérine Parat. Ella prefiere hablar, en este tipo de pacientes, de “relación”, por encontrar su origen en la libido narcisista y no en la objetal. Esto da al vínculo una sensación de aridez, de ausencia de representaciones, de compartir sensaciones y paisajes comunes. Aun cuando el paciente nos habla y a veces mucho de sus actividades, de su somatización, no nos provee elementos subjetivos que nos permita acercarse espontáneamente a su situación. La falta de afectos que acompañen el relato nos dificulta incluso tener una actitud empática espontánea.

Podríamos preguntarnos si el encuentro con este tipo de pacientes, y estoy hablando específicamente de las organizaciones mal mentalizadas, no está reproduciendo un tipo de relación de objeto que duplica el vínculo de apego infantil en el que la comunicación resultó fallida. Y nosotros, como psicopatólogos, nos encontramos en esta escena en la que no entendemos mucho de lo que pasa y añoramos en fondo negativo lo que nos gustaría encontrar, para poder entrar en empatía con este otro que no siempre genera ganas por sentirse tan extranjero.

¿Cómo entrar entonces en un vínculo verdadero con este tipo de pacientes?

Los que tuvimos la experiencia de migrar a otro país con una lengua extraña sabemos lo que significa volver a construirse desde la nueva lengua, diferente a la materna, que necesita de introyectar toda una cultura que en un principio nos es incomprensible. Llegamos a un lugar en el que nadie

nos espera, en donde nadie se interesa particularmente por nosotros y donde nadie reconoce nuestra trayectoria y diplomas. Hay que volver a crear todo de nuevo. Esa es mi sensación con este tipo de pacientes cuando queremos aprehenderlos desde el psicoanálisis. Tanta preparación, tanta formación y a esta persona no le sirve, o no le importa lo que tenemos para decirle. La sensación de distancia se hace más importante y comenzamos a desinteresarnos.

Es en este punto que la noción de “captación identificatoria” de la que habla Marty se vuelve fundamental. No es siguiendo el sentido de la lengua extranjera que encontramos el camino hacia la comprensión, sino en lo que nos hace sentir lo que los otros nos muestran sentir a través de lo que cuentan. La gente se ríe y nos reímos, solo por no quedar fuera, por formar parte del movimiento afectivo que se presenta y es en ese momento que comenzamos a compartir... afectos. Los gestos se vuelven elementos importantísimos de la comprensión, pero no en todos los casos. A veces hasta los gestos son distintos y necesitamos investigarlos en el otro y en nosotros mismos a través de lo que producen en nosotros las neuronas espejo para saber lo que significan. Hay toda una identificación sensorio-motora que guía nuestro recorrido y que va uniendo nuestro propio sentir, nuestra lengua materna con esa otra nueva lengua que se nos presenta y que poco a poco vamos introyectando.

Esta confusión me parece fundamental y necesaria. Este malestar, esta fatiga a veces agotadora resulta de este esfuerzo que necesitamos hacer para acercarnos a este otro que no comunica prioritariamente a través de representaciones alojadas en su preconscious sino por una heterogeneidad de funcionamientos cuyos significados resultan únicos por no compartir la universalidad que aporta su puesta en forma representacional.

Tomaré como ejemplo a una paciente que seguí hace años en consultorios externos de un CMP en París. Se trataba de una mujer de unos 30 años que sufría de dolores que le habían diagnosticado como fibromialgia. Ella me describía con voz monótona y tenue, con lujo de detalles, lo que le ocurría físicamente desde que se levantaba, cómo dormía, si iba al baño, las características de sus deposiciones, lo que comía. Insistía en el ritmo de los latidos de su corazón, si los sentía agolparse y acelerarse. Esto se repetía sesión a sesión y a pesar de mi insistencia para llevarla a otro terreno, terminábamos siempre en la misma situación: ella contándome de su cuerpo y yo abatida, aburrída, esperando que pase el tiempo hasta el fin de la sesión. “Ayer estuve muy mal, sentía que el corazón se me salía. Me hacía toc-toc-toc-toc y de repente toc-toc-toc... toc. Como que me cambia el ritmo del corazón y ya no sé si me puede pasar algo” Era sesión tras sesión con descripciones de actividades de la semana mechadas por este tipo de descripción de sus ritmos biológicos. Hasta que en una sesión logré entender: era como si me propusiese volver a una escena concreta siendo ella bebé, con sus ritmos biológicos, que los interpretáramos juntas como algo importante: si comía y dormía bien, las características de sus deposiciones, la vivencia de sus ritmos. Fue recién con ese trabajo que pudo ella empezar a pensar en lo que significaba haber sido abandonada al nacimiento para pasar por diferentes orfanatos hasta ser adoptada a los 5 años. Hasta entonces, la paciente no daba importancia a este hecho de su historia, no tenía muchos recuerdos y no mostraba afecto alguno por la niña que había sido, a pesar de mis insistencias. Necesitaba que yo, terapeuta, volviese al momento en que la madre la había abandonado para poder imaginarnos juntas, lo que eso podía haber significado tanto para ella como para su madre. ¿Las diferencias en el ritmo cardíaco acaso referían a la pérdida de los ritmos cardíacos conocidos, de su madre, que fueron reemplazados por múltiples cuidadoras? Recién cuando pudimos no solo pensarlo, sino sentirlo, emocionarnos juntas

(compartir el sentimiento que surgía al mismo tiempo que la representación) pudimos avanzar en nuestro proceso terapéutico. Recuperamos un movimiento pulsional (trauma) que había quedado estancado, fijado en un estado primitivo. Así pasé de ser un objeto de la realidad a ser parte de su intimidad. Creo que si yo no hubiese sido sensible a esta propuesta que buscaba ser figurada hubiésemos seguido en dos dimensiones separadas sin que yo pudiera dar una respuesta eficaz.

La “captación identificatoria” de la que habla Marty en la Investigación va a evolucionar en el Orden Psicosomático hacia la noción de Función materna del analista.

Se trata de un acompañamiento ante todo verbal (no exclusivamente) que avanza al lado de los estados y movimientos del sujeto, o los sigue o precede a corta distancia. Comenta sus propias palabras y acciones como lo hace una madre. Estos aportes, dice Marty, son susceptibles de asegurar las primeras bases de una proximidad bilateralmente identificatoria.

En este sentido, la función del psicopatólogo es la de poder captar a partir de sus propios sistemas de sensibilidad, de comportamiento y de representaciones los movimientos del paciente, tanto psíquicos como comportamentales, musculares y somáticos. Observamos y sentimos los movimientos pulsionales que se expresan o buscan ser figurados para compartirlos y poder nombrarlos en el aquí y ahora de la sesión, alimentando así la funcionalidad del preconscious. Las intervenciones tienden a ser descriptivas e incitativas para invitar a construir una escena conjunta de afecto compartido, como diría Cathérine Parat. El objetivo de estas intervenciones poco interpretativas es de hacer desaparecer los estados de desamparo y las depresiones esenciales, que generan y mantienen enfermedades somáticas a menudo graves.

Pero me interesa volver ahora a la Investigación Psicosomática y al tipo de intervenciones que Marty realizaba en aquella época. Cuando las leemos hoy en día nos parecen a veces extremadamente invasivas, sentimos al paciente desconcertado, vapuleado. Hay que decir que Marty tenía una captación identificatoria tan fuerte y acertada que le permitía llegar rápidamente al paciente con certeza materna, proveyendo una inmediata impronta organizacional. Él mismo decía que las exigencias de la técnica tenían un inmediato y verdadero valor terapéutico. El objetivo que se planteaban en estas investigaciones era de hacer tomar consciencia al paciente de cierta correlación psicosomática o de un desplazamiento conflictual. Por ejemplo, señalarle cierta contractura en un momento particular de la relación con el terapeuta. O mostrar analogías entre situaciones de su pasado y de su presente. Marty quería hacerle ver al paciente lo que él estaba entendiendo, y lo hacía con cierta violencia.

Coincido con Parat cuando nos dice que lo que resulta realmente terapéutico en el encuentro con este tipo de pacientes, es el hecho de estar compartiendo, analista y paciente, el mismo afecto, ya que lo consolida a nivel de su narcisismo. Y nos dice que esos momentos de afecto compartido constituyen muchas veces lo más importante del acompañamiento terapéutico en los períodos en los que no puede establecerse aún un verdadero trabajo terapéutico.

Me permito discrepar en este punto por considerar que compartir el primer afecto compartido que surge, que es el sufrimiento, ya implica un trabajo de ligadura masoquista en el sentido que le otorga Benno Rosenberg en su monografía, aunque no se trate de elaboración.

Podríamos incluso decir que el afecto, en general, es compartido por sugestión, porque es el analista quien construye una impronta relacional a la que invita al paciente dándole una respuesta construida a un supuesto afecto que cree reconocer y con el que el paciente se identifica aceptándolo como

propio al mismo tiempo que lo crea. Estamos frente a cierta indiferenciación que consolida una especie de potencial representativo que evoca la relación arcaica con el objeto significativo en el aquí y ahora de la sesión. Con el tiempo, el sufrimiento va dejando lugar a un sentimiento de bienestar, de confianza, que se instala entre ambos miembros de la pareja terapéutica, de una satisfacción compartida que permite la incorporación pasiva por parte del paciente de elementos afectivos provistos por el vínculo con el analista. Marty diría, que es justamente la incorporación pasiva del objeto en movimiento la que permite la interiorización del objeto.

Pero me gustaría detenerme en este primer afecto realmente compartido, el sufrimiento. El paciente fatigado por no entender lo que le están pidiendo y el terapeuta que se siente fuera de la escena, sin elementos que le permitan comprender y captar con facilidad el núcleo vivo de su paciente. Hay una distancia, una falta de retorno por parte del paciente que lleva a la fatiga del analista: es el no sentirse investido, allí donde él acostumbra. Y es esta distancia que puede llevarlo, en identificación con su paciente, a desanimarse o a intervenir operatoriamente con frases “hechas”, ambos riesgos de los que nos advierte Marty.

La aceptación de esta situación podría prolongarse indefinidamente en el vínculo terapéutico, llevándolo a pensar que tiene una única utilidad: la de proponerse como objeto real de investidura. Se dirá que el paciente necesita investirlo como objeto de la realidad y que es lo único que cuenta, sometiéndose “masoquísticamente” a una situación casi insoportable, de padecer esta relación operatoria donde se repite una y otra vez la misma escena pero que no da lugar a un movimiento de construcción conjunta. La persona del terapeuta se convierte en una pata del andamio que sostiene la organización psicosomática del paciente, quedando preso y con la responsabilidad de quedarse allí, quieto, abatido, tramitando él solo la violencia que puede despertarle esta situación.

Marty, en su investigación, toma el camino de la acción, va a buscar al paciente, lo molesta, lo arrastra consigo con firmeza. Toma, podríamos decir, una posición “sádica” en el sentido de la violencia que impone con su actividad, que obliga al paciente a reaccionar sobre un terreno firme. No se lo ve siguiendo el ritmo del paciente porque este movimiento pulsional está en falta, no se expande, no se encuentra vectorizado hacia la persona del analista, entonces Marty va a buscarlo voluntariamente y con intención. Creo que esas intervenciones solo se las permitía Marty y en 1963, pero en lo esencial, el proceso se pone en marcha por la revitalización de la relación a través de un vínculo sado-masoquista en un sentido más próximo al utilizado por Benno Rosenberg.

Se trata de un movimiento de búsqueda activa, deseante y por ende interpretativa por parte del terapeuta al mismo tiempo que le aporta un encuadre, un sostén en una neutralidad benévola teñida de elementos de ternura que permite el desarrollo de un proceso. Y si hablamos de proceso, estamos hablando de capacidad masoquista de poder soportar cierta tensión interna, en presencia del analista, necesaria a la construcción psíquica. Esta procesualidad va a estar íntimamente ligada a la función materna del analista.

Ocupar esta función materna activamente es una de las diferencias fundamentales entre el psicosomatólogo y la posición analítica en la que esta función se encuentra proyectada en el encuadre y funciona como fondo negativo. No se trata de un rol fijo, sino que se hará presente espontáneamente en la medida en que la situación relacional lo necesite.

El rol para-excitante del psicopsomatólogo cobrará cada vez más relieve en los autores de la Escuela de Marty, hasta que en La Psicopatología del adulto el objetivo será de tener el control de los movimientos de la sesión, para poder medir constantemente las capacidades del paciente de soportar nuestras intervenciones, y así poder adaptarlas. Vale decir, que el rol para-excitante del analista será la brújula que guiará su trabajo.

III

Durante mucho tiempo, el objetivo terapéutico de la obra de Marty, fue el de llevar al paciente al más alto nivel de su organización, regulando la intensidad en el ritmo, hasta que un objeto de la realidad venga a tomar la posta del lugar del terapeuta.

El camino terapéutico va desde la constatación del estado del paciente hacia un análisis de los afectos progresivamente precisados, mejor representados y cada vez más ligado a las palabras, hasta que los conflictos internos retomen vida. Se pasa del interés por lo más simple al interés por la elaboración mental donde se rencuentran los valores tópicos, dinámicos y económicos anteriores.

La introducción del terapeuta en la economía del paciente le permite crear cambios en las cantidades de excitación a través de su función para-excitante. Su trabajo, de alguna manera es el de excitar para aumentar las cargas instintuales vitales que se encuentran disminuidas debido a la fragmentación contra-evolutiva, al mismo tiempo que les da un lecho de contención por el aporte de representaciones que cualifican afectos.

En este estado de los avances de la teoría, vemos cierto techo a las posibilidades de reorganización. Quiero decir, que si estamos frente a un paciente con buena mentalización que cursa una enfermedad y por ello está funcionando operatoriamente o cuya organización actual no está permitiendo la elaboración de los conflictos por la vía mental, volver a la organización anterior es un buen horizonte.

Su tarea es proponer el vínculo terapéutico para retomar el camino evolutivo progrediente hacia una mayor organización psíquica. En estos casos, al igual que los pacientes con funcionamiento irregular, este movimiento es, en cierta medida, menos complicado, debido a que los movimientos proyectivos son operantes y la simple vectorización de la pulsión hacia la persona del analista produce de inmediato un cambio en la distribución energética de la libido.

Aquí es importante de todas maneras el rol del psicopsomatólogo ya que, aunque la base mental esté, al no encontrarse operativa, las intervenciones no pueden ser las mismas que en un paciente que las tiene disponibles. Una interpretación sobre un elemento conflictual que parece presente sin que el resto del psiquismo esté disponible, puede crear un movimiento de desorganización y agravar la enfermedad en curso. Por eso es importante ir desde el funcionamiento más primitivo hacia el más evolucionado. Marty insiste en la flexibilidad que tiene que tener el analista para pasar de sistemas muy elementales a un funcionamiento psicoanalítico. Esta aptitud reposa sobre ciertas cualidades estructurales del terapeuta: cualidades de identificación a niveles variables y capacidad de liberarse de cada una de ellas.

Pero en el caso de los pacientes mal mentalizados, el pronóstico es mucho más dudoso, ya que volver a la organización en curso es volver a una precariedad psicopatológica. Vale decir, que muchas personas logran mantenerse estable por contar con sistemas donde el comportamiento o el carácter logran una homeostasis. Lo vemos en los “adictos al trabajo” o a la actividad, cuyas regulaciones pasan por el comportamiento. Una vez recuperados de la enfermedad vuelven a su funcionamiento

habitual, pero sabemos que cualquier cambio en el sistema de actividades, por ejemplo, la llegada de la jubilación puede poner este equilibrio en peligro.

Cuando Marty retoma los alcances de la psicoterapia con pacientes mal mentalizados, se lo siente pesimista. Nos dice que la dificultad para lograr modificaciones durables en el plano de las interiorizaciones y las retenciones, reside sin dudas en lo arcaico de las carencias iniciales, en la inadecuación del sistema para-excitante materno en el período precoz de las relaciones sensorio-motrices entre la madre y el bebé. En estas condiciones, nos dice, convendría lograr reorganizaciones sensorio-motoras a través de psicoterapias de naturaleza aún inéditas, para lograr el objetivo de una solidificación de los sistemas de interiorización y retención.

Más adelante insiste que, paralelamente a la palabra que no siempre guarda su valor libidinal, es muchas veces necesario establecer otros mediadores relacionales y, en una nota al pie de página nos vuelve a hablar de la relajación: mediadores relacionales que deberían intervenir a nivel de los funcionamientos sensorio-motores para acercarse de esta manera al estilo de intercambios entre la madre y su bebé. El acompañamiento simultáneo a diversos estadios evolutivos (incluso los estadios verbales elementales) del movimiento sensorio-motor del otro, constituye tal vez la base de la terapéutica.

Es como si nos dijese que lo perdido está perdido y que no sabría bien cómo ir a buscarlo en el tiempo, o en la sensorio-motricidad. En el pre-congreso del mes de Junio, Diana Tabacof nos introdujo a la técnica de la psicoterapia psicoanalítica corporal, que se utiliza en el IPSO para intentar llegar a esos estadios a partir de la concientización de ciertos movimientos corporales. Partiendo de una consigna no-directiva del tipo «dígame cómo se siente en su cuerpo», se invita abiertamente a que el paciente exprese a través de la verbalización sus estados corporales, en la transferencia. Se avanza la hipótesis de una memoria del cuerpo, que conservaría enquistadas las huellas de los traumatismos primarios, que bloquearon la evolución del cuerpo pulsional de los pacientes. Sería una manera de retomar contacto con ellos y trabajarlos desde las emociones y representaciones que surgen.

Pero a pesar de su reticencia, por momentos, Marty parece pensar poder ir más allá. En su texto de 1954 que escribe junto a Fain, «La importancia del rol de la motricidad en la relación de objeto», nos describe el recorrido evolutivo de la relación de objeto, desde su construcción en la sensorio-motricidad y su transformación a través del pasaje por las diferentes fases evolutivas con la cimentación de los autoerotismos y el pasaje por el complejo de Edipo. Nos permite apreciar los grados de internalización del objeto exterior que va desde el polo más concreto y comprometido en la sensorio-motricidad, hasta niveles cada vez más abstractos, de orden psíquico. Este texto permite leer los signos de la clínica que nos indican en qué nivel estamos trabajando cuando nos separamos del mundo representacional e incluso construir puentes con nuestros pacientes.

Por ejemplo, la niña de 6 años de la que les hablé al comienzo de mi exposición, la que vino a verme por un Eczema que se desarrollaba en los momentos de separación, llegó con muchos problemas para establecer contacto con los extraños a la familia. Los padres dudaban incluso de que pudiera funcionar una terapia porque no la imaginaban intercambiando con una extraña y mucho menos aún aceptar quedarse sola.

En la primera sesión, que viene con el padre, se queda pegada a él gran parte de la sesión. Es un cuerpo a cuerpo continuo, no pasa ni por la mirada, que ya permitiría cierto control del objeto a

distancia. Ella se desparrama en el cuerpo del padre. No me mira ni me habla. Como a mi intento de comunicación se da vuelta y mira al padre o le susurra algo al oído, le propongo jugar a que yo le hablo a ella y el padre me responde, que ella tiene que hablarme a través del padre.

(Lo entiendo como un movimiento que la lleva frente a los extraños a refugiarse en el padre, no pidiendo protección sino pegándose a él, como si fuesen uno solo y le propongo este juego para poner en juego esa fantasía)

Tímidamente comienza a aventurar algunas palabras dichas en voz tan baja al oído del padre que éste tiene dificultad para escucharlas. El padre juega y me las repite. Le propongo dibujar a partir de un garabato que comienzo yo y lo primero que hace, con dificultad, colgada del padre, es una cara con un solo ojo (Típico de los niños que salen de un autismo). Le digo que es como en el juego, sus ganas de estar en la misma cabeza con papá.

La invito a jugar, pero se queda pegada al papá. Le digo que entiendo, que es difícil jugar y estar con papá al mismo tiempo. Pienso en voz alta: ¿cómo podemos hacer... para estar seguras de que seguís conectada? ...qué problema... Ah! Tengo una idea! Desconecto el cable de la computadora portable y le doy un extremo al papá diciéndole que él tiene que tener siempre ese lado agarrado con seguridad, bien pero bien fuerte, así su hija puede venir a jugar tranquila sin miedo a que desaparezca. La niña acepta observándome con curiosidad. Se queda realmente agarrada al cable y juega con la otra mano, solo al final de la sesión entusiasmada en el juego la olvida y se la ve un poco angustiada al notar lo. Le digo: ves que lo podés agarrar cuando querés porque aunque vos te lo olvides papá lo tiene en la mano.

La puesta en escena, con un rol activo de mi parte, en la que utilizo un objeto cable, real, tiene un efecto inmediato en ella. Estar concretamente conectada a través del cable con su padre la tranquilizó. Soy yo quien, activamente le propongo un juego que le permite ir a jugar.

Este tipo de lente, que me permite responder al mismo nivel sensorio-motor en el que la paciente se encuentra, ya puede deducirse del texto de 1954, aunque son los psicocomatólogos posteriores y los analistas que trabajan en la relación temprana con niños con dificultades del desarrollo, como Myriam Boubli o Geneviève Haag, entre otros, que nos permiten captar cada vez con mayor precisión los elementos arcaicos en juego en la relación de objeto.

IV

Marty fue un médico de su época, en la que la neurociencia moderna pregonaba el paradigma de la doctrina neuronal de Ramón y Cajal. Durante años se consideró al sistema neuronal inmutable y estático, lo que impedía pensar que podían existir construcciones novedosas posteriores a las de la primera infancia. Con la teoría de la plasticidad neuronal publicada por Ralsman en un artículo de 1969 pero puesta a la luz por el premio Nobel Eric Kandel en el año 2000, se constató que existen mecanismos de reconstrucción de las estructuras cerebrales.

Esta idea tiene un corolario inmediato: la experiencia siempre deja una huella en el tejido neuronal. El sujeto no es el resultado de una inscripción continua de huellas. La experiencia es multidimensional y se constituye al mismo tiempo que las asociaciones y re-asociaciones de estas huellas, en el entrecruzamiento entre las excitaciones externas e internas. Tiene, entonces, capacidad de realizar conexiones transversales, lo que une pasado y presente a partir de la experiencia misma.

Desde esta perspectiva, el trabajo del psicossomatólogo se vuelve palpable y concreto. Provee un encuadre que inaugura una experiencia inédita, en la que se reproducen las condiciones de intimidad para que una relación afectiva diferente a la vivida se construya, reactivando los elementos traumáticos de las relaciones de los primeros años de vida que serán trabajados. La captación identificatoria del terapeuta le dará las señales para vislumbrar ciertos movimientos pulsionales que quedaron sin desarrollar y traducirlos, permitiendo construir paisajes conjuntos que pueden ser observados y vivenciados por ambos protagonistas. Los paisajes creados serán consecuencia de construcciones por parte del analista a partir de cimientos arcaicos captados por sus sentidos y capacidad empática (neuronas espejo). Estos paisajes podrán volverse comunes gracias a su puesta en forma representacional, pero a condición de que el afecto compartido haya circulado.

Freud hablando de las construcciones en análisis, nos dice lo difícil que resulta determinar la edad relativa de cada hallazgo al mismo tiempo que le quita importancia a este dato. En realidad, ni siquiera importa si la construcción propuesta por el analista es verdadera o no. Lo que importa es que se aproxime a una verdad afectiva en la que el paciente se reconozca y que aproveche esta realidad para asociar sobre ella. No importa, podemos decir nosotros, lo que realmente aconteció sino lo que podemos construir en ausencia de un objeto que se construye al mismo tiempo.

Al ritmo de las sesiones, entre presencia cualitativa del analista y ausencia en los intervalos entre sesiones, se crean las condiciones de introyección del objeto en movimiento. Esta impronta relacional que se inscribe en la estructura celular, en el presente, reedita y tiene la potencialidad de modificar poco a poco, con paciencia y esperanza, ambas cualidades de la función materna, la organización de base. La puesta en representación y el afecto compartido en las sesiones alrededor de lo que le resulta importante al paciente de su historia, de sus afectos, a través de los sentidos de su analista, permite nutrir el espesor representacional.

Si bien el alcance de nuestro trabajo estará de alguna manera condicionado por la organización de base de nuestros pacientes, tenemos ya la experiencia de vernos sorprendidos por la capacidad de reorganización que tienen ciertos pacientes y la manera en que una psicoterapia de este orden puede modificar profundamente la calidad de sus vidas.

Tal como dice Freud, la construcción no es un fin, sino un medio para ir dando forma a la pulsión a través de un entramado representacional que, al mismo tiempo que aporta una historia individual, permite que ésta sea compartida.

Discusión de la presentación de Karina Soldati

Construcciones en la clínica psicosomática

Christine Saint-Paul Laffont*

Agradezco a los organizadores por haberme ofrecido discutir la presentación de Karina.

Gracias, Karina, por este trabajo tan completo sobre la vasta cuestión de la construcción en el trabajo del psicosomatólogo.

Aquí, las intervenciones del psicosomatólogo con estos pacientes, que presentan una desorganización grave, no son del orden de la interpretación en el sentido Freudiano, es decir una modalidad de acceso a los materiales reprimidos. Aquí, se apunta a reactivar el funcionamiento mental para reencontrar o encontrar el mejor nivel de funcionamiento anterior a la desorganización, incluso para permitir que emerja un sentido nuevo, como tan bien nos lo has mostrado con tu paciente fibromiálgica. Esto a partir de lo que va a establecerse en la relación que se construya con un nuevo objeto.

Dado el margen de tiempo asignado, elegí limitarme a dos líneas de discusión.

Mi primera línea de discusión se referirá a la construcción por el lado del analista psicosomatólogo, que requiere el trabajo de contratransferencia (CT) en el sentido amplio y las identificaciones en juego.

Mi segunda línea de discusión abordará la cuestión del masoquismo.

A. La construcción en el proceso

Tú mencionas los tres tiempos de la construcción. La construcción del espacio terapéutico y de la relación, la de la reorganización de la libido, y la que se refiere a la comunicación de materiales construidos en la psique del analista.

A menudo, se trata de pacientes que no tienen demanda, enviados por el médico o un allegado, y que van a encontrar algo nuevo, que no se parece a lo que están acostumbrados en el ámbito médico, una escucha que los puede desorientar.

Me parece que la construcción de este espacio será diferente dependiendo de si nos encontramos en una institución o en el consultorio. Podremos volver sobre esto.

En 1963, en La investigación psicosomática, los autores escriben:

«En el primer abordaje temíamos no poder acercarnos a ese personaje aparentemente deslucido, rigurosamente realista, un poco superficial, que creía moverse en la evidencia, y que desprendía

* Presidenta de la AIPPM (Asociación Internacional de psicosomática Pierre Marty).

una vaga tristeza. [...] Era imposible que un ser humano fuese tan plano y tan empobrecido como su manera de ser tendía a hacerlo creer»¹.

En un paciente en estado operatorio, caracterizado por la desaparición de toda dinámica mental y la ausencia de expresividad psíquica, la construcción en la cura requiere tanto la contratransferencia del analista, en el sentido amplio, como la cuestión de las identificaciones. Cabe recordar que la CT es inconsciente y que lo que llamamos CT, es decir lo que percibimos en nuestro interior, ya es algo muy evolucionado.

P. Marty habló poco de la contratransferencia del analista ante los enfermos somáticos.

En su artículo «Las dificultades narcisistas del observador ante el problema psicosomático» (1952), escribió que la psicosomática « sugiere [...] **la idea de autodestrucción efectiva** [parcial o totalmente], **es decir la fragmentación del cuerpo y la desaparición de su imagen, a causa del propio individuo**. Admite la posibilidad de supresión del objeto por parte del sujeto, quedando ambos personajes inverosímilmente unidos.[...] y se trata de **una de las razones que no puede no perturbar al observador hasta sus fibras más profundas.**»

El objetivo es, ante todo, destruir todo lo que puede lograr el rango de objeto, incluso negar una condición de objeto al analista.

Frente a este paciente en estado de desmentalización, que sobreinvierte la realidad y lo perceptivo, el investigador puede encontrarse desprovisto.

En un coloquio sobre la interpretación (2011), C. Smadja brindó una descripción interesante al respecto.

En el paciente operatorio, la desorganización afecta al aparato psíquico en toda su funcionalidad, tónica, dinámica y económica. El proceso asociativo se ve gravemente perturbado a causa de la desconexión del Pcs. «*El inconsciente recibe, pero no emite*» (P. Marty).

Por el lado del analista, la escucha también se ve perturbada, su CT es solicitada en lo que le está impuesto en negativo, es decir la inhibición de su funcionamiento habitual: regresión, escucha flotante, asociatividad etc. Al silencio del Ies del paciente, verdadero trauma para el analista², responde el silencio del funcionamiento del analista, que solo podrá liberarse de esto a través de la investidura del funcionamiento mental del paciente que pueda encontrar.

Por el contrario, pueden surgir, de alguna manera en positivo, en el sentido de una expresividad, afectos brutos y violentos que vengan a perturbar su neutralidad. Suelen ser afectos de odio, que resultan, en parte, de la herida narcisista impuesta por la afección traumática de su funcionamiento mental y el modo de relación impuesta por el paciente que rechaza todas sus construcciones.

Pero también puede tratarse de afectos experimentados por el analista en el lugar del paciente, que harán un cortocircuito en el trabajo del preconscious. De ese modo, se delega inconscientemente en el analista un estado de afecto del paciente que retorna.

«El analista ocupa el lugar del paciente en la repetición de lo que fue vivido precozmente, y el paciente ocupa el lugar del objeto al que estaba confrontado, de niño, en sus experiencias precoces.»

1 P. Marty, M. De M'Uzan, C. David (1963), La investigación psicosomática, 2.^a edición, 1994, Puf.

2 C. Smadja, *L'usage de l'expression dramatique dans l'interprétation, Monographies et débats de psychanalyse*, 2012, Puf.

Como vemos, se plantea la cuestión de las identificaciones recíprocas entre el psicólogo y su paciente, que permitirán la construcción de una relación con un objeto, relación que se puede calificar de relación de base, de esencia narcisista.

A partir de la investigación, los autores describen el método con base en la **anamnesis asociativa** definida por F. Deutch³ que va a permitir la construcción de una relación significativa entre ese paciente y ese analista, dentro de la cual podrán surgir, in vivo, los nudos psicossomáticos. Dicho método reposa en la capacidad identificatoria del analista y sus capacidades de empatía.

—Tú mencionas el campo de las neurociencias y las neuronas espejo, pero, ¿acaso no tenemos en el campo psicoanalítico, el nuestro, el concepto de identificación para explicar todo eso?

Esta identificación supone, a la vez, cierta pasividad, incluida la atención flotante, y cierta actividad debida a la atención prestada a lo perceptivo, a lo sensorio-motor, manifestaciones gestuales, mímicas, temblores en algunos momentos, o bien manifestaciones neurovegetativas que surgen abruptamente (olores, sudores, enrojecimientos etc.). En resumen, todo lo que es positivo respecto de lo que falta y sobre lo que se basa la organización psicossomática del sujeto, que aparece en esa relación nuevamente creada. El cara a cara facilita todo eso y, a cambio, permite que ese paciente con gran dificultad de representabilidad perciba los más mínimos movimientos afectivos del analista, en los que podrá apoyarse.

En esa relación, se observa una doble indiferenciación: el investigador, despojado de su alteridad objetal, es englobado por el sujeto y, en este último, pueden aparecer, a favor de la regresión, esos nudos psicossomáticos reveladores de un indiferenciado psicossomático, lo cual posibilita un cortocircuito en las defensas neuróticas superficiales que, a veces, engañan.

A mi juicio, no está exenta de vínculos con la descripción de la relación de objeto alérgico hecha en 1958 por P. Marty, que tiende a confundirse con el objeto, y esto a través de un doble movimiento. Una identificación primaria, inmediata, del orden de la captación del objeto que engloba a los dos protagonistas (el sujeto se viste con las cualidades del objeto) seguida de un segundo tiempo más largo de acondicionamiento del objeto.

El riesgo para el analista es quedar él mismo atrapado en el mismo movimiento y abandonar su actitud identificatoria recurriendo a intervenciones de tipo explicativas, para reducir la tensión contratransferencial y tomar distancia.

Entonces, ¿de qué orden son las identificaciones del analista?

Si bien su esencia es narcisista, arcaica, podemos preguntarnos de qué tipo. ¿Miméticas? ¿C. David hablaba de «mimetismo identificatorio» del psicólogo? ¿Son proyectivas en el paciente e históricas en el analista? Es una buena pregunta.

La función materna⁴.

Es lo que sustenta el trabajo del psicólogo con su paciente. Si bien en ciertos aspectos puede compararse, como dices, con el papel de la madre con su lactante, en otros se diferencia. P. Marty aplicó a la función materna un papel importante inconsciente en la génesis de las funciones somá-

3 F. Deutch, *The associative anamnesis*, Psych. Quarterly, vol. VIII, 1939.

4 P. Marty, *El orden psicossomático*. M. Fain, La función materna según P. Marty, RFPso, 20/2001.

ticas y su cohesión, a partir de los conceptos de automatización y programación. Pero el paciente operatorio adulto no es un lactante. Tiene una organización de base, un funcionamiento que le es propio que hay que ayudar a reconstruir. El poder de los instintos de vida en el lactante, en plena construcción espontánea, está ausente en el paciente operatorio.

Nos has mostrado con mucha sutileza la importancia de ese trabajo, basado en las capacidades identificatorias del terapeuta, sus cualidades de empatía, la atención que se presta a las modificaciones económicas en la sesión, a la expresividad no verbal de lo operatorio, como el ajuste constante del lactante entre excitación / para-excitación, para poder adaptarlo a los niveles que el paciente pueda soportar.

Por mi parte, quisiera subrayar la importancia de la conflictualidad interna inherente a la función materna, que oscila permanentemente entre sus investiduras de madre, improntas de neutralidad benevolente, de ternura, y sus investiduras de mujer y de amante, como describió M. Fain en la censura del amante, que introduce al tercero. No hay función materna sin padre y sin triangulación.

Si bien P. Marty contempla en la función materna la investidura narcisista del soma, y ello gracias a la inhibición motriz surgida de la ternura maternal para con el hijo, M. Fain agrega la presencia esencial del erotismo femenino en la organización del conflicto edípico.

¿El sufrimiento es un afecto compartido?

Dices que el primer afecto compartido es el sufrimiento. Pero, ¿se trata realmente de sufrimiento? Porque el sufrimiento ya es algo muy evolucionado en el trabajo del Pcs. Además, lo mencionas evocando el trabajo de ligadura masoquista que contiene y los trabajos de Rosenberg. Es hacia lo que se tiende.

Creo que lo que desarrolla C. Parat, y que es compartido, es lo que pasa previamente, por el lado de lo incognoscible de la pulsión, un estado de percepción inconsciente de vivencias que no son comunicables verbalmente por parte del paciente, que lograrán alojarse en el analista, a través de la regresión formal y de estas identificaciones profundas. A veces, se experimentan hasta en el cuerpo y, tras un largo trabajo de transformación, de mutación de la energía y de elaboración, podrán representarse en él gracias al trabajo de representabilidad. Aquí estamos, ciertamente, en el trayecto de reorganización de la libido.

Entonces, se vuelven verbalizables y comunicables al paciente. Este sería un segundo tiempo del afecto compartido consciente, a lo que responderá la convicción del paciente. (Tú hablas de la confianza que se instala), tiempo de secundarización.

C. Parat agrega que pueden, incluso, permanecer fuera de la comprensión, a lo cual el analista dará una respuesta infraverbal (voz, suspiros, movimientos, ritmo respiratorio etc.), percibida como tal por el paciente).

Estoy muy atenta a esos movimientos que nos atraviesan, a veces del orden de los estados de confusión, de afecto bruto, de sensaciones difusas, de dolores físicos, incluso de somatizaciones en sesión, que pueden parecer totalmente incongruentes y que, sin embargo, así como deben tomarse en cuenta, en el paciente, traducen algo de lo que pasa en el analista, en ese momento de la entrevista

con ese paciente. Algo emerge *en el contexto dinámico actual de la entrevista, in vivo*, que podrá transformarse a través del trabajo de contratransferencia del analista.

Para Green⁵, se trata de dar una forma a lo informe, no importa la veracidad histórica de lo que se forme, Green habla de representación de espera, que permitirá ligar la excitación, el cuantitativo sobre una forma, en un movimiento de reintrincación pulsional. Un poco como el trabajo del sueño, de algún modo, es el analista el que sueña al paciente.

No estoy segura de que lo que pase allí sea la réplica exacta de lo que ya pasó con el objeto en la historia del sujeto pero, en ese momento de contaminación de la desorganización del paciente en el psiquismo del analista, se forma algo que permite construir un nuevo sentido.

Para mí, eso es la construcción en el trabajo del psicopatólogo.

En cuanto a la **sugestión** por parte del analista, quizá sea un efecto de la **traducción**, pero no utilizaría ese término. Diría más bien proposición, que solo puede hacerse después de este largo trabajo de construcción, en gran parte inconsciente, antes de poder ser verbalizado. El analista se propone como modelo de identificación sin imponer nunca nada, para no intensificar la herida narcisista del paciente ante las carencias de su funcionamiento mental. Hemos visto el estilo de las intervenciones de P. Marty.

Me pregunté si con tu **paciente fibromiálgica** se había podido construir todo ese recorrido a través de tus experimentaciones de cansancio y aburrimiento, en una identificación con una madre, o más bien sustitutos maternos operatorios, ya que las funciones puramente somáticas de absorción y excreción, el sueño, la actividad, también son lo que les interesa a las madres de los bebés, añadiendo normalmente un suplemento de placer, que no debe haber sido el caso para tu paciente, en manos de múltiples sustitutos maternos que hacían lo que debía hacerse. Me pareció que la aceleración o la disminución de los latidos del corazón traducían más bien algo más cercano al afecto, a la emoción en la expresividad de la excitación que también podía ser de gran utilidad para la simbolización. Recién después de tu intervención pudieron realmente compartir un afecto, pero hizo falta un largo recorrido Ies para lograrlo.

La niña de 6 años, alérgica. He de decir que no acostumbro a trabajar con niños. Primero, me pregunté dónde estaba la madre, tan ausente que solo estaba presente. El hecho de pegarse al padre, en realidad, un no-madre, atestigua la indiferenciación de los objetos. Se puede pensar en la relación de objeto alérgico y en la falta de organización de la angustia de lo ajeno⁶. La separación desencadena la crisis somática, a falta de afecto, de tristeza o de angustia, ya que desorganiza el sistema defensivo e introduce otro en la cabeza del objeto. Aquí, se trata de una regresión somática que permite recuperar un equilibrio. Me parece que pudiste reintroducir al tercero con tu presencia, y el uso del cable como objeto de la realidad, pero que forma parte del espacio potencial sustentado por el juego, que también contiene un actuar, el cable es, a la vez, un objeto de la realidad, pero también una potencialidad de simbolización.

5 A. Green, El analista, la simbolización y la ausencia, La locura privada.

6 Spitz.

B. Segundo punto de discusión: La cuestión del masoquismo

Mencionas el papel del sadismo en las intervenciones de P. Marty, lo que provoca, en respuesta, la puesta en escena de un masoquismo en el paciente.

Esto me lleva a plantearme algunas preguntas. En primer lugar, ¿de qué masoquismo estamos hablando en esos pacientes en los que, justamente, sabemos que hay un defecto de este organizador psíquico, que es el sadomasoquismo?

¿Ves allí una intencionalidad del terapeuta? ¿Podrías decirnos algo más al respecto?

Si hablamos del trabajo del psicopatólogo, nos sentimos en el deber de hablar de la técnica de la investigación tal como la practicaba P. Marty, que puede parecer directa, violenta, y puede suscitar ciertas críticas, incluso actualmente. Este aspecto provocador permitía hacer surgir elementos a los que, ciertamente, no habríamos tenido acceso de otro modo.

Esto me lleva a pensar en el gusto por la tauromaquia de P. Marty, que, además, evocaba la psicosomática en la línea de una tauromaquia bien entendida⁷.

C. Parat compara la economía del juego y la habilidad estratégica del torero con las del investigador. En una primera etapa, el investigador, al igual que el torero, evalúa las defensas mentales del paciente utilizadas en una situación nueva, ampliadas a las manifestaciones sensorio-motrices, mímicas, gestuales, contenido del discurso, silencios...

Una segunda etapa consiste en hacer salir al toro de su territorio de defensa, lo mismo que al paciente de esa primera línea de defensa, para llevarlo hacia modalidades que no sean a las que está acostumbrado. Entonces, puede apreciar las capacidades de adaptación defensiva del paciente, su calidad, flexibilidad, continuidad o discontinuidad en el intercambio, como con el toro, el eventual surgimiento de derivados pulsionales.

Tanto el terapeuta como el torero son un excitante y la desorganización final del toro abandonado demasiado tiempo a él mismo puede compararse con la del paciente, a quien el intercambio animó durante un tiempo, pero que supera sus capacidades.

Se constituye un cuadro nuevo debido a la interacción entre el investigador y el objeto de la investigación, que, al extremo, puede hacer surgir el indiferenciado psicosomático o, en la mayoría de los casos, manifestaciones psicosomáticas, que revelan el vínculo que existe entre tal conflicto y tal síntoma, que esta vez ya no aparece como defensivo, sino como primario.

¿Las intervenciones «sádicas» cumplen la función de reanimar al paciente, de excitarlo de algún modo —al igual que una madre puede estimular a un bebé con atonía— de reanimar los instintos de vida?

En La investigación⁸, los autores mencionan la necesidad en la que se halla el investigador de proporcionar él mismo un aporte energético, ya sea para animar una entrevista que se traba, o para «reconfortar» —prefiero el término recomponer— a un enfermo que, en la propia entrevista y en cierto momento, vive un verdadero derrumbe económico a raíz de la dislocación de defensas aparentemente neuróticas que podían engañar.

⁷ Ver C. Parat.

⁸ *La investigación psicosomática*, p. 15.

Me parece que aquí, por el contrario, en la identificación profunda con el paciente tal como la hemos visto más arriba, hay una percepción muy aguda de la desorganización que empuja luego al investigador a esta función de reanimación de urgencia. Conocemos el cuidado que P. Marty ponía en reorganizar al paciente antes de partir hacia modalidades habituales, generalmente más fácticas.

También sabemos la importancia del surgimiento de fantasías sádicas en esos pacientes que, en general, carecen de ellas, de fomentarlas, incluso, proponiendo un soporte para el surgimiento de tales representaciones. Por ejemplo, la lectura de novelas negras, thrillers, películas etc. La aparición de sueños, a veces crudos, de contenido sádico, activan las primeras representaciones en un psiquismo que renace o que nace.

Lo que me plantea interrogantes en este punto es la cuestión del masoquismo.

Aquí no se trata de masoquismo secundario, sino de masoquismo erógeno primario como primer organizador de la intrincación pulsional en los vínculos precoces con el objeto, y que aquí aparece desfalleciente. M. Fain habla de masoquismo inacabado debido al fracaso de la doble vuelta que lleva a un defecto de organización de los autoerotismos primarios, que privilegian la actividad y el agotamiento a la pasividad placentera y la satisfacción.

En esos pacientes, al momento de la desintrincación pulsional, la liberación de la pulsión de muerte conduce, paradójicamente, a su uso de tipo defensivo, tendiente a la extinción, que, también paradójicamente, mantiene el proceso de desorganización, de desobjetalización.

Cuando la enfermedad se produce al cabo de este largo proceso de desmentalización, podría hacer tope a la desorganización y permitir una reorganización a través de la reorganización de un sado-masoquismo. Es lo que desarrolla C. Smadja en sus trabajos, definiendo los dos tiempos del trabajo de somatización. Continuando los trabajos de B. Rosenberg sobre los dos tiempos de la proyección, la somatización sería el resultado, por un lado, de la proyección de las pulsiones de destrucción y, por el otro, de la proyección de las pulsiones de vida que la establecerían como un neo-objeto. Un neo-objeto que, al igual que el delirio, que entra en la percepción del yo y se convierte en objeto de investidura, representa un tiempo de cura, que contiene una potencialidad de reobjetalización.

Quizá, el dolor físico participe en este tiempo, a la vez, por el lado de la desorganización en el vaciado del yo que induce, como tope de la desorganización en las nuevas potencialidades de reobjetalización que contiene y, también, por el lado de la reorganización del masoquismo erógeno primario.

Para concluir, voy a citar a M. Aisenstein⁹: «*¿No debemos preguntarnos si el exceso mismo, el derroche masoquista de dolores que puede hacer atravesar una enfermedad grave, no viene a constituir un intento de curar la falla inicial del núcleo masoquista primario como organizador?*»

9 M. Aisenstein, *Désir, douleur, pensée. Masochisme originaire et théorie psychanalytique*, Ithaque, 2020.

Trabajar entre psique y soma

Iacovos Clèopas*

Resumen: Este artículo trata de examinar ciertos aspectos específicos del trabajo del psicósomatólogo e intenta investigar el sentido y las exigencias del trabajo entre el psiquismo y el cuerpo. La práctica clínica en psicósomática podría ser concebida como un campo dinámico organizado a partir de un conjunto de movimientos potenciales corporales pero también psíquicos intra e intersubjetivos que emergen a lo largo de la experiencia de la relación transferencial. Las nociones de cuerpo y soma con respecto al enfoque clínico y teórico psicósomático son igualmente abordadas. Finalmente, propone una discusión sobre el futuro del trabajo del psicósomatólogo, en relación con la importante evolución de la biotecnología y de la medicina.

Palabras clave: Límites, tópicos transicional, Sistema fijación-regresión, transferencia, técnica psicósomática, cuerpo y soma, biotecnología

Abstract: This paper attempts to investigate the significance and demands of the work between the psyche and the body by examining specific facets of psychosomatologist's work. The clinical praxis in psychosomatics can be conceptualized as a dynamic field composed of an ensemble of potential intra- and inter-individual bodily and psychic movements that emerge during the transference relationship. Regarding the psychosomatic clinical and theoretical approach, the concepts of the body and soma are also considered. In conclusion, it is proposed to discuss the future of psychosomatologist work in relation to the significant development report in biotechnology and medicine.

Key words: Limits, transitional topic, regression-fixation system, transference, psychotherapeutic technic, body and soma, biotechnology,

Intentaremos abordar algunos aspectos del trabajo del psicósomatólogo y de lo que es trabajar entre la psique y el cuerpo, concebido como un campo dinámico, organizado a partir de un conjunto de movimientos potenciales intra e interindividuales, que emergen a lo largo de la evolución de la vivencia transferencial.

Hablaremos de este trabajo en relación con el psicoanálisis digamos clásico —aunque encuentro que este término es más simbólico, o eventualmente identitario, que efectivo—. Obviamente, también se planteará el tema del cuerpo, de sus formas y estados respecto y a través de los cuales la psique responde a lo que se le demande para luego demandar, a su vez, que se emprenda una acción. Nos interesan el tipo de este trabajo demandado por la psique al cuerpo y sus aspectos cualitativos y cuantitativos. Pero, en primer lugar, habría que poder explicar, traducir e interpretar la demanda enviada por el cuerpo. Por lo tanto, también hablaremos de los límites, como estados, como lugares de intercambio o, incluso, como potencialidades fastas o nefastas para el equilibrio y la evolución

* Presidente del Instituto de Psychosomatique d'Athènes. Icleopas@otenet.gr

psicosomática. Por último, intentaremos hablar del futuro de este trabajo, ya que pienso que hay uno, exigente y, quizá, desconcertante, que ya está aquí. Algunas viñetas clínicas nos ayudarán a delimitar estos dinamismos.

Un día, a principios de verano, Jeanne, una mujer joven de unos treinta años, vino a consultar, a pedir ayuda lo antes posible, sin más explicación que «es necesario», según dijo. Parece fina y frágil, con un largo cabello castaño y ojos celestes que le daban una imagen con rasgos y una apariencia que, habitualmente, se diría que son agradables y atractivos. Sin embargo, esta impresión desaparecería rápidamente. Como si se tratara de rasgos atractivos de un cuerpo desencantado. Su postura, ciertos elementos de su motricidad, elípticos e inquietos, y luego, la imagen que proyectaba una vez sentada en el sillón, inmóvil, incluso estática, daban la impresión de que la materialidad del cuerpo se desvanecía, perdía la dimensión de profundidad. Comenzó a hablar con una voz insistente, presionada y, sobre todo, quejumbrosa. Esta tensión también se expresará en sus dichos; dice «estar angustiada, no saber lo que debe hacer» y que «debe decidirse sí o sí, porque a finales de agosto se casará». Pero supone, en realidad, está segura, que su futuro marido la engaña. Están juntos desde hace dos años. La descripción de su vida de pareja llevaba a pensar en una vida común, que más que invertir la existencia de cada uno y de la relación, la conservaba. De su vida afectiva, y sobre todo sexual, actual y pasada, Jeanne no quería o no podía hablar, dando la impresión de una vivencia no común, a parte del resto de la vida cotidiana, que eventualmente era incómoda y que, sobre todo, debía callar, tanto exterior como interiormente.

De su novio, dice que no lo ama, o quizá a su manera, e incluso, piensa que él está en su contra. Él dice que quiere que se casen, pero ella se siente casi amenazada, sin explicar los motivos. Sin embargo, ella no quiere ver su vida, ni verse a ella misma, de otra manera, por eso, se dice a sí misma que habría que hacer ese matrimonio. Además, toda su familia lo espera. A veces, se pregunta si no son ideas de ella. «¿Estoy desvariando? Entonces detengo completamente mis ideas, si no, por momentos, siento que me voy a derrumbar». Siempre tengo las mismas ideas dándome vueltas en la cabeza, y que nadie me toma en cuenta a mí, ni siquiera mi familia. Mi madre me dice: «No, él (su futuro marido) es bueno, te vas a casar como todo el mundo... También está tu hermano, sabes que con él es más difícil, él tiene problemas (de trabajo, de dinero, de comportamiento). Hay que tener calma para manejar todo eso». Entonces, dice Jeanne: «dudo de ella y de mi padre y mi hermano». Una amiga, su única amiga de la infancia, también le dice que exagera, lo cual provocó una pelea y una ruptura. Su discurso se entrecortaba con intervalos de silencio. La paciente parecía retirarse mental y físicamente, quizá, incluso achicarse. Entonces, su mirada parecía sumergida en una visión interior inquietante. En este contexto, se planteaba la cuestión de si se trataba de momentos de una ideación paranoica silenciosa, que, eventualmente, denotaba un núcleo psicótico en proceso de descompensación. Jeanne dirá «en nada, pensaba en lo que usted decía, después nada... vacío». Yo observaba que esas palabras, «nada» y «vacío», estaban pronunciadas como quejas. Entonces, me preguntaba si la idea, o incluso la realidad, de un delirio de persecución y el hecho de recurrir a mecanismos de defensa como la proyección, la renegación o la escisión, constituían un intento de enfrentar un callejón sin salida primordial y narcisista. De ese modo, el vacío, el acto de vaciarse era conscientemente buscado (pero, sin embargo, en una consciencia y un actuado inmediatos primarios, no una consciencia o una actividad preconsciente de la primera tópica o del yo). Y, al mismo tiempo, el vacío que sentía interiormente y en la relación con el objeto, la amenazaba y se quejaba al respecto.

De su pasado dirá que siempre llevó una vida tranquila, que trabaja mucho, que se siente bien y productiva, aunque se pregunta si sería capaz de evolucionar y tener una mejor remuneración.

Trabajamos juntas durante casi dos meses, a razón de una a dos sesiones semanales. Mi hipótesis de partida era que se trataba de una problemática límite, sobre todo, con una importante carencia de la capacidad de mentalización. En ese contexto, incluso si había un componente paranoico en relación con un núcleo psicótico de su organización psíquica, los afectos predominantes eran un temor al derrumbe, al abandono y un estado traumático. Condiciones que habrían podido generar diferentes formas de desorganización. Por otra parte, la cuestión del cuerpo y de su relación con el psiquismo era fundamental para la imagen clínica de esta paciente. Luego, estaba la perspectiva de este casamiento, en lo absoluto o más bien negativamente investido, que ella quería ser capaz de llevar a cabo, fuera de su desconfianza y sus afectos agrios y de odio.

Por el lado de la contratransferencia, me percataba de una perplejidad e inquietud que sentía frente a la fragilidad del equilibrio narcisista de la paciente, pero también de la violencia subyacente. Asimismo, me daba cuenta de que yo estaba decidida a trabajar con ella, a atender sus demandas, y de la necesidad de una intervención terapéutica de urgencia. Aunque esta urgencia no significara en lo absoluto una actitud de consejos normativos. También me pregunté si no podría ayudarla la medicación. Seguramente a raíz de su miedo y sus dudas, Jeanne excluía esta posibilidad, que también me parecía dudosa, si bien la calma que obtendría solo habría velado o escotomizado la carencia narcisista y funciones del yo, sin resolverlas en modo alguno. Así, siguiendo su propia demanda y sus asociaciones dubitativas, nuestro trabajo partió de su cuestionamiento y angustia acerca de sus pensamientos oscuros persecutorios sobre su novio y su casamiento, una verdadera prueba psíquica y corporal que ella creía tener que soportar. Evidentemente, a diferentes niveles de su organización somatopsíquica, el casamiento se tornaba una prueba crítica respecto de las fantasías subyacentes e inconscientes, que, a su vez, estaban vinculadas a experiencias traumáticas repetitivas en su historia y en la historia de su familia. Pero este aspecto de su sintomatología actual recién podría abordarse en un segundo tiempo. Por lo tanto, decidí proponer una conversación en torno a lo que ella creía, temía y, luego también, a lo que imaginaba de ese casamiento. De ese modo, Jeanne se puso a pensar de una forma un poco más asociativa, a encontrar algunos recuerdos e imágenes olvidados y abandonados de su adolescencia, luego de sus veinte años, de sus ideas de inferioridad, de los celos que sentía y, después, de su decisión de no ocuparse más de los amores. Por momentos, esta conversación tomaba casi la forma de un juego de roles o de psicodrama y, por lo tanto, era una representación de esa prueba. El hecho de imaginarse en el matrimonio, empezar a pensar en la gente que estaría presente, en sus padres y amigos, liberaba un poco y ponía en marcha sus funciones del yo, representativas, emocionales y relacionales. Esto permitió que emergiera un movimiento de investidura y, sobre todo, me parecía que ella aceptaba ser investida en esta inferioridad que tanto temía y que provocaba los afectos y estados de amenaza y persecución. Entonces, comenzamos a abordar, siempre hablando de ese casamiento-prueba, su vivencia de soledad y abandono. Una vivencia física, mental y afectiva que, además, se ligaba o se reactualizaba al final de nuestros encuentros. De hecho, al final de la sesión, del tiempo y de su espacio físico, había un instante de tensión, silencioso, inmóvil, pero, no obstante, presente, al que seguía una pausa, y luego una relajación de los rasgos del rostro, mientras nos decíamos «la próxima vez». En nuestro último encuentro dijo: «me hacen bien nuestros encuentros, usted me ayuda, me siento un poco más segura de mí misma... él, todos, su familia y mi familia, creo que no puedo confiar en nadie... Por momentos me digo ¿por qué no puedo ser feliz en mi vida?». Esa fue la primera vez que Jeanne habló de lo que ella sentía, manteniendo contacto visual y físico. Sus ojos tenían una expresión de pena, de

duda y de cierta demanda. Le ofrecí llamarme cuando sintiera la necesidad y también una cita para el mes de septiembre. Dijo que me llamaría después de las vacaciones.

Nuestro próximo encuentro fue hacia finales de noviembre. La apariencia de Jeanne es claramente diferente. Ya no parece frágil y está menos delgada, más de carne y hueso, pero me atrevería a decir que el peso que tenía ya no estaba en su contra, como unos meses atrás, sino por encima de ella. La expresión de su rostro y de sus ojos ya no tenía un aire suspicaz y distante, y su angustia parecía de otro orden. La impresión que yo tenía era que ella había atravesado una distancia y una prueba, o quizá, que algo, una vivencia, la había atravesado. Dice estar contenta de venir, que estaba mejor, más calma, pero no feliz, dirá «hay algo en mí que sigo sintiendo». Jeanne describía más libremente sus ideas y afectos, pero era como si eso le correspondiera a una tercera persona. Ya no tenía las ideas y los miedos persecutorios de antes. El casamiento se llevó a cabo, sin ser la experiencia que ella temía, dijo incluso que fue interesante en algunos aspectos, pero seguramente no una fiesta ni una felicidad. De su esposo, dice que es mediocre y decepcionante. Piensa que tendrá que divorciarse y ver su vida después. Luego, en esta misma línea asociativa y en este mismo tono afectivo, agrega que le diagnosticaron lupus eritematoso sistémico. «¿Usted conocía esa enfermedad?» me preguntó. Su pregunta podría entenderse como «¿usted conocía mi enfermedad antes de que me enfermara?». La pregunta de mi paciente hizo resurgir la preocupación que sentí al principio de nuestro trabajo, cuando me daba cuenta de que su sintomatología de aspecto paranoico probablemente ocultaba un temor de derrumbe y un estado traumático o se defendía de estos. Al escuchar esta somatización, sentí tristeza y una sensación de fracaso, pero también un ataque violento, sofocado, implícito, contra sí y contra todos. Yo pensaba que tenía que conservar esos sentimientos o esas imágenes de preocupación y amenaza, tanto afectiva como corporal, y trabajarlos en mí, captar sus contrapuntos en la transferencia y esperar. Ver la vida después o más allá del divorcio, como ella acababa de decir. Creo que había dos maneras de comprender este después del divorcio. Como separación, en el sentido de una disponibilidad psíquica para tolerar la separación. Esto sería, creo, una imagen posterior a un trabajo por hacer. Pero en el estado actual, se trataba de la vida más allá de la separación, y más bien de escisiones existentes y que se repetirían: de escisiones narcisistas y entre el cuerpo y el psiquismo. Paradójicamente, si consideramos como una unión el matrimonio y, antes de este, la relación más bien operatoria que mantenía Jeanne, estos tenían una función de mantenimiento, incluso de sellado de estas escisiones. Hasta el día en que el cuerpo o los cuerpos se pusieron en movimiento y se volvieron, o volvieron a ser, objetos amenazantes. Lobos.

Creo que estos casos nos permiten observar un ejemplo de la dinámica y los mecanismos somatopsíquicos a través de los cuales pueden ajustarse, o desajustarse, diferentes formas y diferentes potenciales de evolución psicopatológica, de funcionamiento, de equilibrio o de desorganización psicosomática. Más específicamente, podríamos ver en ellos la alternancia, entre afinidad y disonancia, de aspectos de tipo psicótico y psicosomáticos, dentro de una organización, a mi juicio, límite o con una marcada tendencia límite.

La historia psicoanalítica y psicosomática de Jeanne y de su terapia, que continuó durante varios años, nos invitaría a debatir diferentes cuestiones, tanto teóricas como clínicas, que también constituyen figuras de lo que es el trabajo del psicosomatólogo. Más adelante, volveremos sobre algunas de ellas. Dos de estas cuestiones se refieren al tema de los límites y al del cuerpo, y al de su compañera, la psique.

Hay un punto interesante en la historia del concepto de los límites. La primera mención al concepto de *borderline* pertenece a Hugues, en un artículo de 1884 en el que examina el límite de ciertas manifestaciones psicopatológicas que consideraba precursores de enfermedades somáticas. Más allá de este límite, podría aparecer una enfermedad somática. Así, el nacimiento de este término, tan conocido y también tan misterioso del estado límite, coincide con la investigación de esta área de la psicopatología que, en 1884, abre el campo de las somatizaciones, así como el de la psicopatología psicoanalítica y psicósomática contemporánea.

Podríamos decir que trabajar entre psique y soma, es decir ejercer y pensar allí la clínica, representarse, pero también estar en una tónica intermedia y transicional, sería una respuesta a la pregunta que plantea el tema del congreso: en qué consiste el trabajo del psicósomatólogo.

No obstante, la exigencia de cierto trabajo entre la psique y el cuerpo también corresponde a un proceso fundamental que define al objeto, la teoría, e incluso, la técnica del psicoanálisis.

Si bien consideramos que estas dos proposiciones son verdaderas, aunque solo sea a través de una simple asociación lógica, de ello surge que la psicósomática es fundamentalmente psicoanalítica y que el psicoanálisis también puede ser un trabajo de psicósomatólogo. La historia de la psicósomática nos recordará que tal ligazón no ha sido aceptada aún. Incluso, este enfoque provoca cierto rechazo fuera del campo psicoanalítico. En 2009, Dejours dijo que «en realidad, existe una incomodidad apenas se aborda la cuestión del cuerpo en psicoanálisis, porque entonces, se está, inevitablemente, fuera de la ortodoxia». Sin embargo, como lo demuestra la bibliografía internacional, los psicoanalistas cada vez hacen más referencia a la psicósomática, al cuerpo y a las somatizaciones. Y así, el pensamiento psicoanalítico parecería, a veces, inspirado y, a veces, quizá obligado, a adoptar o, eventualmente, a integrar ese punto de vista a sus concepciones teóricas y la práctica clínica. Para captar la importancia de dicha integración, bastaría con examinar e interesarse más en las entrevistas psicoanalíticas preliminares, en los problemas somáticos actuales o antecedentes de los pacientes que creamos, con acierto, que pueden emprender una cura digamos clásica (creo que el número de analizantes que pasan bajo el radar de un examen clínico). Es lo que en psicósomática llamamos el tiempo de una investigación.

Más exactamente, diría que el tiempo de una investigación se sitúa al comienzo de un tratamiento, pero también es un proceso que nos acompaña a lo largo de nuestro trabajo. Y, de hecho, es un ejemplo de la especificidad o de la integración del punto de vista de la psicósomática y que, al mismo tiempo, plantea una cuestión teórica y, sobre todo, clínica. La alternancia entre, por un lado, una escucha más pasiva y una atención flotante que brinden el espacio necesario al discurso asociativo bien mentalizado de un paciente y, por el otro, una escucha y una presencia transferencial más activas con respecto al mismo paciente; entre el gran silencio del psicoanalista y el arte de conversar del psicósomatólogo, como diría MA, y de lo que tenemos muchos ejemplos en las investigaciones efectuadas por Marty. Lo mismo ocurre con las intervenciones y las formas de interpretación propuestas. El problema de la alternancia y los pasajes entre diferentes niveles de funcionamiento psíquico preocupa a una gran parte de la bibliografía analítica. Me refiero a los trabajos de Grostein, Ferro, Ogden, Kernberg en la literatura anglófona, de I. Usobiaga sobre la histerización y, por supuesto, Green, los Botella, Roussillon, autores que dialogaron, frecuente y profundamente, con los psicósomatólogos de la Escuela de París. También cabe observar el trabajo sobre la interpretación de B. Eoche-Duval, de 2017.

Una dimensión fundamental de lo que es trabajar entre la psique y el cuerpo se refiere, justamente, al cuerpo, una entidad o un concepto (aquí, creo que es una cuestión a discutir) fuertemente investidos por el psicoanálisis contemporáneo. ¿Cómo es posible trabajar del lado de o por el cuerpo y seguir manteniendo la relación con la psique? La referencia a las funciones somáticas, a los estados sensoriales, perceptivos o viscerales ya tiene su lugar bien establecido y va en aumento. A menudo, en las presentaciones clínicas los momentos mutativos de un análisis parecen formarse a partir del surgimiento de dichos elementos. Esto se da, sobre todo, cuando un analista intenta explicar situaciones psíquicas en las que prevalecen el peso de la realidad, del trauma precoz y de la carencia. Se genera, entonces, una necesidad contratransferencial (que refleja un estado profundo del paciente) de representarse y expresarse mediante lo tangible, el elemento primario o, como decía Freud y en lo que insiste Roussillon, acceder a la materia prima de la psique. Casi ver una imagen y decir la naturaleza del ello, o más bien de un inconsciente amencial no reprimido. En esos casos, el trabajo de la construcción de cierto sentido, de un soporte del que podríamos sujetarnos y progresar, comienza por la reconstrucción de un proceso de apoyo pulsional fallido y luego escindido.

Las presentaciones de casos clínicos son muy importantes y valiosas, ya que allí se concentran y se asocian varios movimientos transferenciales y vivencias regresivas, a veces de gran proximidad con el cuerpo. Entonces, nos percatamos de que, sobre todo cuando se trata de transmitir, de transferir a los demás las vivencias de pasajes límites del trabajo analítico, se utilizarán conceptos metapsicológicos freudianos o más contemporáneos (instintos, pulsiones, instintos de los instintos, lo perceptivo, lo sensorial) o bien metáforas (caos, caldero, excitación, tensión) para explicar esta materia. Como si supiéramos de qué cosas o condiciones hablamos. Porque, por ejemplo, sabemos bien que la excitación es un estado cuantitativo que puede medirse, con causas y efectos que también pueden medirse, incluso si no se tratara de medidas lineales. Lo que quiero decir es que la necesidad de acercarse a lo primario es inversamente proporcional a la capacidad de encontrar los puntos de referencia y las palabras para decirlo, allí donde se encuentra. Según Green, sería cuestión de lo prepsíquico. Pero este prepsíquico no es un todo indiferenciado y carente de toda cualidad. En psicósomática, el síntoma se considera desprovisto de sentido (Marty, 1990) pero, obviamente, se trata de un sentido intrapsíquico o simbólico. Además, el cuerpo y sus funciones nunca carecen de sentido, ya sea desde el punto de vista cognitivo, corporal, celular, neuronal o genético. Existe un encadenamiento de diálogos y de transiciones, de representaciones, de metarrepresentaciones y el surgimiento de nuevas formas potenciales de organización a todos esos niveles. Y ello, antes o más allá de todo proceso de psiquización. Pienso que la referencia al cuerpo en el discurso analítico se formula de manera vaga y, a veces, inexacta, si este tuviera que explicar lo que es el cuerpo y de qué cuerpo hablamos cuando hablamos del cuerpo. Nos preguntaremos si existe un interés clínico o teórico para los analistas, incluso para los psicósomatólogos, en encontrar respuestas a esta pregunta. Creo que el modo muy cargado de afecto y, también, de representaciones en espera, muestra que existe cierto interés. Por otra parte, estos temas fueron ampliamente abordados por C. Dejours, que habla de una genealogía del cuerpo, y antes, por P. Aulagnier, G. Pankow y también por algunos autores más contemporáneos.

Por ello, diría que el psicoanálisis no es menos psicósomático que la psicósomática, cuyos aspectos específicos tratamos de discernir; también es psicósomático, pero de otro modo. Es decir que hay una alteridad que diferencia pero que también liga estos aspectos de la psicósomática que podríamos vincular a ambos enfoques. Esta alteridad consiste, en parte, en las diferencias efectivas entre lo que es psicósomático en uno y otro enfoque y que debemos discernir. Tenemos que discernir,

porque no se trata solo de una diferencia de escuela, sino de dos estados, de dos dimensiones de la entidad somatopsíquica. Según Dejours, esta alteridad expresa la dimensión de un movimiento, de una subversión. Es decir, un trayecto del que debemos encontrar las huellas y luego recorrer, y que tiende hacia esa otra manera y transforma la psicósomática o el cuerpo en psicoanálisis, respecto de la psicósomática. Esta alteridad, es decir la investigación de la forma y de la calidad de la relación entre psique y cuerpo y de los pasajes entre diferentes modos de funcionamiento somatopsíquico, representa una parte importante del trabajo clínico que debemos llevar a cabo, sobre todo, con pacientes que presenten una predisposición límite significativa. Observemos que este doble aspecto de la psicósomática también expresa dos dimensiones de una formación en psicósomática. Una en torno a lo que le es específico y otra en torno a lo que liga la psicósomática al psicoanálisis. Esta segunda dimensión corresponde, sobre todo, a ese espacio intermedio, a cómo se hace y se organiza el nexos.

Press escribió en 2016: «a menudo pensaba que el análisis era una terapia corporal. Una vez más, paradójicamente, el cuerpo nunca está tan presente como cuando parece estar fuera de juego. En el cara a cara, el cuerpo se pone inmediatamente en juego, la percepción sensorial está activa, pero esta misma puesta en juego lo pone fuera de juego como parte integrante del desarrollo de la cura». Por eso dice que la condición analítica «implica una apertura... en nuestra interioridad corporal». Las proposiciones de J. Press son una expresión de las diferentes dimensiones del cuerpo y de su vivencia con respecto al funcionamiento psíquico y el proceso analítico. Dice que en un análisis a través del discurso asociativo, de la vivencia del recuerdo, de los afectos y las emociones que surgen y de la relación transferencial, llegamos a experimentar el cuerpo. Sin que ello implique, que quede bien claro, que este se mueva un centímetro, ni que haya un cambio mayor en el funcionamiento fisiológico de los órganos o del sistema nervioso autónomo. Es decir que experimentamos la apertura hacia cierta interioridad corporal, no la de las propias funciones somáticas, ya que el o los cuerpos del par transferencial y los diferentes sistemas de su organismo funcionan con un modo metabólico mínimo, excepto el del cerebro. Nos encontramos aquí en un modo de funcionamiento psíquico con una buena capacidad de mentalización y de funcionamiento del preconsciente, que, en algunas circunstancias realizadas y vividas en la relación transferencial, se asocia al surgimiento de cierta cualidad de prueba corporal. A partir de Marty, sabemos que esta cualidad de funcionamiento mental, que en realidad es una forma de funcionamiento psicósomático que podríamos atribuir a lo que es más específico del psicoanálisis, sería una condición para un buen equilibrio somatopsíquico y, por lo tanto, para un mejor estado de salud física. Cabe recordar que, según Marty, la punta evolutiva deseada del orden psicósomático corresponde a una organización psíquica formada según la primera tópica de la metapsicología freudiana, en la que el cuerpo, a través del proceso pulsional, es representado y experimentado por las representaciones y los afectos. La razón de esta relación entre un aparato psíquico suficientemente bien organizado según la primera tópica, es decir caracterizado por un buen funcionamiento del PCS, y un buen equilibrio psicósomático es que la homeostasis y la plasticidad del organismo a diferentes niveles y sistemas se efectúan con los gastos mínimos y un mejor potencial y dinámica. Obviamente, este dinamismo, esta plasticidad, el desarrollo y la evolución favorables del ser humano también son causas de su fragilidad si median condiciones nefastas, según la expresión de M. Fain, así como de su capacidad de curarse.

Un trabajo psicoanalítico tiene efectos en el funcionamiento somático, y podríamos decir que ese efecto pertenece a la historia natural de un análisis. Más concretamente, pienso que ese efecto no se ejerce directamente sobre las funciones somáticas y los órganos, sino sobre una dimensión de la

relación y del trabajo elaborado entre la psique y el cuerpo. En ese sentido, la exigencia de trabajo del cuerpo respecto del psiquismo va acompañada y, sobre todo, dialoga con una demanda de trabajo dirigida por el psiquismo al cuerpo. Así, el trabajo del psicopatólogo consiste en «entender» ese diálogo, darle tiempo y espacio para que emerja su transicionalidad dentro de la relación transferencial.

La disponibilidad transferencial para entender y experimentar ese diálogo, que cabe aclarar que no siempre se lleva a cabo con el mismo lenguaje, afecta a todo trabajo psicoanalítico. Se trata de ser potencialmente sensible y receptivo para experimentar lo corporal que provenga de sí mismo y del analizante, como dijo J. Press. Ante la falta de esta psicopatología del psicoanálisis o, para decirlo de otro modo, en ausencia del cuerpo como está presente y vivenciado, sobre todo, cuando se abordan carencias narcisistas de nuestros pacientes, creo que existe el peligro de que las interpretaciones propuestas, o incluso los intentos de mentalización, se conviertan en procesos y contenidos de aprendizaje. Aunque no es un learning cognitivo, sino un learning psicoanalítico. Podemos observar ejemplos de estas interpretaciones aprendidas referentes a fantasías o a la neurosis infantil del paciente, que, al principio, estaban bien elaboradas, pero que, en un segundo análisis, se reproducen como conocimientos más o menos inertes o como vestigios de una relación de antaño. Al mismo tiempo, si una apertura al interior corporal se trata únicamente mediante intervenciones en torno, por ejemplo, a los conflictos psíquicos y elementos demasiado «psiquizados», cuando se tocaron y movilizaron aspectos primarios de la vida psíquica del paciente, esta situación puede, progresivamente, movilizar una vivencia corporal desintrincada, con un potencial traumático y, eventualmente, desorganizante. Podríamos decir que se trata del caso descrito por Dejours sobre las funciones y las partes del cuerpo que, durante el desarrollo, no han podido seguir y vivir el proceso de subversión libidinal en la relación tierna y sensual con el objeto. Es decir, los casos en los que ha habido una carencia del proceso de subjetivación del cuerpo, lo que se convierte en una predisposición a una enfermedad somática. Estas regiones y funciones del cuerpo quedan excluidas, escindidas y en desarmonía con respecto al proceso de automatización o de programación de la evolución psicopatológica, según la terminología de Marty.

Así, el cuerpo como concepto o entidad aparece constantemente en todos sus enfoques, y su acumulación en los textos o en el discurso analítico hace, quizá, de ese modo, que el cuerpo se vuelva familiar sin serlo aún. En términos clínicos, es el caso de una inquietante extrañeza respecto del cuerpo o de algunas de sus funciones. En el caso de Jeanne, justamente existía esta relación amenazante con el cuerpo, sobre todo con el cuerpo que se vuelve libidinal, sin serlo realmente nunca, él mismo identificado con el objeto materno, también amenazante y «aplastante», según sus palabras. La descompensación autoinmune a raíz del fracaso de una solución paranoica era una imagen de esta doble relación con su cuerpo y con su madre.

Ya sea en psicoanálisis o en psicopatología, y si bien siempre existe cierta exigencia de trabajar entre la psique y el cuerpo, ¿cómo podría llevarse adelante este trabajo? Freud fue muy claro en este punto, por lo menos al responder, aparentemente divertido, a una carta de su alumno, el pastor y psicoanalista Oskar Pfister, que estaba preocupado por las proposiciones del todo somatopsíquico de las hipótesis de Groddeck. Pfister criticaba algunos discursos pronunciados en ocasión del VIII Congreso de la IPA en Salzburgo, en 1924, y culmina su carta diciendo que debe examinarse el grado en el que las funciones orgánicas están psicológicamente determinadas, si no se caerá en los brazos fríos y más bien flacos de Adler... Y Freud le responde «me divirtió mucho que usted tenga

objeciones tanto respecto del fundamento sobre los órganos, como de la superestructura metapsicológica del análisis. Evidentemente, en realidad, hay que trabajar a todos los niveles a la vez». Como verán, el tema y las disputas en torno al cuerpo ya estaban extendidos (Freud da los ejemplos de K. Abraham, que favorece la primera parte del sistema digestivo a determinar o ser determinado por rasgos de carácter, mientras que Simmel estaría a favor del medio o la totalidad del tracto).

Trabajar a todos los niveles a la vez y también entre estos niveles. Además, semejante trabajo dinámico y transicional crea, justamente, formas de nivel y espacios de ligazón en espera, potenciales. En realidad, Freud no continuó este proyecto, ni en la teoría, ni en sus explicaciones de la técnica psicoanalítica. Sin embargo, la realidad es que, consciente o inconscientemente, de manera metódica o a través de lo que emerge de las asociaciones psíquicas y prepsíquicas de los pacientes y de nosotros mismos, trabajamos a todos los niveles de la organización somatopsíquica, incluso sin saberlo.

Encontramos las huellas de este enfoque en P. Aulagnier, por ejemplo, cuando escribe que «hay que saber apoyarse en lo que experimenta nuestro pensamiento», del cuerpo mismo, o cuando propone que el primer objeto y el modelo del metabolismo psíquico es el cuerpo y que el odio primordial afecta, ante todo, al cuerpo propio y sus funciones. Y también en Pankow, cuando trabaja con su técnica de masa para modelar, tanto con la psicosis como en psicósomática. Ya hemos mencionado el enfoque de C. Dejours, que describe ese trabajo de transformación partiendo del cuerpo biológico, de las funciones fisiológicas y de lo que él llama una facilitación psicósomática hacia una simbolización. C. Smadja y M. Aisenstein hablan de la investigación continua, precisamente, a todos los niveles, de soluciones a los callejones sin salida a los que se enfrenta el sujeto en su vida con sus objetos, empezando por su propio cuerpo. Una simbolización o un trabajo de interpretación constituyen, en mi opinión, una apertura de la plasticidad celular hasta el aparato psíquico. Me gustaría subrayar aquí que uno no equivale al otro, sobre todo, no de una manera lineal.

Como es sabido, Dejours distingue el cuerpo anátomo-fisiológico y un segundo cuerpo que deriva del primero, gracias a la subversión del orden fisiológico en beneficio del orden sexual erótico. De ese modo, podríamos decir que distingue tres dimensiones del cuerpo, el cuerpo biológico, el cuerpo sexual (también hablará del cuerpo psicológico), y el cuerpo del proceso de la subversión. Podríamos suponer una estratificación de dinamismos que evoluciona según esta doble demanda de trabajo, entre el cuerpo y el psiquismo.

Mi proposición es que el cuerpo que la metapsicología psicoanalítica considera fuente de pulsiones es un cuerpo que ya ha sido representado. Más exactamente, a través de las conexiones estratificadas y de las cartografías neuronales dinámicas. Sus representaciones podrían ser formas arcaicas, prepsíquicas, fuera de la constitución de una tópica o anteriores, pero sin embargo dinámicas; huellas de estados somáticos y sus modificaciones, imágenes mentales y huellas emocionales. A un nivel más profundo de la organización anátomo-funcional, estas primeras representaciones cerebrales se conectan e interactúan con los sistemas somáticos y su función fisiológica. Asimismo, estas conexiones y este diálogo intrasomático asignan un sentido somático o una forma somática de mentalización respecto de los diferentes sistemas anatómicos y funcionales del organismo. Por lo tanto, pienso que cuando nos referimos al cuerpo, ya sea en el marco de la primera o de la segunda tópica, cuando hablamos o escuchamos a nuestros pacientes hablar de los órganos y de sus estados, sus dolores o su bienestar, no se trata ni solo, ni sobre todo, de partes del cuerpo (el estómago, los pulmones o una sensorialidad), sino de sus representaciones a diferentes niveles del encéfalo, del tronco encefálico al córtex y en relación con un conjunto de elementos y atractores extraños.

¿Esto tiene importancia para nuestra teoría y nuestro trabajo clínico? Creo que sí, porque expresa su complejidad y su sensibilidad y revela la dinámica de lo que Press o Aulagnier proponen con insistencia; experimentar o, por lo menos, estar abierto a experimentar lo que puede significar a otro nivel una interpretación de la transferencia, o a través de la transferencia o de la neurosis infantil de un paciente.

La teoría y la técnica psicósomática ofrecen una herramienta que también es un proceso natural para vivir ese dinamismo o, eventualmente, la ausencia de ese dinamismo, que es el sistema de fijación-regresión.

Permítanme aportar un ejemplo de este sistema a través de una simple observación clínica. Un niño de doce meses adquirió la posición sentada, también aprendió a gatear y algunas primeras palabras. Estas capacidades le permiten jugar, intercambiar con el entorno, sentir satisfacción y placer con sus realizaciones, con la sensación y la imagen de su cuerpo. Las llamadas seductoras de su entorno, la percepción y, progresivamente, la predicción de los movimientos ejecutados por los seres queridos y el deseo de acceder a algo nuevo incrementarán, primero, sus ganas de levantarse y, después, de dar sus primeros pasos. Una etapa filogenética mayor que, a su vez, supera. Esta modificación, ahora parado y con una nueva relación con el entorno, introducirá un gran cambio a varios niveles. La coordinación visomotora y neuromuscular cambia, así como las imágenes familiares de los objetos. Al mismo tiempo, siente e interpreta de manera diferente los estados somatosensoriales e interoceptivos que vivencia. Repentinamente, experimenta una excitación del sistema nervioso autónomo y central que registra como huellas de memoria somática y procedural. Su corazón, que late de felicidad y de cierta inquietud, su temblor extático, imágenes nunca vistas, la sensación de aprovechar todo, todo va a estar ligado entre sí. Es como si nacieran otro nuevo mundo, un nuevo yo y un nuevo cuerpo, una hazaña narcisista lograda, reconocida e investida por su familia. Es un primer momento de mentalización que calificaremos de narcisista. Pero, lo cierto es que una maduración neuromuscular insuficiente, sus limitaciones de adaptación y coordinación y las ganas de satisfacer las exigencias del trabajo interior, también reflejado por sus padres, implicarán, después de algunas etapas, el final del proyecto. La experiencia de la caída ocasionará un cambio brutal y un desorden del estado somatopsíquico inicial. Esta experiencia de frustración narcisista podría provocar una experiencia potencialmente traumática, según el destino del movimiento progresivo y luego regresivo. Su corazón sigue latiendo, la presión arterial aumenta o baja, el índice de adrenalina se incrementa, el sistema de estrés se pone en marcha, como ya lo hizo antes y como también lo hará a menudo en su vida. La cuestión es saber si el niño, acompañado por su familia, podrá recuperar el estado homeostático beneficioso anterior. Es decir, si podrá regresar hasta encontrar o crear una posición sentada segura y agradable y mantenerse, así como jugar con sus juguetes preferidos. No obstante, las nuevas representaciones afectivas registradas, los mecanismos compensatorios para la recuperación del equilibrio somatopsíquico y las transformaciones de las relaciones de objeto serán los elementos con los que se genere un nivel de fijación. El niño podrá metabolizar las experiencias negativas anteriores y deseará buscar un nuevo movimiento progresivo. El movimiento regresivo y la creación de un nivel de fijación constituyen un segundo momento de mentalización más elaborado, que permite aceptar e internalizar cierta pérdida y un duelo.

Si el fracaso del proyecto se produce en condiciones desfavorables (si, por ejemplo, el niño se lastima físicamente o se siente abandonado y débil o si el entorno insiste en continuar un esfuerzo irrealizable), probablemente el niño no estará apto para desarrollar una actitud regresiva beneficiosa. Enton-

ces, la experiencia se vuelve una condición traumática y estresante, un fracaso narcisista asociado al sentimiento de pérdida de los objetos, de confusión y malestar somático. El niño intentará continuar su movimiento regresivo en formas de funcionamiento más primarias que puedan aliviarlo: chupete, movimientos repetitivos y automatismos psicomotores, llanto, hasta llegar, eventualmente, a una renuncia completa, es decir, una forma de depresión esencial, para huir de un sentimiento de impotencia y de desesperanza. En ese caso, el movimiento de regresión se transforma en una desorganización. Esta desorganización también va a colorear, o a decolorar, experiencias pasadas, incluso a producir reacciones en cortocircuito, del tipo del condicionamiento pavloviano. Estos estados, que, por lo tanto, contienen varios síntomas y predisposiciones a diversos estados morbosos, forman un tipo patológico de nivel de fijación. Las experiencias del sistema de regresión y fijación continuarán y se asociarán a formas y modos de funcionamiento somatopsíquicos potenciales a lo largo de la vida. En su interior, que comprende no solo la vida del sujeto, sino también los objetos, se desarrollarán o fracasarán múltiples interpretaciones, psíquicas, y también somáticas y su campo de relación. Estas experiencias primarias, donde se forjan estados viscerales, emociones y cuasi-pensamientos, en el límite en una fase de transición entre lo somático y lo psíquico serán, en un futuro psicoanálisis, o los síntomas, o la materia prima que habrá que intentar hallar. La vía que conduce allí, si no es un sueño, será la regresión en la relación transferencial. A veces, se logra, pero también hay que pensar que esos nudos que pueden verse como trozos inertes y rígidos tienen un dinamismo de un orden distinto y que, sobre todo, participan en otras formaciones somatopsíquicas diferentes.

De este modo, hasta aquí, pienso que el trabajo del psicopsicólogo permite una importante apertura clínica, teórica, epistemológica y de investigación. Pero si consideramos un después, el futuro de lo que es o va a ser la vida, la salud o la enfermedad, las terapias, incluso el ser humano en sí, ¿qué podemos ver? ¿Adónde llegamos? Hoy en día, los avances de la bioingeniería referentes a la salud mental realizan reorganizaciones tanto estructurales como funcionales. La eficacia y el valor de estos logros son innegables y, probablemente, prometedores, en especial para las enfermedades críticas, la genética o la neurorrehabilitación, así como para la prevención del envejecimiento y la longevidad. Esta proliferación epistemológica y metodológica de nuevas tecnologías conduce a concebir una «libertad morfológica» (Raisamo et al., 2019) y, de manera prospectiva, es probable que tienda a influenciar, incluso a modificar, la relación entre el cuerpo y el psiquismo. Raisamo et al. (2019), que examinan el significado, la evolución y los resultados del «aumento humano» como «ámbito de investigación con el objeto de mejorar las capacidades humanas a través de la medicina y la tecnología», afirman que esto «cambiará lo que significa un ser humano». El transhumanismo, que sostiene «el derecho a hacer con los atributos físicos o la inteligencia de uno lo que uno quiera, siempre que no dañe a los demás», es, en realidad, un movimiento militante y utópico, no un enfoque científico y de salud. Sin embargo, existe esta tendencia científica y social fundada en la investigación que, ciertamente, nos hará reflexionar acerca de su significado y sus efectos, desde el punto de vista del psicoanálisis y de la psicología. También es cierto, como escribe Blum (2017, p. 507) «que hay momentos en los que la tecnología avanza tan rápido que las personas no pueden captar los significados que esta les ofrece». Pienso que la psicología del futuro, lo suficientemente establecida y plástica, podrá escuchar, acompañar y participar de esos movimientos, eventualmente desconcertantes.

Voy a concluir estas reflexiones con una viñeta clínica. El Sr. S, un hombre de 27 años, fue examinado en ocasión de una internación a causa de una neurofibromatosis tipo 1 que padece desde los 4 años. La neurofibromatosis es una enfermedad de neoplasia benigna del tejido nervioso y su sin-

tomatología incluye manchas cutáneas, deformaciones óseas, incluso del cráneo, y protuberancias esparcidas por el cuerpo. No existe tratamiento, salvo, según la gravedad, intervenir quirúrgicamente, y evitar las complicaciones, sobre todo en el cerebro. Trae aparejadas consecuencias graves para la vida en su conjunto y una vivencia e intervenciones dolorosas. El Sr. S pasó innumerables horas de conversación y exámenes con los médicos que lo atienden desde que es un niño, aunque la conclusión constante es la respuesta de que no tiene remedio. Es lo mismo que él dirá después de una primera conversación acerca de la situación actual y lo que estaba previsto. No hay tratamiento. La declaración contenía una pregunta latente que le planteé: «al no haber remedio, ¿qué tengo yo para decirle que no sea lo evidente?» A lo que él agrega: «sí, ¿qué se puede decir de mí?» Le contesto que «sí, que hay que hablar de él, quizá también del hecho de que no hay remedio». Siguió una nueva serie de referencias a la historia, a las condiciones de la enfermedad, a los cuidados que implica adaptarse a ella, al apoyo del entorno. Pero yo sentía que todos esos cuidados y condiciones formaban un muro, que quizá lo protegía, pero también lo excluía de los otros y se excluía interiormente. Esto reaparecía constantemente como un leitmotiv de anulación y, simultáneamente, como una suerte de demanda transferencial, y concluía con la frase «no hay remedio». De forma más bien espontánea, le respondí, «tampoco hay muerte, al menos hasta el momento, y por ese motivo estamos aquí ahora». Él dijo «pensé en eso, pero no debería decirlo, allí vivo... con mi enfermedad, sé que hay algo fundamental donde no se puede decir nada». Hacía alusión a la justificación genética de la enfermedad, lo cual era cierto. Pero era una consciencia que parecía no permitir un segundo pensamiento. Una idea que excluía o sustituía a un razonamiento inconsciente intrapsíquico. Tuve seis encuentros con el Sr. S durante la internación y en ambulatorio, en visitas programadas. Hablamos mucho de los malestares, de los dolores, del cotidiano, de su adaptación, es decir del trauma, y de lo que no hay que decir nada. En la penúltima sesión, le pregunté qué sabía y qué pensaba de la genética de la neurofibromatosis, que es una de las enfermedades monogénicas, una mutación del cromosoma 17, heredada de los padres, aunque a menudo no hay antecedentes familiares, como en el caso del Sr. S. Más allá del trauma, de las defensas de pensamiento operatorio y de la adaptación, había sentido que el Sr. S, desde su infancia, en un mundo interior más bien cortado de todo el resto, había construido una historia acerca de su enfermedad, de su cuerpo y de las alteraciones que padeció. También tenía la sensación de que nuestras conversaciones habían creado una forma de espacio psíquico subjetivo. La respuesta a la pregunta hacía referencia a una realidad muy especial. Que la mutación genética se produce durante la producción del óvulo o del espermatozoide, o inmediatamente después de la fecundación. Es decir, una mutación de la escena primaria. Pero esta es una lectura psicoanalítica de un texto del inconsciente que todavía no había sido escrito. El Sr. S me pidió los datos de una colega mujer para visitarla, como dijo, en un momento dado.

Comentario de la presentación “Trabajar entre psique y soma”

Leonor Kraviez

Quisiera ante todo agradecer a Iacovos Cléopas, por haberme concedido el privilegio de discutir su presentación. Una presentación compleja, tanto teórica como clínica. A lo largo de todo el trabajo y del análisis de las reflexiones desarrolladas, nos propone una serie amplia de cuestiones. Primeramente, y ya desde el título: “Trabajar entre psique y soma”, enuncia ciertos aspectos del trabajo del psicopatólogo y lo que significa este trabajar “entre”.

Lo concibo como un campo dinámico organizado a partir de un conjunto de movimientos potenciales intra e interindividuales que emergen a lo largo de la evaluación de la vivencia transferencial.

Nos dice: “Nosotros hablaremos también de límites como estados, como potencialidades o disposiciones fastas o nefastas para el equilibrio y la evolución psicopatológica”

Coincido en que hay un punto interesante en la historia del concepto de límites y de sus influencia y relación con la psicopatológica.

Antes de intentar una descripción comparativa entre los estados límites y los estados de desorganización somática me voy a referir al caso clínico Juana. Esta paciente será entonces un punto de referencia central de nuestras interrogaciones. La primera hipótesis planteada es que se trata de una problemática límite con una carencia importante de la capacidad de mentalización. Los aspectos predominantes son: un miedo al derrumbe y al abandono y un estado traumático. Estas condiciones podrían generar diferentes formas de desorganización.

El campo clínico de los estados límites es un territorio vasto con zonas intermedias. En el plano clínico, estamos convencidos del parentesco entre los estados límites y los estados de desorganización. Encontramos tanto en unos como en otros una calidad específica de angustia, la de desvalimiento, una calidad particular de depresión, calificada de esencial, una fragmentación de las redes de representación de afecto y de pensamiento, una perturbación del discurso y del juicio, una calidad particular del narcisismo. André Green, cuya influencia ha sido tan importante en los últimos años en el pensamiento teórico del Instituto de Psicopatológica de París (IPSO), desde el trabajo con los estados límites, se plantea las coincidencias y distinciones con estos pacientes, cuya capacidad de simbolización es también deficiente. Green concibe la noción de límite en términos de transformación de energía y de simbolización. Pone el acento sobre la dimensión de lo transformacional que se halla también en la noción de mentalización que opera una ordenación de la neurosis de carácter en la clasificación psicopatológica Marty – IPSO. Por eso pienso que es pertinente considerar las neurosis de mentalización mala o incierta como estados límites, ya que la clínica confirma habitualmente esta identificación nosográfica revelando la fragmentación de las representaciones de afecto y de pensamiento, el predominio del comportamiento y la tendencia a las somatizaciones.

Green, en su descripción de los estados límites subraya que “en los casos muy graves, se produce una exclusión radical por la escisión que hace imposible el trabajo de representación. Por ello en lugar de ser solamente una limitación, se transforma en una parálisis del Yo en su función de juicio, en este caso no solo ciertas pulsiones son escindidas, sino que, por el mismo proceso, importantes partes del Yo lo son igualmente.”

Podemos observar acá una proximidad entre la concepción descrita por Green de casos muy graves de estados límites y el funcionamiento operatorio descrito por Marty, considerado como el último grado del estado anterior a la desorganización somática. Entonces hago mía la siguiente pregunta de Claude Smadja en *La Vida Operatoria*, ¿El estado operatorio representa la forma más radical de los estados límites o constituye una figura psicopatológica original?

Aunque la pregunta sea abierta y los límites no sean rígidos y que haya siempre que tener en cuenta la dimensión transformacional creo, apoyándome en argumentos clínicos, prácticos y metapsicológicos, en la hipótesis de la originalidad y singularidad del estado operatorio. Cuando el estado operatorio se instala se produce un verdadero salto cualitativo del que testimonia de manera elocuente la clínica. Las angustias a menudo no se perciben, el sentimiento de vacío de depresión esencial no es vivida ni asumida por el paciente, la fragmentación de las representaciones y de los pensamientos da lugar a una linealidad del discurso y del pensamiento, todo ello teñido de conformidad. El paciente hace lo que hay que hacer. (Juana, ante ese casamiento no investido o más aun, investido negativamente, no puede oponerse, no puede decir No a su madre).

Los estados límites son fundamentalmente distintos a los estados operatorios. Los estados límites se manifiestan sobre todo con sufrimiento psíquico. Por el contrario, en los estados operatorios, desde el punto de vista clínico, el paciente se descubre a través de la negatividad de sus producciones psíquicas. Es siempre difícil detectar los primeros indicios de una desorganización, porque son negativos revelan lo que no está, la falta. Están constituidos por una depresión, en el sentido específico de una baja de tono vital: la depresión esencial, por una desaparición del valor funcional del preconscious. No se encuentran más las anteriores representaciones de palabras, capaces de participar de ideas de la vida mental. Así, por estos diversos procesos de evitamientos, represiones y de desorganizaciones mentales, aparece la incapacidad del aparato psíquico para elaborar las excitaciones que no dejan de producirse y acumularse (el inconsciente recibe, pero ya no emite). Nos encontramos con el estado de precariedad funcional del psiquismo que caracteriza a las insuficiencias fundamentales de mentalización. Marty dice que cuando las excitaciones persisten en cantidad excesiva y se tornan irrefrenables, los sistemas funcionales demasiado excitados se desorganizan (aislamiento y anarquización funcional).

Las desorganizaciones progresivas se anuncian a través de una depresión esencial que en primera instancia involucra al nivel psíquico, e indica a la vez la desorganización y la ausencia de posibilidades regresivas. Esto significa ausencia de capacidades defensivas y carencia o desvanecimiento de los sistemas de fijación en la totalidad de las vías psicosomáticas. Marty amplía el modelo de Freud proponiendo fijaciones somáticas. Se trata de fijaciones genéticas que constituyen verdaderas defensas frente a los movimientos de desorganización psicosomática.

El proceso de desorganización progresiva sostiene el desarrollo de enfermedades graves que ponen en riesgo al paciente.

Retomamos a la paciente Juana, después de la interrupción regresa con un diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. Estamos claramente frente a una desorganización que produjo la aparición de una enfermedad grave y evolutiva.

Dice Marty que las enfermedades autoinmunes en su conjunto están sometidas a la jerarquía psicósomática. Dicho de otra manera, la desaparición de la depresión esencial y de la desorganización, va junto al restablecimiento de las defensas biológicas que ya existían en el paciente. Se asiste entonces a la calma de la evolución patológica y, en el mejor de los casos, a una desaparición de los signos clínicos y de laboratorio de la enfermedad.

Si bien tú habías sostenido que en Juana los aspectos predominantes eran miedo al derrumbe y al abandono y un estado traumático y que estas condiciones podrían generar diferentes tipos de desorganización, ¿por qué consideras en tu primera hipótesis que se trata de una problemática límite?

Tomaré ahora una temática que fue abordada en tu exposición: psicósomática y psicoanálisis.

Veremos los aportes de la teoría psicósomática a la clínica psicoanalítica, la pregunta que nos guiará es: ¿Cómo transformar en muestra clínica los excesos de la excitación en movimientos hacia la representación?

Hay una potencialidad transformadora en nuestro trabajo de psicósomatólogo en el aquí y ahora del vínculo terapéutico.

El concepto de excitación, presente en muchos trabajos de psicósomatólogos, aparecía también en los primeros trabajos de Freud. La excitación parte del cuerpo y vuelve al cuerpo. Como dice Green no tiene historia, ni proyecto, ni memoria. No puede, por lo tanto, tener un sentido. Es anti-vida psíquica. Al contrario, la pulsión, tiene una historia, un proyecto. Tiene un sentido que puede ser progrediente o regrediente. Es portadora de inversiones, desinversiones, contra-inversiones, sobre-inversiones. La pulsión es en lo que se convierte la excitación cuando las condiciones de un trabajo psíquico están presentes y operantes. La excitación es el objetivo mismo del trabajo psíquico al que Marty llama el espesor del preconsciente. De ese modo la utilización del concepto de excitación en el enfoque económico de la psicósomática, debe estar sujeto a la dialéctica pulsión – excitación, es decir a la apreciación del trabajo psíquico y a la evaluación de sus fallas.

Marty propone posiciones originales sobre la cuestión de las pulsiones. Según el principio evolucionista, la cualidad de las pulsiones varía según el nivel evolutivo de las funciones interesadas. Además, distingue dos impulsos dinámicos originados en una excitación corporal, el de los instintos y el de las pulsiones. Estos dos impulsos están en relación con su fuente somática. Las raíces son somáticas. El elemento de base, la referencia a la fuente corporal, se presenta también con regularidad en las definiciones freudianas de la pulsión. Freud, en *Pulsiones y destino de pulsión*, escribe: “Si consideramos las cosas desde un punto de vista biológico, la pulsión se nos aparece como un concepto límite, como el representante de las excitaciones psíquicas nacidas en el interior del cuerpo y que llegan al psiquismo, como una medida de la exigencia de trabajo que se impone a lo anímico a consecuencia de su correlación con lo somático.” Esta definición remite a una realidad muy compleja, de índole a la vez tópica (los espacios atravesados) y dinámica (el movimiento que transporta las excitaciones que también son informaciones).

Freud trata luego la cuestión de la medida de la existencia de trabajo, que los psicólogos conocemos muy bien, y que remite a una función cualitativa y cuantitativa. Esta definición de la pulsión implica, pues, las tres dimensiones: dinámica, tónica, económica. En otro texto Freud dirá que, en su trayecto de la fuente al objeto, la pulsión se vuelve activa psíquicamente, lo que significa que es compartida entre una fuente orgánica y un objeto que no lo es, pero que fundamentalmente es su relación con el objeto lo que va a conferirle su cualidad psíquica.

La pulsión, como concepto en la frontera entre el soma y la psique, ha sido explorado y elaborado por la Escuela de Psicología de París. Se reconoce el concepto de pulsión y su dimensión económica como algo central para la comprensión del proceso de somatización. El trabajo clínico y teórico ha permitido expandir y elucidar la metáfora de Freud del “salto misterioso” del cuerpo a la mente y viceversa. En el corazón de esta elaboración se enfatiza la dimensión económica de la pulsión que sirve como puente a la noción de afecto, el exponente de la pulsión. André Green recalca este punto claramente cuando escribe: “La representación psíquica de la pulsión es la que da nacimiento al afecto, una vez que el encuentro con el objeto a ocurrido”. “El afecto es el resultado de lo que queda de la pulsión cuando se efectuó un trabajo de representación por el lado de la representación del objeto. El afecto que inviste este objeto es manifestación del afecto del sujeto, ya que, en mi opinión, el afecto se distribuye a lo largo del aparato psíquico y lo dinamiza”

Marty ha elaborado una concepción original del funcionamiento mental basado en el valor funcional de las representaciones que él llamó mentalización. La calidad de la mentalización se vincula a la función psíquica de las percepciones y a la posibilidad de evocarlas a través de las representaciones acompañadas de afectos. Cuando la mentalización es defectuosa las representaciones parecen reproducir las percepciones vividas en la realidad. Estas representaciones son solo simples testimonios de huellas de percepciones inscriptas. Son muy poco movilizables mentalmente y las relaciones entre estas representaciones, así como sus vínculos con los afectos, pueden ser rotos. En los momentos de desorganización del preconsciente un proceso regresivo puede llevar a las representaciones al nivel de las percepciones. Para Marty ellas conducen entonces a las asociaciones sensoriales y perceptivas, como también a los comportamientos, con prevalencia de un modo de funcionamiento perceptivo-motor, y por supuesto, a la vía somática.

La clínica en particular con pacientes que padecen enfermedades somáticas, debe afrontar modos de funcionamiento que nos conducen a problemáticas precoces, arcaicas del proceso de representación. Esto requiere ajustes de la técnica psicodinámica a la clínica actual, dada la importancia atribuida a la sensorialidad y a la sensorio-motricidad en la comprensión del sí mismo y del objeto.

¿Cómo concebir el material primitivo del psiquismo cuya transformación engendraría la representación y cómo ese hipotético material puede ser utilizado en nuestra práctica? En nuestro trabajo terapéutico la lectura de ciertos elementos de la sensorio-motricidad nos permiten retomar la pulsión que quedó estancada y contenida en esos movimientos. Se trata de movimientos pulsionales que han quedado fijados a nivel sensorio-motor pero que podrían ser representados si la presencia del otro permite una nueva vectorización de la pulsión. El terapeuta, como la madre, vectoriza la pulsión. Esta temporalidad arcaica está constituida por ritmos, tensión, densidad, contracción, decontracción. Lo que importa es ligar lo que es incipiente y contenerlo dentro de una forma. Enhebrar lo naciente y contenerlo. De este modo se le da un continente a los contenidos del paciente y un contenido a su continente. El afecto sería así el producto derivado de un movimiento en busca de una forma, la prosecución dinámica de lo que, partiendo del cuerpo, vuelve a él. Quiero remarcar la condicionalidad intersubjetiva del afecto.

Los casos de padecimiento somático en niños pequeños, la escucha de esta clínica asociada a conocimientos de las comunicaciones precoces me ha convencido de la necesidad de incluir la sensorio-motricidad, las raíces mismas del funcionamiento mental. El recurso a la identificación sensorio-motriz primaria parece favorecer a la elaboración de procesos transferenciales en los cuales existiría un sistema de huellas no movilizables en el aparato intrapsíquico, pero sí en el intersubjetivo. Se trataría de huellas no representadas, sin afecto, un entramado narcisista donde se funden sujeto y objeto, en el cual el psicopsomatólogo se volvería un protagonista de la impronta. En la dinámica procesual, el terapeuta siente en su contratransferencia el vacío que puede interpretar como una incapacidad para representar del paciente.

Tomaré como ejemplo a un niño, Tomás, de 4 años y medio, diabético hace dos años.

Viene con sus padres. La madre cuenta: “Tomás esta siempre de mal humor, tiene rabietas y comportamiento descontrolado. No obedece, es impulsivo a tal punto que antes de salir de casa rompió un enorme espejo de una patada. Desde muy pequeño le cuesta mucho dormir, se despierta a cada rato, no llora, orina con frecuencia de día y de noche. Nació prematuro a las 28 semanas. Estuvo casi tres meses en incubadora. Tuve que dejar de trabajar. Mi familia como yo, es de Uruguay. Cuando Tomás tenía dos meses y estaba internado falleció mi padre. No pude viajar, yo estaba muy unida a él, me contenía y sostenía mucho”.

Mientras su madre habla Tomás corre alrededor nuestro sin saber a dónde quiere llegar y frena sin saber por qué. La necesidad está en la simple descarga con dificultad en la regulación. Mira con atención. Es muy delgado, un poco pálido, de ojos muy claros. Parece asustado. El padre le muestra los juguetes. Tomás intenta construir una torre con cubos, sin entusiasmo, se angustia porque no lo logra, no se concentra y rápidamente abandona. Frente a la dificultad no continúa, esperando que el otro resuelva todo. Necesita del auxilio ajeno, que el otro lo ordene sin lo cual cae en el descontrol motor. Sus tiempos de concentración son variables: por momentos clasifica atentamente (separa los animales y los nombra) y al instante se dispersa. Un jugar que se diluye a poco de haber comenzado. Hay ausencia de secuencias de juego. Demanda permanente compañía y nos requiere para cosas que podría hacer solo. Dice “hacelo vos (al padre), yo miro”.

Relataré a continuación una sesión transcurrida al poco tiempo de iniciado el tratamiento.

Tomás, acompañado de sus padres, llega risueño y tarareando una canción de María Elena Walsh que rápidamente reconozco: *El brujito de Gulubú*. Me sumo con la letra:

*“Había una vez un bru, un brujito de Gulubú
A toda la población
Embrujaba sin ton ni son
Pero un día llego un Drrr.
Manejando un cuatrimotorrr
¿y saben lo que pasó?
¿y saben lo que paso?
¿No?
Todas las brujerías
Del brujito de Gulubú
Se curaron con la vacu
Con la vacuna luna luna lú*

Tomás me dice: “trae a Peluchín, te quiere conocer”. “Es un perrito de felpa, de peluche”.

Yo le digo: Trae a Peluchín aquí, vamos a mostrarle los juguetes. Lo trae de inmediato y aparta algunos animales y los nombra. Se dirige al hueco entre el sillón, donde están sentados sus padres, y la pared y dice que esa es su “casita”. Arma una cama con dos almohadones y se tapa con su abrigo que se saca en ese momento.

Tomás se acerca al padre y le dice: “Yo soy el Dr”. Lo ausculta. “Tomá aspirinas”. Anota algo en una hoja, hace una receta y dice “esto es para comprar en la farmacia. Me voy apurado, vos Leonor trae a Peluchín al hospital porque tiene fiebre”.

Antes de irse, Tomás decide dejar a Peluchín en mi consultorio en “la casita” y dice “Peluchín se queda acá, con vos, en su casita, en su refugio”.

En mi primer contacto con Tomás lo que prevalece es un estado de tensión, expresión de un fondo permanente de angustia difusa que tiende a tramitarse por la vía de la descarga sensorio-motriz. Un comportamiento descontrolado, un estado de irritabilidad e incapacidad de desarrollar juegos sostenidos por un tejido imaginario y simbólico, una imposibilidad de disfrutar jugando. Una actividad monótona, vacía, privada de impulsos, pobreza de representaciones, ausencia de libertad fantasmática en el juego. Una posición más próxima a la indiferencia que a la tristeza. Atonía afectiva, inercia motriz, pobreza de comunicación interactiva, vulnerabilidad psicósomática. Llama la atención la multiplicidad de factores invocables que confluyen y su diversidad: orgánicos, funcionales, psicógenos, incidentes neonatales, afecciones somáticas, carencias afectivas. La somatización se presenta como el resultado de un movimiento complejo, que otorga valor central a las series complementarias de Freud. El terreno previo a la aparición de la diabetes, está constituido no solamente por el nacimiento prematuro y la falta de una adecuada relación de apego, sino también por la existencia de un estado emocional materno negativo, al que Tomás va a quedar directamente vinculado.

En el encuentro siguiente el clima es otro, Tomás muestra un “gesto espontáneo” y yo realizo una intervención lúdica. Una toma de contacto directa y sensorial del material empleado por el niño. Traté, a través de una postura activa, de crear lazos asociativos, de ir acoplándome emocionalmente para compartir estados afectivos. Sensorialidad y afectos van a la par. La resonancia y el contagio como mecanismos de la empatía, ocupan el centro de la escena.

Entrecruzamiento e interjuego de afectos y pensamientos, de pasado y presente, recortarán un espacio nuevo. Creación que nos incluye. Un ritmo que comienza ligado a una temporalidad arcaica, un ritmo con potencialidad envolvente que le otorga características de organizador sonoro. Permite ligar lo que es incipiente y contenerlo dentro de una forma.

Potencialidad transformadora de nuestro trabajo de psicopsicólogos en el aquí y ahora del vínculo terapéutico.

Principios en los que se basan las distintas corrientes de psicósomática

José María Franco Vicario*

Resumen: El autor hace un breve recorrido por algunas de las corrientes de psicósomática, dentro y fuera del psicoanálisis. Hace, sobre todo, hincapié en la corriente de la “Escuela Psicósomática de París” (I.P.S.O.-París), que lleva más de 60 años investigando en la materia, y formando psicoanalistas de la Asociación Internacional de Psicoanálisis (I.P.A.) como psicósomatólogos.

Palabras clave: Psicósomática, simbolización, conversión, somatización, desmentalización.

Abstract: In this article, the author provides a brief overview of the principal psychosomatic currents, within and outside psychoanalysis. The author then focuses on the « Paris Psychosomatic School » (I.P.S.O.-Paris), which has spent over 60 years investigating this subject and training psychoanalysts from the International Psychoanalytical Association (I.P.A.) as psychosomatologists.

Key Words: Psychosomatic, symbolisation, conversion, somatisation, dementalisation.

“En sus comienzos, el espacio psíquico es un espacio físico”
(Winnicott)

«Existe un cuerpo anatómico, dividido en órganos por la medicina clásica, y un cuerpo que ocupamos, y donde vivimos cada día., amándolo o detestándolo en secreto, objeto de nuestras fantasías, fuente de placer o de dolor, presente en el juego, en el deporte, en el cuerpo a cuerpo...».

Para Freud, el Yo es, ante todo, un ser corporal, y no solamente un ser superficial sino, incluso, la proyección de una superficie. El Yo deriva, en último término, de las sensaciones corporales, principalmente de aquellas producidas en la superficie del cuerpo, por lo que puede considerarse al Yo como una proyección mental de dicha superficie y que, por lo demás, corresponde a la superficie del aparato mental.

Si bien la piel limita el cuerpo en un espacio personal (“Yo-piel” de Anzieu), dentro de este espacio existe un contenido cuya anatomía desconoce el niño. Como dice Fedida, si el psicoanálisis se interesa en la imagen del cuerpo, es en base al significado que toma el contenido corporal.

El psicoanálisis sería una “arqueología” del cuerpo capaz de abrirse hacia una anatomía imaginaria (cuerpo imaginario). El deseo del niño, valorizando o privilegiando tal o cual zona erógena de su

* Psiquiatra, Psicoanalista, titular de la SSP, titular de SEPIA, secretario de la AIPPM. jmfran@telefonica.net

cuerpo, no solamente desarticula o desestructura el cuerpo objetivo descrito por los anatomistas, sino que, también, lo desrealiza al entregarse a las fantasías de lo imaginario (M. Bernard).

La psicósomática es un modelo de pensamiento que trata de entender por qué el sujeto enferma. Fue el psiquiatra alemán Heinroth el que introdujo en el siglo XIX este concepto dentro de la medicina oficial donde, en aquella época, predominaban los aspectos organicistas y experimentales. Para Heinroth, existían factores psíquicos en la etiopatogenia de las enfermedades somáticas.

Hoy en día, podríamos considerar dos grandes corrientes dentro de la psicósomática: una estrictamente médica, que busca en la etiología de la enfermedad factores biológicos y factores psíquicos. Es la llamada “medicina psicósomática o adaptativa”, que se aproxima al enfermo desde su enfermedad física. Y otra gran corriente, que se acerca al enfermo en relación con su funcionamiento mental. Dentro de esta última corriente, habría dos grandes ramas, la de la “simbolización” y la de la “Escuela de Psicósomática de París” (I.P.S.O-París).

1. La corriente adaptativa (medicina psicósomática)

Su principal líder fue Alexander, de la llamada Escuela de Chicago, junto a Dunbar, Weiss etc. Esta corriente pone en juego los mecanismos emocionales y los mecanismos físicos. Todo sería cuestión de relaciones, coordinación, interdependencia e integración entre el soma y la psique. Alexander considera a la psicología como una ciencia biológica, es decir, que lo psíquico responde a un proceso cerebral que solamente puede ser descrito en términos psicológicos. Se basa en las formulaciones de fisiólogos como Claude Bernard, Cannon, Selye (“Síndrome general de adaptación”, 1945).

La “homeostasis” de Cannon es idéntica, para Alexander, al “principio de constancia” de Freud, siendo aquello que permite en todo momento al conjunto del organismo el “adaptarse” al máximo a las condiciones del medio, sea interno o externo.

Alexander considera, sin embargo, la diferencia que hace Freud entre los síntomas de “conversión” histérica, y los síntomas “funcionales” de las neurosis actuales, pero, a diferencia de Freud, elevó el término de “emoción” al rango de un estatuto nuevo, objeto de análisis, identificable clínicamente por sus manifestaciones psíquicas y somáticas, y por ser manipulable experimentalmente desde el punto de vista fisiológico.

Así, la Escuela de Chicago, observó un conjunto de enfermedades físicas que coincidían con ciertas organizaciones del carácter. De esta manera, describieron la personalidad del infartado, del ulceroso, del asmático, del hipertenso etc.

2. La corriente de la simbolización

Consideramos cuatro grandes ramas en esta corriente psicoanalítica de la psicósomática: el modelo de Groddeck, el modelo de A. Garma, el modelo de Parcheminey, y el modelo de Valabrega.

Para **Groddeck**, el Ello es un creador todopoderoso que se origina en las fuerzas orgánicas que conducen al desarrollo embriológico del ser humano. Tiene un concepto del Ello a la vez místico y determinista de lo vivo : «...*El Ello construye el cuerpo y el alma del hombre. El Ello puede construir iglesias, componer tragedias e inventar máquinas*». Los procesos psíquicos participan de la misma lógica que los procesos orgánicos y escapan, en lo esencial, a la voluntad individual. Groddeck

considera que el hombre es vivido por el Ello, totalmente confundido con el símbolo, no existiendo ningún límite entre el símbolo, el síntoma orgánico y la formación psíquica que representa.

Vemos pues, que el Ello de Groddeck no tiene nada que ver con el Ello de Freud quien, en su texto de 1910 (*“La alteración psicógena de la visión en la concepción psicoanalítica”*) nos dice: *«El psicoanálisis nunca olvida que lo psíquico reposa sobre lo orgánico, aunque su trabajo pueda seguir lo psíquico hasta este fundamento y no más allá»*.

Angel Garma forma parte de las corrientes de simbolización, aunque muy diferente de Groddeck. Aconseja el tratamiento psicoanalítico en muchas enfermedades orgánicas: úlceras gastroduodenales, cólicos, asma, angina de pecho, infarto de miocardio, hipertensión arterial, cefaleas, alergias, esterilidad masculina y femenina, endocrinopatías, ginecopatías, dermatopatías etc.

Piensa que los síntomas orgánicos, exactamente como los psíquicos, adquieren gradualmente significaciones que los integran con otras reacciones en el resto de la personalidad (*“Integración psicósomática en el tratamiento psicoanalítico de las enfermedades orgánicas”*, 1963).

En su práctica psicoanalítica con enfermos orgánicos, hace uso abundante de la interpretación simbólica. Por ejemplo, llega a decir que el cráter de una úlcera gastroduodenal se puede considerar como el “molde del pezón” que, psíquicamente introyectado en la primera infancia, actuó de manera psicósomática para “digerir” las paredes gastroduodenales.

Para Freud, la simbolización está ligada a Eros, es decir, a la pulsión sexual de vida, mientras que A. Garma introduce la dimensión de la destructividad (Tánatos, o pulsión sexual de muerte) en el proceso mismo de la simbolización. Por otro lado, según Freud, para que haya simbolización tiene que haber representaciones sexuales reprimidas, propias de la estructura psíquica psiconeurótica, tal la historia de conversión. Para Freud, las neurosis actuales conducen a síntomas funcionales, no por represión, sino por un efecto directo de sobrecarga sexual sobre los órganos o las funciones de autoconservación, sin ninguna significación simbólica del síntoma funcional del que deriva. Todo lo contrario de la historia de conversión.

Parcheminey, va aún más allá en su texto de 1948 (*“La problemática del psicomatismo”*), donde dice: *«...por ejemplo, una serpiente en un sueño no simboliza el pene, es el pene, o un vómito no simboliza el asco por la vida, es el asco mismo. De la misma manera que un espasmo intestinal no significa un afecto de ansiedad, es el propio afecto»*.

En Freud, los dos procesos, psíquico y orgánico, no se confunden, únicamente pueden “reencontrarse” en momentos de una trayectoria regresiva. En consecuencia, Parcheminey suprime el concepto de conversión histérica de Freud, al atribuir a los síntomas somáticos el valor de una expresión fisiológica de los afectos.

Valabrega, al contrario que Parcheminey, propone extender y generalizar la conversión histérica al conjunto de los síntomas funcionales y de los síntomas somáticos. Para él, todo es una historia generalizada o una conversión psicósomática.

Se podría decir que, prácticamente, todos los modelos de la simbolización, de las diferentes teorías psicósomáticas, consideran, cada cual, a su manera, que los síntomas somáticos entran en la concepción general de la historia de conversión y, por tanto, son susceptibles de un abordaje mediante la cura psicoanalítica clásica, como si todos los pacientes que somatizan, fueran psiconeuróticos.

3. La Escuela Psicósomática de París

Para esta corriente psicósomática, desde dentro del psicoanálisis y de la teoría freudiana, se pasa a considerar y a estudiar una nueva clínica de otras organizaciones mentales (o desorganizaciones), distintas de las clásicas estructuras mentales psiconeuróticas o psicóticas. Para esta escuela, lo psíquico y lo somático, no son simplemente hechos relacionados, sino formas de organización de una misma realidad vital. De esta manera, la psicósomática se sustantiva frente a la conceptualización adjetivadora de enfermedades y/o enfermos “psico-somáticos”, perdiendo ese “guion separador”, para volverse “psicósomática” y/o pacientes psicósomáticos.

En *“La contribución a la concepción de las afasias”* (1892), Freud considera una auténtica realidad psíquica, a partir de la realidad orgánica de la que había surgido. Desde entonces, los fenómenos psíquicos no pueden ser ya entendidos como una prolongación de los fenómenos físicos. La vida psíquica tiene una autonomía de funcionamiento con sus principios, sus leyes y su causalidad propios. La noción de representación mental, a partir de aquí, ya no es una simple huella de la excitación neuronal, sino un proceso complejo que conlleva asociaciones de las mismas. Este “giro” teórico de Freud, supone una revolución conceptual que él denomina “paralelismo psicofisiológico” que marca, además, un giro en el pensamiento psicósomático. Freud dice: *«La cadena de los procesos fisiológicos en el sistema nervioso, no se encuentra probablemente en una relación de causalidad con los procesos psíquicos. Al contrario, la cadena fisiológica continúa cuando, en un cierto momento, un fenómeno psíquico corresponde a uno o varios de sus eslabones. El proceso psíquico es así paralelo al proceso fisiológico»*.

En Francia, después de la segunda guerra mundial, partiendo de la concepción de la jerarquía estructural de J.H. Jackson, Henry Ey trató de distinguir la psiquiatría de la neurología. Para él, las alteraciones mentales suponen la existencia de un “determinismo organogenético”.

Pierre Marty (1918-1993), es el verdadero fundador de la clínica psicósomática moderna. Antes de la formulación de sus enunciados, la visión del padecimiento psicósomático era idéntica a la que se tenía del síntoma histérico. Había estudiado medicina y psiquiatría, formándose con Henry Ey, y su aproximación a la psicósomática vino propiciada por una serie de casualidades. El Dr. Gosset, cirujano de los hospitales de París, estaba muy interesado por los trabajos que llegaban de América (la escuela de Chicago) sobre el papel del psiquismo en los desórdenes somáticos. Queriendo integrar a un psiquiatra en su servicio de cirugía, pidió consejo al Dr. Delay, jefe de P. Marty, quien le recomendó para dicho puesto. Pronto se dio cuenta que sus conocimientos psiquiátricos no bastaban para comprender a aquellos pacientes y, estimulado por Julián de Ajuriaguerra, empezó a analizarse en 1947, integrándose en la Sociedad Psicoanalítica de París (I.P.A.), donde llegó a ser miembro titular en 1954, ocupando cargos importantes en la misma.

Para Pierre Marty, el psicoanálisis fue la herramienta que le permitió desarrollar su propia teoría sobre la comprensión del enfermo psicósomático. Teoría profundamente basada en la teoría freudiana, pero, no obstante, en ocasiones, alejado de ella. Como, por ejemplo, cuando sostiene que solo hay una única energía vital, que alimenta instintos y pulsiones de vida, no siendo la pulsión de muerte freudiana más que el “desfallecimiento” o la “desorganización” de esta pulsión de vida. Opinión que, a su vez, es muy discutida en el seno de la comunidad psicoanalítica, incluidos los miembros de la Escuela de Psicósomática de París.

Esta Escuela fue creada en 1962, junto a Michel Fain, Simone Marty, Michel de M'Uzan, Christian David, a la que, poco después, se unieron Catherine Parat, Denise Braunschweig y Sami-Ali.

En 1972 se creó “el Instituto de Psicósomática” (I.P.S.O.-París), y en 1978, en colaboración con la administración de la salud pública, se inauguró el “Hospital de la Poterne des Pleupliers” para recibir a los pacientes psicósomáticos, teniendo que abrir una unidad anexa, “L'Unité du Chateau”, dada la gran afluencia de pacientes. Allí llegaban enfermos somáticos desde las consultas de los hospitales generales, para abordarlos desde el punto de vista psicoanalítico, tanto para investigar, como para tratarlos.

En Pierre Marty se pueden definir dos momentos organizadores de la construcción de su modelo teórico: el primero, se sitúa alrededor de “*La investigación psicósomática*” (1963), en colaboración con Michel de M'Uzan y Christian David, y el segundo, alrededor de “*Los movimientos individuales de vida y de muerte*” (1976), al que se puede añadir, casi como una única obra con la anterior, “*El orden psicósomático*” (1980).

Desde su creación, la bibliografía de los distintos miembros de la Escuela Psicósomática de París es inmensa, tanto en libros, como en artículos que empezaron a publicarse en la “*Revue Française de Psychosomatique*” (PUF), fundada en 1991, y que aparece dos veces al año.

De tantos años de investigación acerca de los pacientes psicósomáticos, surgieron conceptos que se han hecho ya clásicos en el lenguaje psicoanalítico psicósomático: mosaico primero, pensamiento operatorio, vida operatoria, depresión esencial, prematuridad del Yo, Yo ideal, censura de la amante, relación de objeto alérgica, reduplicación proyectiva, desmentalización, desorganización progresiva, supresión de las representaciones mentales y de sus afectos acompañantes, afecto compartido, confianza de base, enfermedades regresivas y desorganizativas, procedimientos autocalmantes, trabajo de somatización, trabajo de traspaso a la muerte, angustia difusa, función materna, la clasificación psicósomática Marty-IPSO, sueños crudos, sueños operatorios, condiciones fastas, los esclavos de la cantidad, lo mismo y lo idéntico, equilibrio psicósomático, núcleo traumático, preconsciente como “placa giratoria de toda la economía psicósomática del sujeto, posición fóbica central, y un largo etcétera, que actualmente se está plasmando en la confección del “Vocabulario de la Escuela de Psicósomática de París”.

Con más de 60 años de existencia, la Escuela Psicósomática de París (I.P.S.O.-París) ha podido formar a numerosos psicoanalistas de la I.P.A., interesados por su teoría. Actualmente existen grupos formadores, aparte de en París, en Toulouse, en Aix-en Provence, en España (S.E.P.I.A.), en Buenos Aires, en Grecia, en Brasil. Existen también sociedades “emergentes” en Suiza, Turquía, Londres, Moscú, Colombia, Paraguay etc. Todos estos grupos pertenecen a la Asociación Internacional de Psicósomática Pierre Marty (A.I.P.P.M.) que organiza un Coloquio cada dos años, así como “encuentros clínicos” frecuentes, entre las diferentes sociedades formadoras, con el fin de homologar y homogeneizar los criterios de formación, estatutos etc. de sus sociedades componentes.

Para acabar, resumo y condenso, en palabras de Pierre Marty, lo que especifica la teorización de la psicósomática de la Escuela de París: «*Hay dos vías, y solo dos, para vehicular las excitaciones que produce un trauma: la vía de la actividad mental, y la vía de la actividad sensorio motriz que, en parte, determina nuestros comportamientos. Cuando, por diferentes razones, estas dos vías no están disponibles, serán los aparatos somáticos los que responden a las excitaciones. Ello constituye*

el principio de las somatizaciones» (P.Marty, “*Génesis de las enfermedades graves y criterios de gravedad en psicósomática*”, 1990)

Bibliografía

Alexander Franz, «*La médecine psychosomatique*», suivi de «*Les fonctions de l'appareil psychique*» par Thérèse Benedek, Paris, Payot, 1952.

Dunbar Flanders, «*Psychosomatic Diagnosis*», New York, P. Hoeber, 1943.

Freud Sigmund

- «*Contribution à la conception des aphasies : une étude critique*», 1891, Paris, PUF, 1983.

- «*Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique*», 1910, Paris, PUF, 1973.

Franco-Vicario José María, “*La relajación de Ajuriaguerra, una psicoterapia analítica*”, *Informaciones Psiquiátricas*, n° 94, cuarto trimestre, 1983.

Garma Angel, «*L'intégration psychosomatique dans le traitement psychanalytique des malades organiques*», Paris, PUF, 1963.

Groddeck Georg. «*Détermination psychique et traitement psychanalytique des affections organiques*» (1917), Paris, Gallimard, 1969.

Marty Pierre

- «*La investigación psicósomática, siete observaciones clínicas*», APM, Biblioteca Nueva, Madrid, 2013.

- «*Les mouvements individuels de vie et de mort*», 1976, Paris, Payot.

- «*L'Ordre psychosomatique*», 1980, Paris, Payot.

- «*La psychosomatique de l'adulte*», 1990, Paris, PUF.

- «*Genèse des maladies graves et critères de gravité en psychosomatique*», 1990, *Revue Française de Psychosomatique*, n° 1, 1991. Paris, PUF.

Parcheminey Georges, «*La problématique du psycho-somatisme*», *Revue Française de Psychanalyse*, t, XII, n°2, 1948, p.233-249. Paris, PUF.

Smadja Claude

- “*La vida operatoria*”, *Estudios psicoanalíticos*, APM, Biblioteca Nueva, Madrid 2005.

- “*Los modelos psicoanalíticos de la psicósomática*”, *Psicoanálisis*, APM, Biblioteca Nueva, Madrid, 2009.

Szwec Gérard, “*Los galeotes voluntarios*”, APM, 2014.

Tenorio de Calatroni Marta, “*Marty Pierre y la psicósomática*”, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1998.

-Valabrega Jean-Paul, «*Introduction du concept de conversion psychosomatique dans la nosographie et la théorie psychanalytiques*», *Rivista sperim. Freniatr.*, n° LXXXXIX,1, 1965.

Weiss Edward «*Médecine psychosomatique. L'Application de la psychopathologie aux problèmes cliniques de la médecine générale*», Lausanne, Delachaux&Niestle, 1952.

El cuerpo, su salud y su enfermedad en infancia y adolescencia

Manuel de Miguel Aisa*

Resumen: Freud comprendió perfectamente el potencial deletéreo de los afectos, hasta el punto de colocarlos en el centro de la vida mental. Toda ella está al servicio de mantener una relativa estabilidad en el desarrollo del afecto. En muchos casos para impedir su aparición y en otros para desplazar su ligadura a representaciones aceptables. Alrededor de ese juego con los afectos construyó una consistente teoría explicativa de la vida mental. Marty nos enseñó que están en el centro de nuestros movimientos de vida y de muerte. Del devenir de nuestra salud. También nos dio las claves para entender la forma en la que esto ocurre.

Palabras clave: Psicosoma. Función materna. Memoria humoral. Regresión somática. Construcción del afecto.

Abstract: Freud perfectly understood the deleterious potential of the affects, to the point of placing them at the center of mental life. All of it is at the service of maintaining a relative stability in the development of affection. In many cases to prevent its appearance and in others to move its link to acceptable representations. Around this game with the affects, he built a consistent explanatory theory of mental life. Marty taught us that they are at the center of our life and death movements. Of the future of our health. He also gave us the keys to understand how this happens.

Keywords: Psychosome. Maternal function. Humoral memory. Somatic regression. Construction of affect.

A bordar la cuestión del cuerpo, de su salud y su enfermedad en los comienzos de la vida, nos conduce necesariamente a estudiar los grandes temas de la psicósomática. Es el momento de la construcción de las estructuras básicas del psicósoma y deberemos ocuparnos de las vicisitudes por las que atraviesa en sus primeros estadios. Empezaré por decir, que al igual que ocurre con la vida mental, consideramos que los trastornos psicósomáticos se fraguan también a través de la construcción de unas respuestas específicas e individuales desde el comienzo de la vida. Las consecuencias de las situaciones traumáticas serán tanto más importantes cuanto más temprano sea el momento que tomemos en consideración. Concretamente, el sistema inmunológico que en principio es heredado, se empieza a fraguar en los primeros meses y pensamos que su fragilidad está condicionada por las tensiones emocionales que tienen lugar durante ellos.

* Psiquiatra Psicoanalista.

El psicoanálisis nos ha permitido investigar estas etapas tempranas y a su vez nos ha proporcionado la posibilidad de revivirlas en la transferencia analítica, lo que convierte a nuestra disciplina en una herramienta privilegiada para estudiar y reparar las posibles construcciones aberrantes. Especialmente se producen formas proclives a la descompensación somática cuando en la primera infancia, se dan constelaciones relacionales afectivamente pobres, que condicionan una fragilidad psicopatológica generalizada o relaciones perturbadas que dan lugar a trastornos muy específicos. Me ocuparé con algún detalle de las dos posibilidades; pero primero describiré cuestiones de tipo general que nos ayudarán a penetrar en el funcionamiento psicopatológico.

Lo que voy a exponer nos permite entender y abordar muchos cuadros clínicos que se podrían incluir dentro de lo que P. Marty definió como fenómenos de regresión somática. Son cuadros habitualmente repetitivos, específicos de cada individuo, de evolución auto-limitada, habitualmente leves, que tras su padecimiento restituyen al individuo a su situación anterior y que no suelen dejar secuelas graves. En ocasiones pueden manifestar una importante cronicidad que condiciona la vida de quien los padece, y es más raro que la amenacen gravemente. Pero también pueden marcar estos fenómenos de fijación-regresión, las grandes líneas de la desorganización somática de carácter grave.

En mi opinión, se fraguan a partir de lo que Marty llamó **memoria humoral** y que está siendo objeto en la actualidad de numerosos estudios. Esta cuestión de la memoria es un viejo tema. El psicoanálisis no es sino la reevaluación del papel de la memoria. Freud dice que las histéricas sufren de reminiscencias. Sabemos por él, que las huellas mnémicas ligadas a los movimientos pulsionales rigen nuestros destinos.

Desde la neurología autores como Antonio Damasio, Françoise Ansermet, o el Nobel Eric Kandel, han puesto de relieve su importancia. El primero, ha descrito los mapas del cerebro donde se registran las diferentes huellas dejadas por la experiencia; el segundo desde la plasticidad neuronal que facilitan los neurotransmisores nos muestra la riqueza de las inscripciones en la mente de las experiencias vitales. Kandel es reconocido por haber establecido las bases de los mecanismos subcelulares que participan en la memoria y aprendizaje elemental. Han encontrado en los niveles biológicos lo que veníamos afirmando desde el conocimiento de la vida que nos aporta el psicoanálisis. De hecho, tanto Ansermet como el propio Kandel reconocen ampliamente la profunda imbricación de los fenómenos descritos por ambas disciplinas psicoanálisis y neurociencias.

La expresión memoria humoral es particularmente afortunada porque funde los dos sentidos de la palabra humor, el de un estado afectivo, y el concerniente a los humores somáticos. Dicho de otra forma, la memoria como registro y fuente de repetición de la somatización y la emoción a la que va asociada bien sea causa o consecuencia de la misma. Aunque son mecanismos muy generales, el estudio de la psicopatología en la infancia y la adolescencia los pone particularmente de manifiesto.

Ya Freud llamó la atención sobre algunos fenómenos somáticos ligados al psiquismo, y aunque, no profundizó en su estudio, sí dejó constancia de su existencia y de la necesidad de seguir investigándolos. En una época tan temprana como 1.905, en los **Tres Ensayos para una teoría sexual**, da a entender en diferentes momentos una concepción de la histeria que va más allá de lo mental, alcanzando claramente lo somático y esbozando las direcciones a las que estoy apuntando. Dice textualmente: **“las zonas histerógenas en las que se produce el desplazamiento, se comportan como las originarias, pudiendo aparecer inflamaciones o motricidad, más adecuadas al funcionamiento**

de la zona erógena que aquel que le es propio, como el globo histérico". Amorrortu. Tomo VII de las Obras Completas. Pg.167. Notas 19 – 20.

Por otra parte en una nota al pie de página, Freud apunta que de las elucidaciones concernientes a la deriva biológica de los desplazamientos histéricos, se ha hecho cargo A. Adler, y advierte del riesgo de error que se corre, al aplicar en casos singulares las interpretaciones del plano psíquico a lo biológico, adelantándose en casi cien años a las críticas hechas por Marty y la escuela de París, sobre la falta de rigor con la que se interpretaban, y se interpretan a veces estos fenómenos, metaforizando hasta el disparate las manifestaciones somáticas como ya entonces hacía Grodeck¹.

Dirá en el capítulo siguiente dedicado al erotismo anal: **Los catarrros intestinales en la más tierna infancia tornan al niño nervioso... Si más tarde contrae una neurosis, cobran una influencia determinante sobre su expresión sintomática y ponen a su disposición toda la suma de los trastornos intestinales**. Adelanta una intuición sobre lo que hemos llamado trastornos por memoria humoral, aunque no desarrolla el concepto ni da explicación alguna de los mecanismos metapsicológicos que los subtienden².

Más adelante, finaliza el capítulo sobre la sexualidad infantil, Pags.187-188, con una enigmática afirmación sobre la posibilidad de que **“la excitación transite en las dos direcciones desde la salud a la sexualidad o en dirección contraria”**. A la pregunta de Abraham sobre el sentido de esta propuesta, responde Freud que la afirmación es necesariamente vaga por lo desconocido de estos caminos **“a través de los cuales los procesos sexuales ejercen un efecto sobre la digestión, la hematopoyesis, etc. es posible que también lo hagan los aflujos benéficos o útiles de algún otro tipo.”** Los trastornos de la digestión suelen ser funcionales; pero habla de la hematopoyesis, formación de sangre, y no deja de ser sorprendente que elija algo tal complejo, vital y de total “organicidad” como una de las alteraciones que puede depender de factores emocionales.

No obstante, ya en estudios sobre la histeria, se ha referido a los trastornos somáticos ocurridos en la infancia, como posible fuente de zonas histerógenas. En los textos que acabo de citar añade la posibilidad del camino inverso. Utilizando una metáfora acústica, mente y cuerpo entran en reverberación. Pero hasta donde a mí me consta fue Félix Deustch, médico personal de Freud hasta el día en que descubrió que le había ocultado la información de que tenía un cáncer, el primero en formular el término de fijación somática desde la infancia. Hablando de **fijación somática**, ponía nombre y mecanismo, a lo que el propio Freud había descrito con tanta precisión y antelación como acabo de resaltar. En este trabajo desarrollaré algunas ideas sobre estos mecanismos que pueden adquirir una enorme complejidad en mi opinión.

A partir de las investigaciones de la Escuela de París, entendemos que la somatización parte de una excitación que actúa traumáticamente desbordando la vida mental y alcanzando el cuerpo. Han convertido en un conocimiento universalmente aceptado en psicósomática, la adscripción de los síntomas somáticos a déficits en la representación de la vida emocional especialmente en sus aspectos más regresivos, que dejarían las excitaciones elementales actuando libremente. Contaré un ejemplo bastante banal. Un paciente que estoy empezando a tratar por razones totalmente ajenas a

1 Encontramos en *El libro del ello de Georg Grodeck* buenos ejemplos de lo que estamos diciendo. No obstante, más allá de estos excesos, debemos a Grodeck, además de bautizar y describir el ello, haberse adelantado genialmente a las concepciones de su época en esta y otras materias.

2 También intuye aquí, lo que más adelante describiré con la metáfora de la paleta del pintor, en la construcción aberrante secundaria de la expresión somática del afecto.

su salud física, me comenta que ha tenido un duro enfrentamiento y me asegura que el próximo día que venga a consulta tendrá un herpes labial. Así fue en efecto y siguió ocurriendo durante bastante tiempo, hasta que dejó de ser una sorpresa para mí esta constatación. Tiempo después desapareció la somatización.

Marty nos hizo comprender que la organización que conduce a la neurosis y a los trastornos mentales en general, no son sino delicadas y depuradas formas de realización simbólica de alto valor económico para la estabilidad del individuo. Estos mecanismos que actúan como colchón de las excitaciones, y que en los funcionamientos operatorios son muy escasos y frágiles, son los primeros que sufren la acción traumática. Según nos explica Marty, tras desbordar los niveles mentales, la excitación alcanza las bases somáticas, de una forma autolimitada, personal como son los fenómenos de regresión somática, o de una forma descontrolada como en los fenómenos de desorganización progresiva, que como sabemos pueden conducir a la muerte.

De esta forma el aparato mental actúa como un complejo sistema paraexcitador. En la visión de Marty la vida preconsciente, mitiga los golpes procedentes de las excitaciones pulsionales y de la realidad externa, tanto más eficazmente cuanto más espesor tenga, o dicho de otra forma, cuanto más rico en representaciones y simbolismos sea. Esta función paraexcitadora, calmante, al comienzo de la vida la ejercían quienes nos rodeaban, nos abrazaban, tranquilizaban y finalmente nos calmaban. Progresivamente fuimos siendo capaces de interiorizar esas funciones y de tener una relativa autonomía, desarrollando los mecanismos autocalmantes en la maravillosa complejidad a la que nos hemos referido, y en la que se combinan junto a la normalidad, los mecanismos neuróticos y psicóticos que constituyen nuestra vida mental.

Pero en la vida infantil, el entorno no sólo es necesario para disipar las excitaciones. En la construcción del individuo humano, lo que llamamos la epigenética, tiene una enorme importancia. Esto es, aquello que adquirimos en la vida postnatal a través de la relación con el mundo y en especial en las relaciones que mantenemos con nuestros objetos primarios. El psiquismo y el soma se completan en medio de estas relaciones que dejarán profundas huellas.

Como he aclarado antes, cuanto más temprano, más definitivamente quedan marcados los fallos de esta función estructurante del psicósoma que, por la acción generadora que desempeña, más que por quien la realice, llamamos **función materna**. Podríamos definirla como aquella en la que el bebé completa la construcción de su psiquismo y de su soma al lado de un ser humano. Sabemos que la vida psíquica humana comienza a fraguarse en la mente de la madre. Las excitaciones son atenuadas como hemos dicho por la función paraexcitadora materna y después dotadas de sentido y de palabras, para ser devueltas al bebé de tal forma que le permiten construir a partir de ellas su propia vida mental.

Como nos enseñó Michael Fain, dentro de la comprensión del individuo humano como ser psicósomático, hay un momento en el que podemos decir que todavía esto no es así. En el comienzo de la vida el bebé tiene una sensorio-motricidad bien organizada, pero no podríamos decir que tenga vida mental. El bebé en expresión de M. Fain, es un soma que siente. La madre es la psique, que piensa el sentir del bebé. De esta forma psicósomática, en este momento es un término que se reparten dos individuos diferentes, uno de ellos, exagerando un poco, podríamos decir que sólo tiene vida corporal, el otro sólo vida mental. La madre capta empáticamente el significado de las emociones y tensiones del bebé y las convierte en representaciones, y se las devuelve como significados pensables,

ayudándole a construir vida psíquica a partir de sus excitaciones primordiales. Si estas excitaciones no son ni contenidas ni dotadas de sentido sufren destinos patológicos, tanto en el orden mental como en el somático.

En el fracaso típico de esta función, vemos a una madre desbordada, llevando el cuerpo de un bebé agitado de médico en médico en busca de una calma y de un sentido para su queja. No son capaces ni de sosegarla ni de entenderla o incluso consiguen con su propia ansiedad multiplicar la del bebé en lugar de apaciguarla. El bebé sería cuerpo en estado puro. Sensorialidad contenida y calmada por la madre. Esa que he descrito, es la situación más regresiva que podemos imaginar. Más incluso que la más regresiva de las psicosis.

A partir de ella se construye nuestro psico-soma y es el punto de partida, completamente natural, del que todos partimos; pero también es buscada por nosotros en determinados momentos, o incluso es una tendencia permanente en muchas personas que viven de ordinario en ese estado, contemplando y haciendo contemplar un cuerpo enormemente inestable y frágil. El objetivo en estos casos es volver a ser cuerpo desmentalizado en estado puro. Volver a sentirnos bebés en brazos del amparo materno y nada como la enfermedad nos devuelve a ese estado. Los adultos querrán volver a estas posiciones, los niños y adolescentes se resistirán a salir de ellas.

Sabemos muy bien que se produce una regresión en el enfermar somático. Esta regresión suele tomar dos direcciones. Por una parte, nos infantilizamos volviendo a entregarnos a los cuidados externos. Por otra parte, la que llamamos regresión narcisista, nos lleva a apartar nuestros intereses del mundo para centrarlo en nosotros mismos y más concretamente en nuestro cuerpo. Esto ocurre especialmente en un mundo en que las relaciones familiares y sociales son progresivamente más escasas, discontinuas y profundamente insatisfactorias.

Pero estamos dando un salto del cuerpo a la mente y de la mente al cuerpo, que requiere una mayor explicación. No podemos afirmar con tanta facilidad que el cuerpo responda a los deseos de la mente y que enferme para satisfacer nuestros deseos regresivos. La regresión es la consecuencia del enfermar y lo que aquí estamos afirmando es que puede ser la causa y no la consecuencia. Menos todavía podemos aceptar que el cuerpo se preste a realizar simbólicamente los deseos inconscientes como ocurre en la histeria en la que el cuerpo se convierte en el escenario en el que dramatiza un conflicto mental. Pero el hecho es que estas cosas se producen en la clínica y necesitamos explicarlas sin caer en el delirio o en la banalidad. El estudio de nuestra primera infancia nos ayudará a comprenderlo.

Hemos visto cómo en estos estadios tempranos no existe la distancia entre la vida mental y la somática que se establecerá después. Lo que describiré a continuación deja bien a las claras esta realidad, con el estudio que abarcará desde los cuadros más frecuentes y leves como el cólico del primer trimestre, hasta lo más dramático como la muerte. Para ello haremos un recorrido histórico que nos irá familiarizando con los conceptos tal como se fueron produciendo. Recurriré a las ideas de René Spitz, que nos ha enseñado hasta qué punto es cierta la influencia del afecto en la salud, a través de la observación de bebés. Nos describió la depresión anaclítica y en su extremo la muerte por marasmo en las privaciones afectivas severas. Lógicamente, entre la muerte en un extremo y el niño sano en el otro, habrá toda una gradación tanto cuantitativa como cualitativa, de las consecuencias negativas y positivas del acompañamiento emocional del bebé.

Quizá nos resulte difícil aceptar que los afectos puedan tener una tal importancia. Deberé realizar un breve recorrido por el desarrollo filogenético. Ya Maslow había observado la necesidad del contacto materno en los bebés de macacus rhesus y las profundas consecuencias de las privaciones. Pero no alcanzaban en ellos los extremos de gravedad que estas privaciones adquieren en el bebé humano. Marty nos ha familiarizado con la idea de que la psicopatología es un cierto lugar de encuentro entre el psicoanálisis y el evolucionismo darwiniano³.

Nos enfrentamos al hecho de que cuanto más evolucionada sea una especie animal, cuanto más alto sea el nivel en que se encuentra en la escala biológica, tanto más influirán en su construcción final los términos amor y cultura. Sorprendentemente estos términos no se utilizan sólo para los humanos, aunque en ellos alcanzan una proporción incomparable, dado que ocupamos la cima de la evolución. El desarrollo de ambos es la clave para que se produzca el clima en el que es posible el desarrollo de un decisivo factor epigenético. Veamos cuales son las razones de su existencia.

La expresión cultura tan ligada a lo humano, y en el que ha encontrado tan altas cimas, se encuentra también en la biología para designar aquellas adquisiciones transmitidas por aprendizaje y no por herencia. Esto es, por la epigenética y no por la genética. Constituyen un patrimonio logrado por los individuos de un grupo determinado de esa especie y no de toda ella como en la transmisión genética. Habrá pautas de comportamiento y habilidades que se transmiten en la educación y que por tanto no van en el equipamiento genético. Los padres lo han descubierto o a su vez lo han aprendido de los suyos y así lo enseñan a sus descendientes. Estos lo adquieren al verlo practicar, por imitación o identificación.

A esto se llama cultura aparezca en la especie que sea. Explicaré la ventaja evolutiva. Esta es que tendrían que pasar cientos o miles de años para que la selección natural transmitiese una característica beneficiosa por vía genética, a través de la muerte de los que no poseyeran este conocimiento, y la supervivencia y transmisión de aquellos que la tuvieran. Poderlo adquirir en forma directa por aprendizaje, supone una ventaja evolutiva de incalculables proporciones, se trate de la especie de la que se trate. En las especies superiores los hijos pasan mucho tiempo junto a sus padres y son instruidos minuciosamente además de ser cuidados, protegidos y amados hasta el riesgo de la propia vida.

Es evidente que en el humano esto se da en una proporción incomparable. Igualmente la inmadurez con la que nacemos en relación con otras especies, supone otra ventaja evolutiva de primer orden, ya que terminamos de construirnos en relación con el entorno, y adquirimos adaptaciones muy específicas aprendidas por los padres a cuyo lado permanecemos durante muchos años. Pero estas claras ventajas, dejan mucha tarea, quizá demasiada, al albur de la azarosa función materna y a veces pagamos un caro tributo por tenerlas.

Enmarcada por las organizaciones funcionales conducidas por la filogénesis de carácter general, el resultado terminará siendo diferente en función de las peculiaridades del encuentro de la genética con la función materna, quedando dicho resultado inscrito dentro de la relativa plasticidad de lo compatible con la vida. Algunas acciones del entorno, en especial algunas carencias, son incompatibles con la continuidad de la vida, otras la deforman solamente.

³ Pierre Marty. En la introducción de su obra *La psicopatología del adulto* afirma que la psicopatología es tributaria tanto del psicoanálisis como del evolucionismo darwiniano.

René Spitz ha estudiado muy bien los estados carenciales tempranos y sus consecuencias. Nos demostró que la acción del contacto amoroso maternal es fundamental para la supervivencia del bebé. En 1.946 publica un libro titulado *Psychoanalytic Study of the Child*, donde introduce la noción de depresión en el mundo del niño. Bien es verdad que con unas características bien diferentes de las concepciones habituales, y desde luego mucho más en línea con lo que Marty describió años más tarde como la depresión esencial que encontramos en el adulto enfermo o en riesgo de estarlo. No tiene nada que ver con la depresión colérica del melancólico, sino que se trata de un apagamiento de la vida. Me parece evidente la relación que existe entre la depresión anaclítica descrita por Spitz y la depresión esencial de Marty, en aquellas personas aquejadas de pensamiento operatorio y de déficits importantes en la representación de sus afectos, sin apenas vida emocional, más allá de la cruda expresión de la vida pulsional y de la frecuente aparición de cuadros somáticos.

Igualmente me parece que hay una gran correlación entre la muerte por marasmo descrita por Spitz en los bebés deprivados afectivamente, y la desorganización progresiva potencialmente mortal de Marty en el adulto y de las condiciones en las que una y otra se fraguan durante la primera infancia, dado que la desorganización progresiva traduce las consecuencias que dichas fragilidades van a tener en la salud del adulto. Hay un claro paralelismo de estos dos conceptos, el de Spitz en la infancia y el de Marty en la vida del adulto. Como veremos no serán los únicos.

René Spitz obtiene su aprendizaje en el mundo institucional. Concretamente en las instituciones penitenciarias, donde en los años 50, por ley los bebés sólo podían ser cuidados directamente por sus madres durante los cuatro primeros meses. Transcurrido este período de tiempo, eran separados de ellas y criados en una institución donde recibían una atención excelente desde el punto de vista de sus cuidados físicos, no obstante lo cual, algunos bebés morían antes de cumplir el primer año de vida. Cuando sobrevivían a esa edad, tanto física como mentalmente no habían superado en el mejor de los casos el desarrollo del 5º mes de un niño normal. Todo ello a pesar de que recibir los cuidados y atenciones concernientes a alimentación y limpieza adecuados.

Como señalaba antes, hay consecuencias más leves y corrientes de los pequeños fallos que vamos a estudiar brevemente. El más común es el cólico de primer trimestre, de una enorme frecuencia. Es el primer y más frecuente síndrome psicósomático que conocemos. René Spitz lo ligó a lo que él definía como *solicitud ansiosa primaria* de la madre. Estas madres están pendientes de cualquier posible necesidad del bebé, para satisfacerla inmediatamente o incluso adelantándose a su previsible aparición. No toleran la más mínima frustración. Cuando el bebé abre la boca le meten el pezón dentro o un biberón. Esta mezcla de leche y ansiedad se manifiesta difícil de digerir, dando lugar al citado cólico, cuyo remedio habitual será más leche con ansiedad⁴.

Sabemos que un cierto grado de frustración es necesario para que se desarrolle la vida mental. El bebé ante la frustración desarrolla procesos alucinatorios que proporcionan una satisfacción temporal de gran importancia. Este recurso es la primera defensa frente al dolor mental y el primer acto de pensamiento. De no producirse se derivan dos consecuencias: la primera, una excesiva dependencia del objeto externo. La segunda la falta de desarrollo del pensamiento en el momento que debió aparecer y la descarga de ansiedad en forma somática. Esta somatización será la primera, pero no la única. Tendremos aquí el germen de la carencia de representación mental y la emergencia de lo

4 Desde otro punto de vista, en esos momentos primeros de indiferenciación, la madre, a través de la identificación proyectiva, coloca su propia ansiedad-hambre dentro del bebé. De esta manera, podríamos decir que mientras llena su estómago de leche llena su mente de hambre, cuestión que no ocurrirá sin consecuencias.

somático en sustitución de la actividad psíquica. La atención de las necesidades tomará la dirección del cuerpo y a veces allí se quedará.

En el año 1.959 René Spitz publica en el prólogo de un pequeño e interesante libro que tituló *La formación del Yo. Una teoría genética de campo*, lo que consideraba ideas derivadas del marco conceptual establecido por Freud, sobre su supuesto inicial de que no existe una separación radical, sino una continuidad entre lo psíquico y lo somático. Pone de relieve el factor genético, pero sobre todo epigenético de los fenómenos psíquicos, y describe tres grandes organizadores, término que extrae igualmente de la embriología conducida por la genética. El primer organizador es la sonrisa de contacto y reconocimiento humano que aparece en el primer trimestre de la vida del bebé.

El segundo organizador es la angustia del octavo mes, que inaugura el momento en el que el bebé toma conciencia de su existencia separada e individualizada, esto es, de su radical soledad. La adquisición de esta vivencia de soledad es en ocasiones muy difícil para ambos miembros de la pareja simbiótica originaria. No habría espacio en este trabajo para describir las posibles maneras en que la angustia puede alterar el proceso que conduce a esta adquisición. Diré sólo que la perturbación del dormir, que es un momento de separación y de autonomía del bebé, es una de las más frecuentes consecuencias de esta dificultad. También esta perturbación del dormir acompaña a algunas personas durante toda su vida.

Señalaré ahora la tercera deuda, completamente reconocida, de Marty hacia las observaciones de Spitz. Marty describe lo que llama la relación de objeto alérgica. Encuentra en estos individuos funcionamientos fusionales. Para ellos profundamente, no parece existir la representación mental de su existencia separada. En ellos cada vez que la realidad les enfrenta con una separación afectivamente importante, en lugar experimentar un sufrimiento mental o tristeza, aparece una reacción alérgica o un fallo de su sistema inmunitario. Marty asocia la relación de objeto alérgica y la consiguiente fragilidad del sistema inmunitario, con la ausencia del segundo organizador de René Spitz, a saber, la reacción de angustia ante el extraño del octavo mes. Se habría producido un fallo grave en los procesos de separación-individuación que conduce a que encontremos en estos individuos una especial dificultad para concebir su existencia diferenciada de los otros.

El tercer organizador es la capacidad para decir no. Aparece de la mano del lenguaje al final del segundo año de la vida, y es fundamental para apuntalar y reforzar el incipiente Yo del bebé, que, aunque ya lo hemos visto aparecer con anterioridad, inicia así un período de franca consolidación. Gerard Szwec en sus últimos trabajos ha dado cuenta de las carencias de estos movimientos de autoafirmación en los pequeños asmáticos. Dada la lógica de los procesos de somatización ligados a la incapacidad de adquirir las bases primarias de la autonomía en relación con los objetos primarios, no nos sorprende este hallazgo.

Desde la primera infancia aparecen las más diversas manifestaciones de tipo alérgico, asma, problemas dermatológicos o intolerancias alimentarias de todo tipo, que dan cuenta de la reactividad del sistema inmunitario desde el comienzo de la vida. Desde entonces vemos la frecuencia con la que estas reacciones están ligadas un proceso de diferenciación imposible de establecer⁵.

5 Joice McDougall en su libro *Teatros del cuerpo*, titula un capítulo del mismo *Un cuerpo para dos*. Se trata de una paciente que ha sufrido alergias muy graves desde niña y el título que le da al capítulo deja bien a las claras la dificultad en este caso para concebir una existencia separada. Aunque su esquema conceptual se aleje tanto del aquí expuesto, la clínica lo unifica todo.

Sobre la base de lo que hemos entendido de la psicósomática en la vida infantil, trataremos de comprender las consecuencias sobre la salud del adolescente, y los nuevos retos a los que debe enfrentarse. La adolescencia supone un punto de inflexión en la organización psicósomática y finalmente de consolidación de las estructuras fraguadas en la infancia, en no menor medida que lo es en la vida mental. Dos cuestiones centran la conflictiva de esta etapa de la vida con amplia repercusión en el devenir de nuestra salud física y mental. La primera tiene que ver con los logros en la separación-individuación cuyo éxito o fracaso se consolida en esta etapa y está muy condicionado por las anteriores. Es el núcleo duro de lo que llamamos el proceso adolescente. La segunda es la emergencia de una excitación sexual tan intensa y a veces tan mal representada, que desmonta los equilibrios mantenidos durante la infancia y la latencia, y pone en jaque toda la estructuración psíquica y somática.

Veamos la primera. La elaboración de la conflictiva adolescente conduce a la adquisición de una autonomía a veces imposible. Le cuesta al adolescente avanzar hacia la independencia. En continuidad con las dependencias infantiles, el cuerpo enfermo se convierte en muchos casos en el vínculo que mantiene la unión fusional. Para muchos adolescentes de escasa mentalización es el único vínculo posible. En otros aparece matizando funcionamientos neuróticos en una confusa superposición de una caracteropatía de corte histérico y la somatización.

Como ejemplo comentaré el tratamiento de una adolescente muy regresiva que padecía gastralgias, colon irritable e intolerancias alimentarias que hacían que recibiera una alimentación y cuidados especiales. Decía su madre que se ponía tan malita, que a veces le tenía que dar la comida en la boca a pesar de sus 16 años. Para su madre siempre había sido una niña muy especial, con unas tensiones imposibles de calmar ni de entender. Desde bebé fue tan irascible que no había forma de que se tranquilizase. Vivió entregada a su cuidado a pesar de que nació un hermanito cuando contaba dos años y del que apenas se pudo ocupar. Simultáneamente a esta crispación constante, había sufrido y sufría cefaleas, estaba permanentemente acatarrada, tenía fiebres mal filiadas, anemia, astenia, y estaba permanentemente necesitando de las atenciones de los médicos y de una madre desbordada. Padecía además una dermatitis atópica que en su adolescencia se recrudeció.

Igualmente me viene a la memoria un cuadro de psoriasis muy severo con obesidad cercana a lo mórbido y un intenso apego a la madre. Se planteó la posibilidad de una estancia en Inglaterra. Con no poca dificultad accedieron a llevarlo a cabo. Cuando pasado el año y ya de vuelta en su casa vino a mi consulta, no conseguí reconocerla. Volvía a mi despacho desde la sala de espera, cuando me llama una hermosa jovencita a la que finalmente conseguí identificar a pesar de que había desaparecido la obesidad y que su piel estaba totalmente limpia. Lamentablemente al poco tiempo había vuelto junto a su madre a recaer, pero ya no hubo opción a ninguna intervención, ni permitieron ningún tipo alguno de ayuda terapéutica.

Despegar a los adolescentes de estas maternidades es a veces misión imposible. Como sabemos, tendencias regresivas, narcisismo y recurso a la acción, son el centro de la conflictiva en los adolescentes. En ello coinciden en buena medida con el funcionamiento operatorio⁶. A todo esto se añade el segundo factor comentado, el incremento de excitación propio de la pubertad, y el desequilibrio entre excitación y representación al que da lugar este incremento.

6 En los pacientes operatorios encontramos una particular fragilidad narcisista que les impide tomar contacto con su vida emocional en la medida que los afectos son vividos como una debilidad. Los definimos como estructuras de Yo ideal. A esta fragilidad se suma la del sufrimiento narcisista típico del adolescente con una identidad en construcción. Todo ello hace que estos pacientes vivan la indiferenciación como un paraguas identitario, que les protege de estos sufrimientos.

Por otra parte la realización de los deseos sexuales y de pareja es una de las fuerzas más poderosas para la disolución de la simbiosis. La sexualidad queda abolida y el cuerpo que la subtiende sufre las consecuencias. Aparecen fuertes emergencias de libido desligada que contribuyen a que sea un momento de una enorme inestabilidad psicopatológica. Como dice Jean Laplanche mucha excitación y poca libido.

Pueden aparecer fenómenos de regresión somática, como he señalado en el primero de los casos anteriores, como las gastritis, cefaleas, cuadros infecciosos de repetición, y un largo etc. ligados habitualmente a caracteropatías regresivas. Pero son también muy frecuentes fallos más o menos generalizados del sistema inmunológico, con manifestaciones sistémicas osteoarticulares, neurológicas, dermatológicas, tumorales, etc. y no es raro ver aparecer diabetes, asma, colitis ulcerosa, alergias, etc, esto es, los grandes síndromes de la medicina psicopatológica.

A veces se producen cuadros combinados, en los que la somatización a veces grave, aparece en un escenario de características claramente histéricas, en el que se mezclan los orígenes regresivos con una excitación sexual imposible de reconocer y de vivir como tal, dado que se produce en medio de una relación totalmente fusional. Daré un ejemplo. Un adolescente asmático, jadea junto a su madre, asmática también, sentados ambos en la sala de su casa en mitad de la noche. El chico está férreamente unido a su madre, que le ha “traicionado” casándose en segundas nupcias después de haber enviudado de su padre. Mientras ellos jadean en la sala, el nuevo marido, duerme solo en la habitación de al lado. Parece una escenificación histérica del goce incestuoso y quizá de la expiación y la culpa, pero hay un verdadero cuadro asmático con broncoespasmo, intenso tiraje y con todos los signos clínicos de la enfermedad, de los que por otra parte salen gracias a los corticoides y broncodilatadores.

En esta misma línea comentaré el caso de otra adolescente que padecía alopecia universal. Ha dormido en el lecho de los padres, metida en la cama entre los dos, hasta los 16 años. Tenía una relación extremadamente simbiótica con la madre acompañada de una estricta censura en materia sexual o de cualquier tipo de autonomía. La aparición de caracteres sexuales secundarios y la menarquia desencadenaron severas consecuencias en la relación con la madre y el padre que vigilaban estrechamente sus movimientos supuestamente por si algún chico la quería molestar. Apareció la alopecia universal en el momento en que comenzaba a tener una cierta vida social a los diecisiete años y se fijó en un chico. Este síntoma la recluyó de nuevo, después de un tímido intento de apertura al mundo que naufragó en la somatización. Vivía prácticamente encerrada en su casa supuestamente para no ser vista con su minusvalía.

Darí la impresión de que estos movimientos hacia el erotismo y hacia la vida, eran saldados con movimientos regresivos de un cuerpo que ha aprendido como convertirse de nuevo en una niña sin vello ni atractivo, bien defendida de angustias de separación y de castración⁷. Es difícil pensar que esta expresión somática no tenga que ver con la severa represión de la emergencia de la sexualidad que comprometía una vinculación edípica y con la estructura familiar fusional tan evidentes. Por

⁷ Por otra parte, esto pudo ser constatado a lo largo del análisis. En este caso si me fue posible completar un proceso analítico. Pudo desbloquear esta situación regresiva, terminar sus estudios, organizar su vida profesional, casarse y ser madre, en un proceso que duró seis años. A lo largo de los mismos recuperó el bello; primero en el cuerpo, luego en la cabeza. Pero cada vez que daba uno de los pasos señalados tanto en su autonomía, finalización de estudios, trabajo, vida independiente, como en el plano genital, ir de vacaciones con su novio, casarse o quedar embarazada, sufría un episodio de alopecia, del que después se recuperaba. No dejaba duda sobre la naturaleza de las angustias tanto de castración como de separación, en cualquier caso llenas de sentido, a las que estaban vinculadas estas expresiones somáticas.

otra parte, el análisis no sólo modificó la dirección que tomaba su vida, sino también una somatización cuyo tratamiento había sido intentado sin éxito con corticoides incluso inyectados en el cuero cabelludo (aunque la alopecia se hace universal a los 17 años, había sufrido pequeñas zonas de alopecia desde la pubertad).

La alopecia es una manifestación somática evidente, a la vez que como síntoma se aviene muy bien a realizar simbólicamente una regresión a la época infantil sin vello genital y a abolir el pelo como expresivo de la belleza y seducción femeninas, severamente censuradas y rodeadas de una intensa angustia en ese entorno tan incestuosamente erotizado, al tiempo que sirve a propósitos regresivos de encierro en el hogar. Lo mismo ocurre con el escenario edípico del asma descrito antes, o con la obesidad y el cuadro de psoriasis. Nos resulta sospechosa una tal contribución del cuerpo a las necesidades de quien lo habita.

Eso contradice nuestras teorías. A veces contribuyen, por ejemplo, con la obesidad, a alejar a la odiosa sexualidad que les crea más problemas que satisfacciones. Pero de allí a tener un cuerpo lleno de escamas blancas de psoriasis imposible de acariciar para nadie que no sea la madre, una alopecia universal o un asma hay una distancia. Creíamos con Michael D'Musan que el cuerpo no podía ser tan listo como para poder hacer somatizaciones de significado simbólico. Vemos que es posible, por más que contradiga nuestra razón y que asistamos permanentemente a todo tipo de excesos en la interpretación de estos cuadros.

Cómo será posible entonces que esto ocurra en la clínica. Mi idea es que nuestro psicósoma se construye utilizando en ocasiones las manifestaciones físicas desde la mente, como un pintor toma los colores de su paleta con su pincel y dibuja un cuadro. Recuerdo ahora la frase textual de Freud de la página tres de este trabajo: ***Si (ese niño) más tarde contrae una neurosis, cobran una influencia determinante sobre su expresión sintomática y ponen a su disposición toda la suma de los trastornos intestinales.*** Desde la memoria humoral tomada como la paleta del pintor, podremos seleccionar y repetir somatizaciones que se avengan a representar las escenas que necesitamos vivir, junto con la expiación a veces dolorosa de la culpa.

Para explicar estos procesos de somatización, pensé en la noción de trastornos por memoria humoral. Este mecanismo parte de otra constatación empírica, consistente en que, aparecido un síntoma, nuestro cuerpo sabrá como repetirlo. Como ejemplo, podemos comentar la siguiente experiencia. Se expone a alguien al contacto de la piel con una planta urticariante, con lo que provocamos una reacción de picor, inflamación y enrojecimiento. Desaparecida la reacción, se vuelve a exponer al mismo sujeto al contacto, con otra planta de aspecto similar, pero no posee la capacidad de irritar la piel. Por ejemplo, una hoja de ortiga y otra de alcachofa. Siempre y cuando la persona sometida a la experiencia no sea capaz de advertir la diferencia, y sea lo suficiente sugestionable, se obtiene la reacción descrita. Se han realizado múltiples experiencias de este tipo. También se suele dar el ejemplo de que un ramo de flores de plástico puede desencadenar una reacción alérgica y lo cierto es que el plástico no produce polen.

El cuerpo sabe cómo hacer algo y lo hace; pero lo mismo que puede hacerlo por una sugestión inducida experimentalmente, lo puede hacer espontáneamente desde organizaciones inconscientes. Según lo entiendo, lo hará ligado a determinadas experiencias, a las que se ha vinculado en el desarrollo individual. De la misma manera que los afectos y pulsiones, como estudiaremos más adelante tienen una expresión mental y una somática, los síntomas tomarán el relevo de la expresión

somática, cuando las representaciones mentales o la expresión somática a la que están llamados sean inviables, insuficientes o mal construidas. En otras palabras, podemos utilizar un repertorio de somatizaciones, que nuestro psicósoma ha adquirido en su historia personal, para expresar aquello que es inexpresable de otra forma, porque esté mal construido en lo que hemos denominado función materna, o porque posteriormente traumatismos psíquicos han desligado y se han vuelto a ligar equivocadamente.

Los problemas de representación mental son muy amplios. Tanto como las dificultades de la función materna para dotar de sentido a las distintas emociones del bebé, no sólo a la sexual; El cuerpo toma el relevo de la mente en la respuesta. Pero los ejemplos podrían ser tantos como los diferentes afectos y pulsiones y las diferentes constelaciones de la genética, la función materna y el azar. O sea, infinitos. Pero no es el deseo el que hace surgir la somatización, esto ya hemos dicho que era imposible, sino que la somatización ha ocurrido por azar en algún momento, y es en la medida que la enfermedad se aviene a representar algo interesante desde el punto de vista pulsional-afectivo que se reactiva su emergencia. Probablemente no es muy diferente de lo que Freud describe como **complacencia somática de órgano**, e incluso podría ser esta la explicación de esa un tanto extraña construcción.

Pero no sólo podemos encontrar su origen en la historia individual. De la misma manera que Freud decía que la histeria se adquiere en la historia personal y los afectos son expresiones adquiridas a través del desarrollo de la especie, de la filogénesis, algunos síntomas somáticos podrían ser adquisiciones construidas a través de la historia de la especie. La constancia en la aparición de algunos cuadros somáticos me hizo pensar en sistemas más o menos marcados por la filogénesis ante el fracaso sistemático de vivenciar una determinada representación. La conocida relación entre el asma y la relación de objeto alérgica, por ejemplo, tiene que ver con la falta de representación de la ausencia. Parece una respuesta excesivamente constante para pensar que se trate de una creación individual.

Habría muchos cuadros clínicos que se podrían entender de esta manera. El acné tan común en la adolescencia es otro de ellos. Se ve con mucha frecuencia en muchachos de una timidez extrema y no es infrecuente que les aisle en mayor o menor medida en su hogar. Se podría pensar si no es una forma más grave y peor representada, del rubor al que me refería antes, tan normal en el adolescente poco acostumbrado a vivir y disimular el erotismo, como lo estará más adelante. Son respuestas aberrantes casi universales ante un déficit específico o una desligazón, temporal o no, de la representación; pero que por la constancia de su aparición clínica nos hacen pensar en un **fallo marcado por la filogénesis**, que pondría de manifiesto siempre que la construcción normal del afecto o la pulsión fracasasen. La expresión somática ocupa en mayor o menor medida, pero siempre parcialmente, el afecto faltante. Llamé a este mecanismo, **construcción aberrante primaria del afecto**. Es primaria en tanto que procede de la filogénesis, como los afectos. Podría ser despertada o no su aparición por las vicisitudes de la vida, pero su manifestación es tan similar en todos que nos hace pensar que camina por senderos ya trazados de antemano.

Otro mecanismo de trastorno por memoria humoral es la neoformación de respuesta somática, a través de una construcción ocurrida durante la vida, especialmente la vida infantil. Esto es, se produce una ligadura de la representación, a un **trastorno somático ocurrido en la historia del individuo**. Tal trastorno, se volverá a producir cuando se repita la vivencia a la que se ligó. Sería este un mecanismo más cercano a la histeria; pero con lesión somática. Podríamos llamarlo **construcción**

aberrante secundaria y en él, la historicidad debe ser buscada especialmente, si bien en todos los trastornos somáticos, por las razones expuestas, es un factor de primer orden.

En el primer mecanismo del trastorno por memoria humorquial, la construcción aberrante primaria, nos encontramos en el lugar que debería ocupar un afecto o una pulsión, con una expresión somática equivocada, desviada, que se ha creado a lo largo de la filogénesis, en paralelo y como alternativa anómala al afecto normal, si esta construcción fracasa o su manifestación es abolida. El segundo mecanismo, la construcción aberrante secundaria, corresponde de una manera preponderante al desarrollo individual, como sucede en la histeria, y en él podemos encontrar todo tipo de simbolismos.

Estamos hablando de la construcción aberrante de los afectos y esto nos obliga a hacer una reflexión sobre su naturaleza. Hemos dicho que el afecto para Freud es una construcción filogenética. De hecho trasciende al individuo, constituyendo una fuerza poderosamente anclada en lo biológico y conduciendo nuestros destinos a través de la vivencia placentera o displacentera que adquieren en general y de infinitas tonalidades y matices. Es la parte más anclada en lo biológico de nuestra vida mental, como podremos ver en lo que voy a exponer ahora está profundamente arraigada en nuestros movimientos pulsionales, dirigiendo sus destinos y con ello los nuestros.

La vida instintiva origen de nuestras pulsiones en las que deja una profunda huella, es el ejemplo más evidente de intrincación de lo mental inaprehensible en lo somático. Darwin decía que los instintos son tan específicos de cada especie y tan decisivos para su supervivencia, como su morfología corporal o la bioquímica de sus funciones biológicas. Freud por su parte decía que las pulsiones están en el límite entre lo mental y lo somático. Trataremos ahora de estudiar ese límite.

Para Freud la pulsión es incognoscible directamente y sólo tenemos noticia de ella por sus manifestaciones, a las que llama sus representantes, a saber, el representante representativo y el representante afectivo. El primero está constituido por la huella mnémica que dejaron las primeras experiencias de satisfacción, que cancelaron una excitación o deseo específico. Esta huella mnémica está ligada exclusivamente a lo mental y la que llama representante representativo. El segundo representante de la pulsión está constituido por la emoción que provocó y acompañó dicha experiencia y tiene un componente mental, vivencial y otro corporal, al que llama representante afectivo.

Los afectos, según nos aclaró Freud, constituyen la parte energética y lo más somático de la pulsión. La representación, si no es aceptable, puede tener los más diversos destinos. Puede ser reprimida, forcluida, desplazada, negada, y un largo etc. Disponemos de recursos para manejar con relativa facilidad el destino de las representaciones.

Los afectos son otra cosa. Aunque sabemos que también participan de una cierta representación, podemos pensar sobre ellos, constituyen más específicamente aquello que se manifestará por vía somática. Por tanto, el afecto no es tan maleable como la representación, y debe manifestarse necesariamente. El afecto afecta. No puede ser de otro modo. La tristeza, por ejemplo, además de responder a determinantes bien comprensibles para quienes la sienten y para quienes lo contemplan, está ligada a manifestaciones somáticas, algunas evidentes como las lágrimas, perfectamente biológicas, otras no tanto como las alteraciones del metabolismo de la serotonina y otros neurotransmisores bien estudiados en la tristeza crónica que llamamos depresión. El hecho de que pueda haber causas inconscientes que desencadenan la depresión, puede darnos la falsa impresión de que los neurotransmisores crean la tristeza y no al revés, lo mismo que sería absurdo pensar que son las lágrimas las que producen la tristeza y no la tristeza las lágrimas, como es bien evidente.

La alegría también tendrá su expresión anímica y su descarga somática específica. Conocemos bien los movimientos convulsivos típicos de la risa, acompañados de una fonación determinada y de un inconfundible estado de ánimo. Tendrá desencadenantes específicos que nos afectan a todos de una manera similar. Se habla de que está ligada a aparición de determinados neurotransmisores y de la acción habitualmente benefactora, que tiene sobre nuestra salud. Lo mismo podemos decir de otros estados afectivos como la sensación de hambre o la excitación sexual y otras emociones. Todas ellas tienen desencadenantes internos y externos, bien reconocibles y van acompañados de descargas somáticas totalmente específicas que incluyen reacciones glandulares perfectamente reconocibles, como la secreción saliva y jugos gástricos o lubricación de los genitales y activación de neurotransmisores específicos, unos conocidos y otros no por el momento. En todas las emociones pasa lo mismo. Podemos temblar de miedo, estar rojos de ira o tener taquicardia por un susto. La vida afectiva es psicósomática.

Con el afecto no podemos arreglárnoslas tan bien como con las representaciones a las que enviamos a lo inconsciente o que nos deshacernos de ellas como hemos dicho por tantos e ingeniosos medios. Pero ¿Qué podemos hacer con las manifestaciones somáticas que necesariamente las acompañan? Hemos hablado de las construcciones aberrantes de las manifestaciones afectivas. Ahora vamos a hablar de otra más universal. Hay uno de los afectos cuyo estudio nos va a ayudar a comprender el funcionamiento de nuestro picosoma. Es un verdadero paradigma de muestra estructura psicósomática. Se trata del afecto angustia al que le vamos a dedicar una cierta atención.

Aparece como una tensión sin representación mental reconocible. Eso es la angustia. Es absolutamente inquietante puesto que la función primordial de nuestro aparato mental es la de darnos cuenta de la naturaleza de nuestro mundo externo e interno y la angustia es la constatación del fracaso en conseguirlo. En el límite de lo normal y lo patológico, por la enorme frecuencia de su presencia en nuestras vidas, y por la utilización que hace de ella el aparato mental como señal general de alarma, la angustia aparecerá en el lugar que debiera ocupar una emoción inaceptable o mal representada, o cuando, aun bien conocida, desborda en intensidad las posibilidades de contención del aparato mental. La expresión somática que acompaña a la angustia es tan variada que agotaría la extensión de este trabajo describirla. No hay órgano que se salve de la posibilidad de sufrir alguna alteración ligada al afecto angustia. Desde la piel con sudoración, pilo erección, rubor o palidez, picores, etc, sequedad de boca, taquicardia, polipnea, disnea respiratoria, diarrea, hipertonía muscular, miosis o midriasis de la pupila, vértigos, acufenos, mareos, y un largo etc.

Como decía antes, en ocasiones estas manifestaciones somáticas, bien acompañadas de angustia, o bien apareciendo como somatizaciones aisladas de emoción, ocupan el lugar de las emociones que no han podido ser reconocidas como tales. Los movimientos defensivos han tenido una tal eficacia que sólo han permitido que aflore la carga somática del afecto, y la forma somática en la que se manifiestan, no siempre nos da pistas sobre su conexión emocional. La historia de su aparición muchas veces nos ayuda a conectarlas con las emociones que hubieran debido surgir en ese momento y no lo hicieron.

Pero en muchas ocasiones no se trata de eficacia defensiva sino de un defecto de construcción de la vida afectiva durante el proceso que acabamos de describir como función materna. Por ejemplo, la tristeza producida por la vivencia de desamparo, los celos, etc. que en los niños adquiere tintes desgarradores, puede ser insoportable para su entorno. Será difícil sin esa función materna adecuada, que esa u otras muchas emociones sean reconocidas y que se ligen a las respuestas somáticas adecuadas.

Hay tres momentos decisivos para el futuro del psiquismo en los que aparece la angustia. El primero es la angustia ante el extrañamiento del octavo mes, también llamada fobia primaria, descrita por R. Spitz a la que ya me he referido, así como a sus consecuencias sobre el sistema inmunitario. Esta falta de reacción de angustia parece estar en relación con el déficit de representación de la separación, de la soledad y de la acción del tercero, obviamente de un tercero preedípico, que marca la separación de la díada primaria madre-hijo.

El segundo momento es la angustia del comienzo de la latencia, consecuencia de la intensa acción de la represión de la sexualidad infantil y tan importante como elemento fundante de las sublimaciones, el aprendizaje y la socialización que se desarrollan a costa de la libido reprimida e invertida en dicho proceso. De los fallos en la represión nos dan cuenta las fobias tan típicas de esta etapa de la vida. Tanto que las consideramos casi normales. También es un momento crítico para la salud física.

El tercer momento de emergencia de angustia es la adolescencia. Los factores en juego son el exceso de excitación, el factor sorpresa y la acción de un intenso clivaje, esenciales para entender la angustia y las somatizaciones de la adolescencia. Su estudio está vinculado al descubrimiento del psicoanálisis. Desde los comienzos de la teoría psicoanalítica, con el caso Emma del Proyecto de psicología para neurólogos, la adolescencia y más concretamente los problemas de *après coup* que se dan en ella, han ocupado un papel central.

Desde ese fondo de excitación mal reconocida, peor representada o en el mejor de los casos simplemente reprimida, la vida del adolescente se convertirá en una fuente constante de *après coups*, que reactivarán esos núcleos de sexualidad infantil inconsciente, que persisten a lo largo del tiempo, por no decir de por vida, sumidos en un profundo clivaje. Estos mecanismos son especialmente activos en la adolescencia, pero toda nuestra vida está siendo permanentemente reorganizada y resignificada, en un permanente *après coup*.

Freud comprendió perfectamente el potencial deletéreo de los afectos, hasta el punto de colocarlos en el centro de la vida mental. Toda ella está al servicio de mantener una relativa estabilidad en el desarrollo del afecto. En muchos casos para impedir su desarrollo y en otros para desplazar su ligadura a representaciones aceptables. Las neurosis, las psicosis o cualquier patología se construyen en torno a la evitación de emociones inaceptables. Alrededor de ese juego con los afectos construyó una consistente teoría explicativa de la vida mental. El intuyó y nosotros sabemos que están en el centro de nuestros movimientos de vida y de muerte. Ahora sabemos un poco más sobre la forma en la que esto ocurre.

Bibliografía

Alexander, F. y French, Th.: *“Factores psicogénico en el asma bronquial”*. Sociedad Argentina de Psicoanálisis. Buenos Aires, 1943.

Ansermet, F. y Magistretti, P. *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Ed. KATZ, 2006.

Bekey M. (Compiladora) *Lecturas de lo psicósomático. Cap. 1*. Renata Gaddini. *Los orígenes del objeto transicional y el síntoma somático*. Editorial Lugar 1.991.

Damasio, Antonio. *El error de Descartes*. Ed. Destino, 2.013

David, Christian. *Le travail de l'affect, contribution permanente à la mentalitation*. Rev. Française de psychanalyse. Tome LXIII. 1.999.

Darwin, Charles. *El origen de las especies*. 2009. Editorial: AKAL

Deustch, Felix. "La elección del órgano en las organoneurosis" *Revista de Psicoanálisis*, VII, p. 143. Buenos Aires, 1969.

Erikson Erik H. *Sociedad y adolescencia*. Editorial Siglo XXI. 1.972. *Identidad Juventud y crisis*. Ed. Taurus. 1980.

Fain M. *Prelude a la vie fantasmatique*, *Revue Francaise de Psychoanalyse* 1971. 2-3.

- *La fonction maternelle selon Pierre Marty*. *Actualités Psychosomatiques*. Nº 2. 1999.

- *La vie opératoire et les potentialités de nevrose traumatique*. *Rev. Française de Psychosomatique*. Nº 2. 1992.

Fain M. Braunschweg. *La noche, el día. Ensayo psicoanalítico sobre el funcionamiento mental*. Amorrortu Ed. 1.977.

Freud, S.: *Proyecto de psicología para neurólogos*. O. C. 1885. Amorrortu E.d. Vol 1.

- *Estudios sobre la histeria*. 1.895. Amorrortu Ed. Vol 2

- *Tres ensayos para una teoría sexual*. "Metamorfosis de la pubertad". 1905. Amorrortu Ed. Vol 7.

- *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (caso «Dora») 1905. Amorrortu Ed.

- *Introducción del narcisismo* (1914) Vol 14. Amorrortu Ed.

- *El malestar en la cultura* 1929. Vol. 21 Amorrortu Ed.

Green, A. *Narcisismo de vida narcisismo de muerte*. Amorrortu Ed. 1.983.

- *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente*. Amorrortu Ed. 2.003.

Green, A y otros. *La pulsión de muerte*. Amorrortu Ed. 1.989.

Jeammet P. *La depresión en el adolescente*. En *Tratado de psiquiatría del niño y del Kandel, R. Eric Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente*. Ed. ARS MEDICA, 2006.

Krisler, L. Fain, M. Soulé, M. *El niño y su cuerpo*. Amorrortu ed. 1.990. 1ª Ed. P.U.F. 1974.

Klein, Melanie. *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante*. 1.952. O.C. Tomo 3. Paidós, 1.990.

Lamarck, Jean Baptiste. *Investigaciones sobre la organización de los cuerpos vivos*. Ed: KRK Ediciones. Año de edición: 2016.

Laplanche, Jean. *La angustia en Laplanche. Problemáticas I*. Jean Pgs. 224-243. Amorrortu Editores.

McDougall J. *Teatros del cuerpo*. Ed. Julián Yébenes, S.A. 1.991.

Marty, P y Fain, M. *Aspects fonctionnels et role structurants de l'investissement*.

- *La transference homosexual au course de traitements psychanalytiques d'adultes*. *Revue française de psychanalyse*. XXIII, nº 5, 1.959. Pags. 607-617.

Marty. P. *Movimientos individuales de vida y de muerte*. Ed. Toray 1.984. *L'ordre psychosomatique*, E. Payot. París, 1980.

Smatja, Claude. *Le concept de pulsion: Essai d'étude comparative chez Freud et chez P. Marty*. *Rv. Française de psychosomatique*. Nº 1. 1991.

Spitz R. *El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica. 1.969.

- *La masturbación en el niño*. Ed. Proteo. 1.969.

- *Psychoanalytic study of the child*. 1946. (1960). *International Journal of Psycho-Analysis*, 41:653.

- *La formación del Yo. Una teoría psicoanalítica de campo.* Ed. Centro Editor de América Latina.
- Szwec, Gerard. *Les procedes autocalmants par la recherche de l'excitation. Les galériens volontaires.* Rev. Française de la Psychosomatique.
- Subversion érotique et subversion autocalmante: une double potencialité pour les fonctions somatiques.* Rev. Française de la Psychosomatique. Nº 10.
- Tustin, F.: *Estados autísticos en los niños,* Buenos Aires, Paidós, 1987.
- *Barreras autistas en pacientes neuróticos.* Amorrortu ed. 1987.
- Winnicott, D.W. *Realidad y juego.* Ed. Gedisa. 1972
- *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador.* Ed. Paidós, 1.993.
- *La naturaleza humana.* Ed. Paidós. 1993.

El bolso y la cuerda roja: Ana-Violeta se enfermó. El trabajo del psicopsomatólogo con niños

Adriana Meluk Orozco*

Resumen: Se usa el caso de Violeta y Ana, una niña aquejada de vómitos cíclicos, para introducirnos e ilustrar el trabajo del psicopsomatólogos de niños. Se observarán algunos aspectos técnicos y teóricos que favorecen la intervención, y la importancia del trabajo, como ya sabemos, con la red de vínculos importantes del niño aquejado de síntomas corporales. Se hace una síntesis teórica de lo que comporta el trabajo en esta área desde la escuela psicopsomática de París y algunos puntos significativos a tener en cuenta en la intervención.

Palabra clave: Infancia, vínculo, psicopsomática, economía funcional.

Abstract: The case of Violeta and Ana, a girl suffering from cyclical vomiting, is used to introduce and illustrate the work of the child psychopsomatologist. Some technical and theoretical aspects that favor the intervention will be observed, as well as the importance of working, as we already know, with the network of important links of the child suffering from bodily symptoms. A theoretical synthesis of the work in this area is made from the psychopsomatic school of Paris and some significant points to take into account in the intervention.

Keywords: childhood, attachment, psychopsomatics, functional economy.

UNO

Abro la puerta y me encuentro con Violeta y Pablo y detrás de las piernas de Violeta veo asomarse una pequeña cara redonda con el pelo largo y negro, es Ana. Frunce el ceño y aprieta los labios al verme. La primera impresión que me da es que viene muy enfadada.

A: Hola Violeta, Pablo, supongo eres Ana..., yo soy Adriana, digo.

Ella sorprendida dice: ¿Adri? ¿Ana?

Le repito: Sí, Adriana..., son nombres parecidos. Yo Adriana y tú Ana. Ella hace un gesto de vergüenza y gira su cara sin sostener mi mirada.

* Psicoanalista titular Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Psicoanalista invitada Asociación psicoanalítica de Madrid. Psicopsomatóloga titular SEPIA España. Master en psicología psicopsomática. Miembro AIPPM (París). Coordinadora grupo Psicopsomática FEPAL. Trabajo presentado en el precongreso AIPPM (Argentina 2023). adrianameluk@gmail.com

Ana tiene 3 años y medio, y ha sido traída por sus padres ya que su pediatra le ha diagnosticado un síndrome de vómitos cíclicos. Me comentan que Ana tiene episodios donde por varias horas o días, vomita sin parar, llegando a tener hasta 20 episodios en un solo día. La mayoría de las veces dichos episodios empiezan en la noche o después del desayuno, cuando es hora de ir al jardín de niños. Así como los vómitos aparecen de repente, estos se detienen y pueden desaparecer por semanas, hasta que de nuevo sin una clara causa se presentan.

Me relatan que la mayoría de las veces antes de los episodios, Ana ha tenido ataques de llanto inconsolables donde dice que le duele el estómago, su cabeza, tiene arcadas y escupe. Todo esto empieza aproximadamente cuando Ana tiene 14 meses y en varios momentos ha tenido que quedarse ingresada en el hospital, para detener el vómito con medicamentos. Su pediatra ha hecho una gran cantidad de análisis, y menciona a sus padres el componente emocional que puede estar asociado. Sus padres inicialmente se muestran confusos con esta situación y no saben qué puede estar ocurriendo.



Continuo con la llegada de Ana.

Los invito a seguir, ya que veo que la niña no se suelta de la pierna de su madre. El padre se muestra angustiado y me da la impresión de que no sabe en qué lugar ponerse.

Entran al despacho de niños. Ana se sienta junto a su madre, yo en una silla frente a ellas y en una silla que está también frente a ellas, Pablo.

Ana comenta: ¿Mami, cuándo nos vamos? A lo que ella responde... Todavía no.

Yo le muestro un reloj que tengo en el despacho y le digo: cuando este palito este aquí, —señalando las 7 de la tarde—. Le digo: Ana los papás vinieron hace unos días para hablar conmigo, porque me dicen que tu vomitas mucho y no saben lo que te pasa, así que te han traído aquí para ver si nosotras jugando, pintando y haciendo cosas podemos entenderlo. ¿Te parece?

Mientras digo esto, me mira, pero luego cuando termino de nuevo se refugia en su madre con cara de enfado.

Le digo: ¿Por qué estás enfadada? Y contesta: porque no puedo “dormir” (me produce mucha ternura cómo habla).

A: ¿Y por qué no puedes dormir?

Ana: porque es tarde y vinimos aquí.

A: Vaya cosa, trataremos de ver si esta es una hora buena para que vengas. ¿O será que otras cosas no te dejan dormir? No me responde nada y se pone a buscar algo en el bolso de su madre. La madre se muestra molesta y le dice: ¿Qué quieres? Y la niña saca del bolso una pequeña muñequita, a la que veo le ha hecho un vestido con una cuerda de lana roja. Tiene enrollada la cuerda en todo el cuerpo de la muñequita. Yo no dejo de observarla y pienso que esta es la primera asociación de Ana a mi intervención (¿niña atada, amarrada, sujeta, inmóvil?).

Su madre empieza a hablar de la niña y comenta que ha estado estable estos días y tímidamente Ana se levanta y veo se dirige al baúl de juguetes que está abierto. Su padre la observa y le dice: ¡NO! y la niña se sobresalta. A lo que le respondo que puede explorar, y que son para que juguemos. Y en ese instante su madre rompe a llorar. Yo no comprendo qué ha ocurrido y para ser honesta estoy confundida en esta secuencia.

Ante mi desconcierto pregunto: ¿qué pasa? Y Violeta solo sacude su cabeza como insinuando que nada. Rápidamente la niña viene y la mira, está angustiada. Violeta le dice que no pasa nada, que solo está un poco sensible y triste porque no quiere que ella esté enferma. A lo que la niña le dice: mami, hoy no estoy enferma no llores. Violeta le dice que esté tranquila que no pasa nada. Pero la niña ha detenido su exploración y se queda sentada al lado de la madre. Se pega a ella, pero Violeta no responde el gesto, quedándose quieta.

Mientras tanto, Pablo está muy inquieto y dice: Violeta es que siempre te pones así y no ves que eso la afecta.

Violeta sigue llorando y yo noto que no puede hablar, aprieta sus labios y ojos. Le digo que la próxima vez si quieren vengan ellos y me cuenten qué ocurre. Violeta dice que, si puede venir sola, a lo que Pablo responde con enfado diciendo que la terapia es de Ana. Yo le digo que ellos son muy importantes en la vida de la niña y que lo que les ocurre también es muy importante aquí.

Desde el momento en que Violeta llora, Ana se sienta en la silla a su lado y no se mueve manteniendo esta posición el resto del encuentro. Uso el espacio y el tiempo que resta para preguntarles algunas cosas de la niña, pero la verdad el ambiente es tenso, cargado y poco fluido.

DOS (Segundo encuentro)

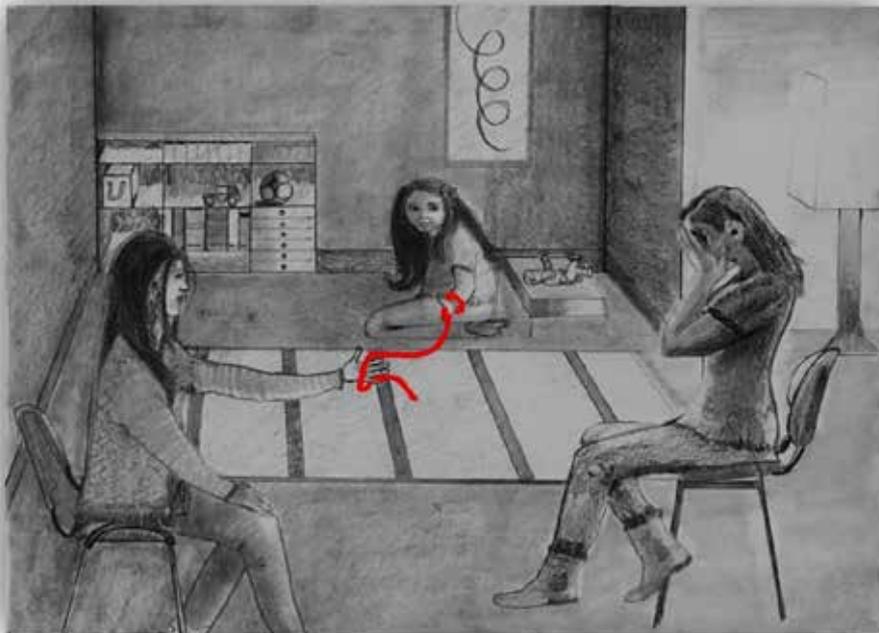
En esta ocasión viene Violeta y Ana. Hoy la niña esta de mejor humor y entra con un aire relajado y tranquila. Dice a su mami que entre. Le señala que hay una mesa pequeña y se muestra un poco más curiosa dentro del espacio. Trae un pequeño bolsito del que saca un zumo, unas galletas y las pone en la mesita de niños y la muñequita de la vez anterior, la cual en esta ocasión ha desvestido y la cuerda de lana que la cubría ahora está a un lado. Todo esto lo pone en la mesita. Ana le dice a su mamá: tú en la salita con ella..., y la oigo que pronuncia muy bajito Ana...

Se sienta: abre su zumo y está entretenida en ello.

Le pregunto a Violeta cómo se encuentra. A lo que ella me responde por el estado de salud de la niña y me comenta que estos días ha estado sin episodios. Le repito la pregunta... ¿y cómo te encuentras tú? Me dice: bueno, bien.

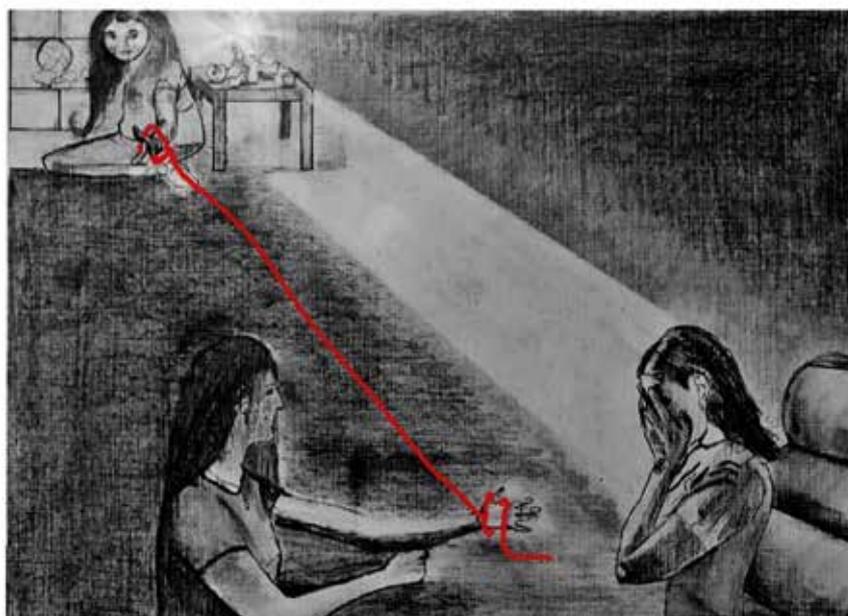
Le digo que no me lo pareció la vez anterior. A lo que me dice, que solo es que el tono de voz de reproche de Pablo la enfada y se siente responsable de lo que le ocurre a la niña. Por un momento

me da la impresión de que Ana ha traído a terapia a su mamá, ya que ella está tan tranquila merendando, mientras nosotras estamos hablando.



Digo: creo que Ana está tranquila de que estés aquí hablando conmigo. A lo que Ana responde jugando y moviendo su muñequita, como si estuviera hablando con ella y dándole de comer.

Le digo: ¿quieres jugar con nosotras? Mueve su cabeza diciendo que no, pero toma la cuerda y la amarra a su silla y veo que se dirige caminando a mi y amarra la cuerda a mi silla. Mi silla se convierte en un lazo intermedio ya que el otro trozo queda suelto. Yo lo tomo y se lo paso a Ana. Ana amarra el lazo a su silla. Nadie habla en este momento es como si todas supiéramos lo que hay que hacer.



Yo comento... creo que podemos jugar juntas. Ana pasa la sesión amarrando y desamarrando la cuerda a diferentes objetos del despacho y nos va mostrando lo que une. Une por ejemplo su silla a la silla donde se sentó su padre y luego a una mesita que está a un lado. Luego de la silla del papá a la de Violeta y luego a la mía. A todo esto, yo voy narrando quién se une a quién y Ana se ve divertida con este juego.

TRES

Han pasado dos meses desde la llegada de Ana. Aún entra a las sesiones con su madre y estas pasan por diferentes juegos, siendo común en los mismos, los lazos y cuerdas y la pequeña muñequita. Hoy Ana propone que juguemos a las *escondidas*. Le digo que no hay muchos lugares donde escondernos y ella dice que escondamos a la muñequita que trae. Le decimos que es una buena idea y ella menciona que quiere ser la primera en esconder la muñequita, mientras nosotras tapamos nuestros ojos para que ella ejecute la acción.

Violeta y yo empezamos a contar, mientras Ana corre por todo el despacho.

Cuando llegamos a 10 Violeta dice vamos por ti. La niña se muestra nerviosa y ríe. Empezamos a buscar y ella nos da pistas para encontrarla. Al ver que no lo logramos tan fácil, dice que tiene una idea y es que usará la cuerda para guiar el camino.

Pide que nosotras contemos de nuevo y ella esconderá la niña. Nos deja una pista para encontrarla fácil.

Yo no dejo de pensar en que ella ha ido dando estos meses todas las pistas de lo que ocurre. Yo me



pregunto si esa muñequita es ella o su madre y pronto me doy cuenta de que quizás es que están las dos perdidas/escondidas. Los lazos están tendidos, pero parecen no guiar la relación. Les digo: propongo algo... yo cuento y ustedes dos esconden la muñequita y yo trataré de encontrarla. Ana grita entusiasmada que bueno.

Uno, dos, tres empiezo a contar y las oigo pensando en un sitio que yo no encuentre la muñequita. Ana dice: mami en tu bolso. Violeta le dice: Adriana no buscará allí porque no va a meter su mano en mi bolso. Pero Ana insiste y dice que dejara una pista con la cuerda de lana. Se ríe entre excitada y nerviosa.

—Nueve, diez salgo. Voy a ver a donde me va llevando la cuerda y digo ummm, buscaré por todos lados. Creo

que lo diré y ustedes me dirán si está allí. Digo: lo que estoy buscando está en un lugar que pertenece a Violeta, donde ella guarda sus cosas personales y donde yo no puedo meter mi mano. Ana grita: siiii, siiii.

Yo digo puede ser en su cabeza. Y ellas se ríen. Digo: ay no perdón... en... su barriga y ellas se ríen. Digo: ah, creo que ya sé... ¡en su bolso!

Después de esta sesión yo me quedo pensando en Violeta y pienso que hay algo que no me ha sido contado. Ocurre que la siguiente sesión Ana tiene fiebre y Violeta llega sola a la sesión. Me dice que prefirió venir por no pagar la hora y perderla, y que así podríamos hablar.

Ese día encontré la niña perdida: Violeta me cuenta que ella lleva mucho tiempo deprimida. Un año antes de nacer Ana, tuvo una bebé que murió de muerte súbita del lactante con tan solo 8 días de nacida. Piensa que nunca se recuperó de ello. Queda embarazada de Ana sin haberlo planeado y esta aterrorizada con esa bebé. Desde que nace no la deja ni un minuto sola. La vigila constantemente y verifica que esté respirando. Se siente culpable por no haber vigilado a su primera hija y no quiere que le ocurra nada a Ana. Siente miedo de dejarla sola. Dice que Pablo no la entiende y piensa que es demasiado, que enferma a su hija con sus actitudes y esto la hace sentir peor.



Ese día le propongo a Violeta que venga ella que ya entendí que me quiso decir Ana todo este tiempo y era que necesitaba que yo la atendiera y pudiéramos cerrar los dolores de mamá para que se pudieran construir otros lazos entre ellas, sin que esos lazos ahoguen, ni aprieten, ni den arcadas.

Violeta piensa que es una buena idea y le digo que veremos cómo sigue reaccionando Ana. Violeta se queda en terapia por más de dos años. Ocasionalmente Ana vomita, pero su madre ya no teme que muera y sabe que cada vez que esto ocurre ella revisa en su “propio bolso” para descubrir la pista de lo que ocurre.

El trabajo del psicosomatólogo de niños

¿Cómo es ese trabajo de un psicosomatólogo de niños? ¿En qué cambiaría, en la práctica habitual de un psicoanalista interesado en esa interconexión-interrelación entre psiquis, soma y acciones?

Si lo pensamos un poco, todos los pacientes en realidad son psicosomáticos, rompiendo con la idea de la dualidad cartesiana que durante tantos años nos acompañó y la postura médica, donde se intentaban diferenciar enfermedades donde el malestar físico tenía un origen mental. Este peso lo llevamos por años los terapeutas e hizo que muchos pacientes declinaran del apoyo y comprensión emocional de su afección somática, al darles la idea de que su enfermedad o patología no existía, o era “inventada o fantaseada”.

Un grupo de psicoanalistas en París entre los que se encontraba Pierre Marty, Michel Fain y Christian Davis crean una entrevista para atender a pacientes que les eran interconsultados a nivel hospitalario para ser abordados desde una perspectiva psicoanalítica. Poco a poco va surgiendo lo que se denominaría la escuela psicosomática de París llevando a establecer la idea de paciente psicosomático a aquel en que la relación de causalidad reposaba en la vía pulsional y no neurovegetativa.

Y como nos lo señala Eva Maestre Alcaraz (2017) es un “nuevo modo de pensar que relaciona las expresiones somáticas, funcionales y transitorias u orgánicas, al dinamismo de la vía psíquica” llevando a una concepción psicoanalítica que resalta la dimensión económica de los procesos de transformación psíquica, teniendo en cuenta su sentido tanto evolutivo, como regresivo. El concepto de somatosis, lleva a dar un valor al enfoque económico que permite ligar bajo un concepto distinto acontecimientos psíquicos específicos y las enfermedades somáticas. Señalando la enfermedad somática no como una forma particular de la histeria y donde la somatosis no corresponde a una formación simbólica de un conflicto inconsciente, sino más bien a la claudicación del funcionamiento psíquico en ausencia de otro modo de regresión.

Por tanto, el interés del psicosomatólogo, radicaría justo en como lo indicaría Marty, P: en “la vida psicosomática” es decir, todo un tipo particular de funcionamiento más que en una enfermedad particular. Por su puesto, la psicosomática tomaría también a los niños y sus procesos de desarrollo, particularmente en los que se percibe un frágil equilibrio psicosomático y donde vemos que esa unidad de la que hemos hablado presenta flecos, hilachas o descosidos de ese tejido psíquico, dando lugar a la manifestación en la vía del cuerpo. La psicosomática de esta escuela guarda como referencia permanente al psicoanálisis, que está en su origen y en sus fundamentos.

Como se dan cuenta al hablar de infancia son casi 12-13 años, donde pasan muchísimas cosas a nivel del desarrollo del sujeto y donde el estado de desamparo inicial, sumado a la larga dependencia del infante de sus cuidadores, marcara el desarrollo psicosomático.

Dentro de la escuela de París será significativo entonces la economía del funcionamiento psíquico en cualquier edad y el que dicha economía se mantenga sin desfallecer. Es decir, conservándose en forma plena, equilibrada y estable, ya que serán los apuntalamientos necesarios para mantener la organización somátopsíquica.

Otro punto fundamental es la importancia del preconsciente como realidad clínica, que nos va a permitir el estudio de pacientes donde su funcionamiento esta “más allá del principio del placer”, es decir del territorio de las neurosis. De este preconsciente vamos a tener en cuenta su espesor, permeabilidad, permanencia y estabilidad.

Como en la mayoría de los trabajos en psicoanálisis de bebés y niños, la relación y mutualidad entre cuidadores e infantes es central, pero aquí recordaremos que es clave algo que se denomina, *la economía funcional de dicha interacción*, como lo muestran Ana y Violeta.

El bebé va a ir guardando en su memoria todo un cumulo de representaciones y afectos de dicha interacción, donde sus movimientos y provocaciones y las de los otros, sus y las respuestas y reacciones de padres y cuidadores, serán un primer sistema de intercambio y comunicación.

Es una interacción concreta, donde actúa la fantasía y todo el conjunto de envolturas: vocales-sonoras, táctiles, espaciales y afectivas que darán un sentido o investirán la experiencia. Hay aquí todo un soporte pulsional que favorecerá esa integración psicopsicótica. El bebé se encuentra conectado al mundo interno de su madre.

Ahora bien, vamos a ponernos en otro escenario y es cuando por ejemplo los primeros cuidadores no se encuentran afectivamente disponibles, como puede ocurrir en una depresión crónica o por ejemplo si quienes asisten se encuentran en duelo.

La estructura del bebé empieza a tener grietas y el ajuste se dificulta, lo que instaurarían al bebé en el lugar del “comportamiento vacío” como lo denomina L. Kreisler en su libro *la Desorganización psicopsicótica del niño* (1984). Se rompe la plenitud de la vivencia y la complicidad afectiva, así como también la capacidad del bebé de expresar con sus movimientos, imitaciones, gestualizaciones y acciones, todo el abanico afectivo que durante los primeros meses adquiere.

Otro aspecto importante dentro de la economía funcional es la *estabilidad del vínculo*, es decir que tan continua o no, es la relación con la persona que asiste y ampara.

Está ampliamente estudiado y demostrado en psicoanálisis como si la interacción se rompe, esto resulta altamente desestabilizador e incluso patógeno. Sobre la función en el niño, hay que comprender que la estructura no esta acabada, no hay aún una organización total ni definitiva de la personalidad, por lo que nos guiaremos por el funciona actual. Al aproximarnos pues a bebés y niños, se abordan tanto las características psicopsicóticas del niño como de sus cuidadores y tendremos especial atención por la interacción que se da entre estos y el terapeuta. Es como si cada uno de los implicados estuvieran en terapia lo que resulta complejo a nivel el manejo transferencia-contratransferencia.

Vamos a tener en cuenta las circunstancias externas que hayan sido permanentes, esporádicas o azarosas con respecto al origen de la descompensación psicopsicótica, identificaremos el funcionamiento predominante como ya lo dije y buscaremos reconocer el mecanismo mediante el cual está operando la desorganización, teniendo en cuenta principalmente la depresión o caída del tono afectivo que como sabemos es la expresión mental que da cuenta de la ruptura de la economía psicopsicótica.

De otro lado vamos a observar y analizar la coherencia del vínculo, que mantendría protegido al niño no solo de las excitaciones del entorno, atemperando y regulando los estímulos externos, sino favoreciendo la regulación de las excitaciones fisiológicas e instintivas del niño. Los padres que logran conectar con sus bebés tienen la tarea de captar e interpretar los comportamientos de este y responder con todas sus competencias, a las que el niño reaccionará y responderá con diferentes mímicas manteniendo el sistema de interacciones.

En la interacción del bebé y sus cuidadores, esa alternancia rítmica le dará una idea a él de la tem-poro-espacialidad, y esta, la cualidad de presencia-ausencia, cercanía o distancia afectiva y conti-nuidad o no del vínculo con el objeto.

Así la alternancia, es significativa en la construcción del psiquismo y en el mantenimiento del equilibrio económico. Por tanto, alteraciones en las funciones fisiológicas básicas como ritmos de sueño y vigilia, alimentación, excreción y respiración nos darán cuenta de la estabilidad y ligazón pulsional de la interacción.

En la consulta de los psicosomatólogos de niños la mayoría de las intervenciones tienen que ver con alteraciones en las funciones fisiológicas básicas como ritmos de sueño y vigilia, alimentación, excreción, respiración y se suman cuadros dermatológicos o alergias de todo tipo que nos darán cuenta de la estabilidad y ligazón pulsional de la interacción.

Ahora de cara a la práctica clínica de la psicopatología en bebés y niños tiene una gran relevancia la necesidad de ejecutarse un trabajo de tipo interdisciplinario donde pediatras y terapeutas se comple-mentan. Como en el psicoanálisis con niños la intervención puede hacerse individual, pero siempre teniendo contacto con los padres o sesiones con presencia de los padres o uno de ellos y quizás el objetivo es una mejor organización del funcionamiento psíquico y una redistribución económica pulsional, que favorecerá el equilibrio psicopatológico.

No es un objetivo del tratamiento que se de la desaparición de la enfermedad, aunque por supuesto, si se da, mucho mejor. La terapia o análisis se puede prolongar más allá de la desaparición del síntoma o síntomas que trajeron al niño y sus padres. Entonces las intervenciones pueden ir desde consultas terapéuticas o psicoterapias hasta psicoanálisis infantiles.

En la investigación en la clínica psicopatológica tendremos pues en cuenta y según lo dicho los si-guientes aspectos: Médicos, estructurales, etiológicos y el riesgo que supondría en términos de la vida y funcionamiento psíquico la situación que se vive.

Estaremos atentos entonces a:

- Describir la situación física del niño o bebé en sus aspectos médicos y que papel ocupa la enfermedad dentro del a economía psicopatológica.
- Analizar el vínculo con las características que antes mencionamos y la relación entre ma-má-niño/bebé-padre y la relación con cuidadores y el observador.
- Precisar el funcionamiento psíquico del niño (organización, defensas que está usando).
- Analizar la personalidad de los padres, su relación, contexto familiar y social. Ya que recor-demos las defensas psicopatológicas están aseguradas por los cuidados parentales y el funcio-namiento interactivo es el regulador del equilibrio psicopatológico.
- Recolectar información de la vida del niño teniendo en cuenta los aspectos significativos de su historia, evolución, interacciones y por supuesto antecedentes de su enfermedad como han afectado su funcionamiento. Historia de separaciones o experiencias posiblemente vividas como traumáticas.

Ana y Violeta nos sirven como un forma de ilustrar el trabajo en la diada (mamá-niña) y cómo el síntoma en *uno*, puede ser la proyección o movimiento de ese otro, que está en la “otra punta del lazo/vínculo (cuerda)” y redes relacionales.

La relación termina siendo el punto de equilibrio de la economía mental, entendiendo que en el caso de los padres y los niños, mamá o papá son el aparato que transforma las sensaciones y percepciones (procesan parte de la experiencia) y las vuelven pensamientos para ser pensados. Si no hay posibilidad de pensar lo traumático en el caso de Violeta su propia mente no puede procesar toda la experiencia que está viviendo Ana. Me hace pensar como en una corriente de agua a la que se le pone un dique con lo que la experiencia se devuelve a la niña que aún no tiene toda la capacidad para procesar las vivencias. No es extraño que el cuerpo sea ese lugar que recibe el impacto de las pulsiones desligadas.

Ahora bien, en el caso de Ana la figura del padre no logra ser el *tres*, que rompe/separa la unidad relacional y que permite a la niña vivirse como separada del conflicto de su madre. Ana es un apéndice de Violeta. El trabajo terapéutico y la relación que se establece con la terapeuta se convierte en ese tres que permite que Ana rompa la simbiosis tanto con su madre como con su hermano muerto, permitiendo a ella reconectarse consigo misma a nivel psicopsicótico y teniendo una relación donde mamá, ella y él bebé son diferentes. El vómito podría ser interpretado de muchas formas, sin embargo en la niña solo es una manifestación de sobrecarga de estímulos intensos que no logran ser procesados en su aun temprana psiquis.

Para terminar, quisiera mencionar como para la escuela de París cada sujeto vive, se enferma y muere como puede, con lo que no se dan generalizaciones ni “híper simbolizaciones” a las diferentes afecciones como en otros modelos de la psicopsicótica se entiende un sujeto integral donde se da un colapso donde el Yo se debate entre fuerzas pulsionales de vida y destrucción.

Bibliografía

- Kreisler L (1981). *La Desorganización psicopsicótica del niño* (1984). Ed Herder. Barcelona
- Maestre Alcaráz E. (2017) *Trastornos psicopsicóticos en la infancia y la adolescencia*.

RESEÑA DE:

«Ce qui a de meilleur en nous, travailler et honorer la vie» («Lo mejor de nosotros, trabajar y honrar la vida»)

Christophe Dejours (Paris, Payot, 2021)

José María Franco Vicario*

A Christophe Dejours lo tuvimos en la sede de Gradiva (Barcelona, febrero, 2018), en una conferencia organizada por la Sociedad de Estudios Psicosomáticos Iberoamericana (S.E.P.I.A.), y titulada “Entre clínica del trabajo y psicossomática: ¿qué lugar para la sublimación?”.

En este mismo acto, se hacía la presentación de la traducción al castellano de su libro “*Le corps d’abord*” (“*El cuerpo primero*”, APM, Biblioteca Nueva, Madrid, 2017).

Médico, psiquiatra, psicossomatólogo, psicoanalista titular de la Asociación Psicoanalítica de Francia (A.P.F.-I.P.A.), Profesor titular de la Cátedra de “Psicoanálisis-Salud-Trabajo” en el Conservatorio Nacional de Artes y Oficios (París), director de la revista “Travailler” (“Trabajar”), y co-director de la Colección “Souffrance et Théorie” (“Sufrimiento y Teoría”) [PUF-Paris].

Trabaja desde 1970 acerca de las relaciones complejas entre sufrimiento mental y placer en el trabajo. Es uno de los principales especialistas de la psicopatología y de la psicodinámica del trabajo, disciplina centrada en una metodología de la escucha, que él mismo fundó en los años 1990. En Francia, está considerado como el “padre” de la psicodinámica laboral. En esta materia tiene numerosos trabajos: “*El factor humano, trabajo y sociedad*” (1998), “*Trabajo y sufrimiento*”. (Modus laborandi, 2000), “*Sufrimiento en Francia. La banalización de la injusticia social*” (Topia, 2006), “*Trabajo y violencia*”. (Modus laborandi, 2009), “*El desgaste mental en el trabajo*”. (Modus laborandi, 2009), “*Trabajo vivo (I: sexualidad y trabajo; II Trabajo y emancipación)*” (Payot, 2009), “*Trabajo y suicidio*”. (Modus laborandi, 2010).

Este último libro, “*Lo mejor de nosotros*” es una continuación de “*Sufrimiento en Francia...*”. Habla sobre todo de la sublimación, que no está reservada únicamente a los “genios”. Todos podemos ser creativos, y el trabajo, que es central en nuestras vidas, y en nuestra cotidianidad, es el lugar por excelencia para expresar esta creatividad. Christophe piensa que el trabajo, nos permite, frente a los obstáculos, los fracasos, desarrollar cada vez más nuestra inteligencia y nuestra resistencia. Y cuando el trabajo está bien hecho, el resultado es la realización, el logro personal.

Pero, desde hace más de 30 años, el placer del artesano, del artista, del trabajador, en suma, en el sentido del placer de la sublimación, ha sido sistemáticamente atacado por el neoliberalismo y su culto de las evaluaciones, las actuaciones, los resultados económicos en primer plano. Ello ha redu-

* Psiquiatra, Psicoanalista, titular de la SSP, titular de SEPIA, secretario de la AIPPM. jmfran@telefonica.net

cido el trabajo a una actividad desprovista de sentido, que nos atrapa en el servilismo, rompiendo el vínculo social. Todo ello tiene serias consecuencias sobre la salud mental y física de los trabajadores, con pérdida de la autoestima, sufrimiento ético, soledad devastadora, incluso degradación del mundo y de la cultura.

Christophe Dejours estudió e investigó a fondo los graves acontecimientos que ocurrieron en la empresa France Télécom-Orange, donde en el periodo entre 2007 y 2010, 39 personas entre altos rangos de la compañía, 19 se suicidaron, 12 lo intentaron y 8 sufrieron de depresión grave. Didier Lombard, ex consejero delegado de la empresa y otros altos directivos, fueron condenados y acusados de “acoso moral” en el caso de los suicidios, gracias a la colaboración, en la constitución del “expediente” del proceso penal, de psicoanalistas, juristas, historiadores y filósofos. Para C. Dejours, la apuesta de discutir en estas situaciones de patología dentro del trabajo, sobre las relaciones entre “sublimación” y civilización, facilita comprender las condiciones que permiten a la investigación científica de tener un lugar en la evolución de la sociedad, en vez de permanecer únicamente en el campo del conocimiento puramente científico. Así, esta colaboración multidisciplinar en este proceso penal, sirvió para hacer evolucionar el derecho, la jurisprudencia, en materia de acoso y de suicidios en el trabajo.

Igualmente, entre 2005 y 2016, en la región de Borgoña, al Este de Francia, se produjeron 7 suicidios entre el personal de los “guardas forestales” pertenecientes a la Oficina Nacional de Bosques (ONF). En uno de los casos, el guarda forestal mató primero a uno de los jefes de la ONF antes de suicidarse, con la escopeta que normalmente llevan los guardas forestales, puesto que representan una autoridad y una seguridad, tanto para los bosques (evitar incendios, evitar talas prohibidas etc.), como para la fauna (vigilancia de plagas, persecución de los cazadores furtivos etc.).

La ONF, acababa de anunciar a sus empleados la supresión de 700 puestos de trabajo, así como la devastación de los bosques de la zona, talando hayas, robles etc. centenarios, para substituirlos por otro tipo de árboles, de crecimiento más rápido, con un fin únicamente lucrativo, pero que destruían la riqueza de la tierra y el ecosistema (insectos, fauna etc.). El ministro de agricultura de la época, Bruno Le Maire, y artífice del proyecto de la tala masiva de los bosques, achacó los suicidios al excesivo “aislamiento” que sufrían los guardas forestales en su trabajo, lo que les hacía propensos a la depresión. Lo mismo dijo, Natalie Conscience, ministra de ecología, que afirmó que los guardas forestales se suicidaban por que sufrían de “soledad”.

Allí, en los bosques del Este de Francia, en la región de la Borgoña, se presentó Christophe Dejours para investigar lo ocurrido y, sobre todo, para “escuchar” a los guardas forestales sobre la situación que estaban viviendo en su trabajo. Esta experiencia le inspiró a escribir una obra de teatro que tuvo la suerte de poder ver en París, a finales de enero de este año, con ocasión del Consejo Administrativo (C.A.) de la Asociación Internacional de Psicología Pierre Marty (A.I.P.P.M.) de la que soy secretario, y del Seminario de Perfeccionamiento de Psicología que se celebra cada año en París alrededor de Claude Smadja. La obra titulada “Entrar en Resistencia”, se exhibía en el “Artistic Théâtre” de La Bastilla. El propio C. Dejours era uno de los actores de dicha obra de teatro.

Pero volvamos al libro “*Lo mejor de nosotros...*”. Dejours nos cuenta que, hasta los inicios del año 2000, la psicodinámica del trabajo era un tema, no solamente tabú en los medios psicoanalíticos, que consideraban el trabajo exclusivamente como una realidad material y social, sino que estaba totalmente excluida de cualquier debate.

Desde hace 15 años empezaron a abrirse algunas puertas de manera puntual, tanto en Francia como fuera de ella y, hoy en día, La Federación Europea de Psicoanálisis (F.E.P.-I.P.A.) mantiene un seminario desde el año 2017, que reúne regularmente a psicoanalistas de una decena de países. Y es gracias a una concepción renovada de la sublimación que se puede articular la clínica del trabajo y el psicoanálisis. Esta antropología psicoanalítica ampliada y enriquecida mediante el debate interdisciplinario (psicoanálisis, ciencias sociales, derecho, filosofía), permitirá extraer la sublimación del único terreno de la creación artística donde quedó confinada desde Freud.

Dejours parte de la concepción clásica de Freud acerca de la sublimación, como una defensa del Yo contra las pulsiones sexuales parciales, y que él considera inacabada, pero, sin embargo, con un conjunto de características teóricas que constituyen una trama substancial como para poder ampliar lo que Freud dijo en su día sobre la sublimación.

En primer lugar, Dejours piensa que no es cierto, como dice Freud, que la sublimación está únicamente destinada a personas excepcionales que habitualmente se sitúan entre los artistas y los investigadores científicos, sino que cualquier actividad que se inscriba en un oficio concreto (albañil, alfarero, ebanista, fontanero, metalista, guarda bosques etc.), puede formar parte de un acto sublimatorio.

Freud llegó a decir, incluso, que las mujeres serían menos aptas para sublimar y que podrían hasta ser sus adversarias. Es cierto que la sublimación no se ha presentado, ni se presenta, de igual manera en el hombre que en la mujer, pero ello no está ligado a la naturaleza de la mujer, sino a las condiciones materiales, sociales y políticas que posibilitan la sublimación, y que nunca han sido paritarias entre ambos sexos a lo largo de la historia.

Otro punto de desacuerdo con Freud, corresponde a lo que la clínica del trabajo llama “los requisitos materiales de la sublimación”, sobre todo lo que se entiende como “organización del trabajo”: los objetivos, la operatividad, la libertad de poder escoger el trabajo, las circunstancias socio-económicas etc. Todos estos obstáculos, limitan y pueden llegar a estrangular el normal desarrollo de la sublimación, hasta el punto que la “organización del trabajo” se pueda convertir en una organización “antisublimatoria”.

La clínica del trabajo, como la concibe Dejours, confirma que la condición “sine qua non” de la sublimación se sitúa en el funcionamiento psíquico individual. Sin embargo, toda sublimación tiene un destinatario que es muy importante, tanto para el artista, como para el investigador, o para cualquier oficio. No solamente por la cantidad de comandas de clientes que el trabajador pueda tener, sino, también, por el reconocimiento por parte del destinatario del resultado del trabajo. Ello va a condicionar, movilizar y desarrollar los recursos sublimatorios del trabajador.

Por otro lado, la clínica del trabajo ha demostrado que cuando la sublimación es posible, tiene unos efectos muy potentes acerca de la economía pulsional del individuo y de su salud física y mental. Al contrario, si la sublimación está frenada o impedida, sus efectos sobre el individuo pueden ser muy dañinos.

Freud aborda muy poco la relación entre sublimación y placer. Más bien habla de sublimación y sufrimiento: «La transposición de libido de objeto en libido narcisista [...] conlleva manifiestamente un abandono de los fines sexuales, una desexualización, una especie de sublimación [...] Pero Freud no habla del segundo tiempo de la trayectoria pulsional, cuando ésta, después de haberse compro-

metido en una sublimación “exitosa”, retorna sobre el Yo, implicando particularmente al Ideal del Yo. Este segundo tiempo de la trayectoria pulsional, está plagado de un placer específicamente sentido como una experiencia de crecimiento del Yo, una ganancia de subjetividad, que conduce, al fin y al cabo, a un crecimiento de la autoestima, según Dejours.

En el primer capítulo del libro, *“La inteligencia en el trabajo”*, Dejours trata de desarrollar una visión nueva sobre la visión clásica de Freud acerca de la sublimación, como la búsqueda de una satisfacción no sexual de la pulsión. Para Dejours existe en la “inteligencia del trabajo” una investidura libidinal con los objetos, *“materiales inanimados”* (tierra, metal, piedra, madera, escayola etc.), o con las herramientas que se utilizan para transformar la materia (máquinas, armas, automóviles, aviones, punzones, martillos, brocas etc.). La sublimación sería esencialmente una “transposición pulsional”, una substitución, un desplazamiento, sobre un objeto material inanimado al que se le asigna una dimensión carnal. Existiría, en primer lugar, un tiempo intermedio muy importante de “lucha” con la materia. Lucha sin la que no podría existir la creación. Lucha que pasa por un “cuerpo a cuerpo” con la materia a trabajar. Lucha donde está implicado todo el cuerpo del artista como condición “sine qua non” de la relación pulsional con la materia de donde emergerá la obra.

Pone el ejemplo de Giacometti y Leonardo, luchando con el lienzo, con los colores, los disolventes, los pinceles, lucha de las manos y los dedos con la tierra, para sentir su resistencia, la inercia, la dureza, la blandura, la viscosidad, la maleabilidad etc. Es decir, toda una “sexualización secundaria”, que diría Laplanche, cargada de componentes sádico-anales. Dejours considera que hay que llegar hasta la extenuación de la materia, manipulándola, destruyéndola, sin lo cual no habría creación posible.

Desde el punto de vista de la teoría en psicodinámica del trabajo, no puede haber un trabajo de calidad más que a condición de hacerlo en dos tiempos: el primero es la experiencia del fracaso en la lucha con lo “real” de la materia. La resistencia al fracaso es el principio de la producción de una obra de arte. El segundo tiempo es el trabajo con uno mismo, que conduce a la transformación del cuerpo gracias a la perlaboración. Estos dos tiempos son los que consiguen lo que el filósofo Michel Henry llamó “cuerpopropiación”. Pero, ¿de qué cuerpo se trata?

No se trata del cuerpo biológico, sino de un segundo cuerpo, que deriva del primero, gracias a la subversión libidinal, y que llamamos “cuerpo erógeno”. Durante la lucha con lo “real”, la transformación del cuerpo erógeno se traduce, no solamente en la aparición de nuevas habilidades, sino, también de nuevos registros de sensibilidad, de ritmos, de rimas...

El capítulo segundo está destinado a *“La sublimación y sus enemigos, de la locura de la norma al sufrimiento ético”*. Aquí, Dejours opina que la normalidad no debería reducirse a la caricatura del conformismo del tonto. A pesar de la insistencia de la OMS, la salud no es un estado de bienestar físico, psíquico y social. En realidad, la salud no existe, ni es un regalo de la naturaleza. Si no fuera por la ayuda del “otro”, moriríamos todos al poco de nacer. Y a pesar de recibir esta ayuda, llegamos muchos a la edad adulta con numerosas enfermedades, los ojos bizcos, los dientes podridos, con alergias, insomnios, cefaleas, lumbalgias, micosis, cistitis, angustias, fobias etc. Lo que quiere decir que la salud no existe, que no es un “estado”, es un ideal inaccesible para siempre. A lo máximo, podemos acceder a lo que se ha venido a llamar la normalidad, que tampoco es un regalo de la naturaleza. Se conquista al precio de una lucha incesante contra los riesgos de la enfermedad física, con lo que implica en términos de higiene y de dietética, y contra los riesgos de descompensación

psicopatológica, con lo que implica en términos de habilidades para tratar los conflictos y para elaborar compromisos, primero consigo mismo, y después con el otro, y con el mundo, en general, en términos de Hanna Arendt. Es decir, un mundo abierto a la pluralidad de los hombres, pero con su variante trágica, “el desierto”, “la soledad”, “la desolación”. Donde, a pesar de los talentos, del ingenio de cada cual, en esta lucha por conservar la normalidad, al final, perdemos la partida y nos morimos todos de una enfermedad, de un accidente o de una guerra...

Para Dejours, lo que más le interesa, como psicoanalista en este tema de la normalidad, no es tanto el origen de los síntomas somáticos o psiconeuróticos de los que se queja el paciente, sino comprender cómo trata de esforzarse, o de engañarse, en su lucha para conjurar las fuerzas tan numerosas que le impiden realizarse y le empujan hacia la patología. Primero, las fuerzas que vienen de su inconsciente, pero, también, las que llegan del exterior, entre las que se encuentran las que proceden de la “locura de la norma”. Por ejemplo, a nivel de los cuidados sanitarios, la normalización, la estandarización de cuidados, no solamente degrada la calidad de los cuidados, sino que el personal cuidador está muchas veces conducido a participar en prácticas irrespetuosas e indignas, cargadas de violencia contra los enfermos y los niños (en asilos de ancianos, hospicios etc.). Todo ello conlleva a un “sufrimiento ético”, que consiste en traicionarse a sí mismo, como cuidador, respecto a sus valores éticos, deontológicos, al traicionar las reglas del “oficio de cuidar”. Estamos en las antípodas de la sublimación donde se multiplican las patologías depresivas, con suicidios incluso en el lugar del trabajo, en el caso de enfermeras, gerentes, o médicos.

Este capítulo del libro, se acaba con la presentación del caso clínico, “la Sra. Firmness” que C. Dejours presentó en su conferencia en Gradiva (febrero del 2018), “*Entre clínica del trabajo y psicósomática: ¿qué lugar para la sublimación?*”. Se trata de una psicóloga de 58 años, que, en el marco de un cambio de política sanitaria, el hospital psiquiátrico donde ella trabajaba hasta entonces, siguiendo la teoría de la psicoterapia institucional, hace un giro radical del rumbo, prohibiendo esta práctica y aplicando las nuevas reglas del “New Public Management”: tarificación de la actividad, racionalización de presupuestos, instauración de protocolos estrictos de cuidados, reducción del coste de la mano de obra (salarios), análisis comparativos de los costes y de las actividades entre todos los servicios psiquiátricos del hospital etc. La paciente consulta por un infarto que tuvo durante este periodo de cambio del rumbo laboral, donde su “sufrimiento ético” se puso a prueba en su capacidad de tolerancia.

No hablaré de este caso clínico, muy interesante, por otro lado, para ejemplificar el “sufrimiento ético” del trabajador, y sus consecuencias sobre su salud física y mental, porque ya fue expuesto, en su día, por Dejours en Gradiva, como dije más arriba.

El tercer capítulo está destinado a la “*Sublimación, clínica del trabajo y psicoanálisis*”.

Ya comenté al principio las dificultades que, según Dejours, el psicoanálisis ha tenido hasta hace poco para incluir al trabajo dentro de sus temas a discutir, porque lo consideraba como formando parte de una realidad material y social, totalmente excluida de cualquier debate, nada que ver con el inconsciente, ni con la psicopatología.

Es solamente a partir de los años 80 del siglo pasado, que el campo de la clínica del trabajo se amplifica más allá de las enfermedades mentales en relación con el trabajo, y se empiezan a investigar los recursos psíquicos movilizados por aquellos que conseguían resistir a los efectos tóxicos de las dificultades en el trabajo permaneciendo en la “normalidad”.

De esta manera, se pudieron descubrir las estrategias de defensa contra el sufrimiento en el mundo laboral. Pero la psicodinámica del trabajo no es solo una disciplina clínica, es, también, una teoría centrada en el análisis de los procesos que causan tanto las patologías y el sufrimiento, como el placer y la salud física y mental respecto al trabajo.

Pero, si el campo de la psicodinámica del trabajo pudo desarrollarse, es, también, gracias a la confrontación con otras disciplinas: medicina del trabajo, ergonomía, sociología de la ética y de la división sexual del trabajo, la antropología, la filosofía, el derecho, la economía.

¿Cómo se puede dar un lugar a la problemática del trabajo, cuando partimos del “corpus” freudiano?, se pregunta Dejours. Su respuesta es que lo más idóneo para discutir con el psicoanálisis, es examinar lo que la psicodinámica del trabajo puede aportar a la teoría de la sublimación, dándole un lugar específico en el funcionamiento psíquico, significativamente más importante que el lugar que se le ha asignado hasta ahora en la psicopatología y en la metapsicología.

Habitualmente, se suele oponer la concepción del trabajo a la ejecución del mismo, dando más valor al primero. Sin embargo, no hay ejecución del trabajo cuando se cumple estrictamente una actividad que obedece a las prescripciones, a los procedimientos, a los protocolos y a las órdenes. Ello sería, más bien, una “huelga de celo”, porque trabajar es ajustar constantemente, adaptar, retocar etc. Un ejército, cuyos soldados cumplen estrictamente las órdenes de sus superiores, y no son capaces de adaptarse a los imprevistos, a las circunstancias, es un ejército vencido.

En otras palabras, el trabajo no se puede considerar como un “entorno”, ni como una realidad “material”. Al contrario, penetra en lo más profundo de la subjetividad. Es por ello que es tan importante para el psicoanálisis, nos dice C. Dejours.

Aquí, Dejours introduce la idea del “trabajo vivo”, que es lo que el sujeto debe añadir a las prescripciones para conseguir los objetivos. Llama lo “real” del trabajo a todo aquello que se manifiesta ante el trabajador como resistencia al trabajo bien hecho (contraórdenes, perturbaciones de la maquinaria, averías de los instrumentos, absentismo laboral de los colaboradores, anulación de comandas en el último minuto etc.). La experiencia de lo “real” en el trabajo se vive, inevitablemente, como un fracaso, es decir, como una experiencia afectiva: sorpresa, desagrado, molestia, irritación, decepción, cólera, sentimiento de impotencia etc. Para conocer afectivamente esta experiencia de lo “real” en el trabajo, se necesita un cuerpo, primero, porque es siempre a través del cuerpo que se sienten los afectos.

Vemos pues, que trabajar es, primero, fracasar, una y otra vez. Pero también es poder aguantar los fracasos, para poder “volver a la carga”, aceptando una cierta invasión de lo “real” y de su resistencia, incluso en el terreno de nuestra vida privada. Pero trabajar no es solo fracasar, es, también, ser capaz de soportar el fracaso tanto como sea necesario hasta encontrar la solución que nos permita superar lo “real” del trabajo.

Encontrar la solución que conviene en cada momento para concluir un trabajo bien hecho, es imposible sin la previa formación de una familiaridad subjetiva y afectiva entre el cuerpo y lo “real”. Es lo que el filósofo Michel Henry teorizó bajo el concepto de la “cuerpopropiación del mundo”, que no es únicamente cognitiva. Lo esencial de ella se realiza en el “cuerpo a cuerpo con lo real”, como ya se señaló en el primer capítulo, y que constituye el primer nivel de la sublimación en el trabajo, es decir, la manera en la que el trabajo ordinario (intelectual o físico) convoca la subjetividad del trabajador hábil.

De la misma manera que trabajar, no es solamente producir, sino, también vivir juntos, cooperar. La cooperación que significa revisar de manera consensuada, continuamente, la división de las tareas y de los hombres que las ejecutan, inventando reglas prácticas, admitidas y respetadas por todos. Ello exige la existencia de relaciones de “confianza” entre los trabajadores.

La clínica del trabajo es irrefutable cuando verifica que todo trabajo implica una “contribución” y que, a cambio de ella, el trabajador espera una “retribución”. Pero la retribución que moviliza a la mayoría de los trabajadores, no es la retribución material, que también es importante, sino la retribución “simbólica”, en forma de “reconocimiento”, en el doble sentido del término: “agradecimiento” por el servicio prestado y “juicio” acerca de la calidad del trabajo. Este juicio, a su vez tiene dos formas: “juicio de utilidad” económica, social o técnica, lo que confiere al trabajo un estatuto social, salario y derechos sociales. En este sentido, la relegación del trabajador a “sentarlo en el banquillo”, dándole trabajos absurdos, inferiores a su nivel, incluso no dándole trabajo, conservando su salario, por ejemplo, es uno de los principales factores de riesgo de depresión y de suicidio en el mundo laboral. El otro juicio, es el “juicio de belleza”, que se enuncia siempre en términos estéticos. Cuando el trabajo está reconocido por los pares del trabajador, como un “buen trabajo”, “una buena o bella obra”, aquel accede al sentimiento de pertenencia a un equipo, a un colectivo, a una comunidad del oficio. Dentro de este juicio de belleza, está también el “juicio de originalidad”: aquí se confiere al trabajador la idea de ser distinto a todos los demás, por su “calidad” en el trabajo. Solamente cuando el juicio de calidad es positivo, el trabajador pasa del juicio del registro del “hacer” al registro del “ser”, es decir, de la identidad y del placer en el trabajo, gracias al reconocimiento. Todo lo contrario del masoquismo, o de la erotización del sufrimiento.

La psicodinámica del reconocimiento del trabajo constituye el “segundo nivel de la sublimación”, y que introduce una nueva dimensión: el éxito de la sublimación depende, en buena parte, del juicio del otro y de la lealtad de los socios del reconocimiento, mientras que el primer nivel de la sublimación, el de la “cuerpopropiación”, es estrictamente intrasubjetivo.

En este mismo capítulo, C. Dejours, critica los nuevos métodos de gestión que han colonizado el mundo del trabajo, tanto en el ámbito privado, como en el público. Se trata de la evaluación individual cuantitativa de las actuaciones del trabajador. Método que se presenta a la opinión pública como “objetivo”, “científico”, y que Dejours considera como totalmente erróneo y falso, que genera sentimientos de injusticia y efectos muy dañinos sobre la salud mental de los trabajadores, la cooperación, y la convivencia, al poner a los trabajadores en situación de rivalidad y competición entre ellos. Todo ello crea un estado de gran sufrimiento ético, deslealtad, insolidaridad, pero sobre todo de soledad, desconfianza y miedo, donde la sublimación por el trabajo se vuelve casi imposible.

Para Dejours, el aumento de los suicidios en Francia, dentro del mundo laboral, no son debidos solamente al acoso, a las injusticias, y al caer en desgracia, sino, sobre todo, de la experiencia terrible del silencio de los compañeros, del abandono, del rechazo a testimoniar, de la laxitud del entorno con los que trabajas. Los trabajadores que más se suicidan, son los que más se implican en su tarea, los que viven la experiencia de traicionarse a sí mismos. Los que se escaquean, los insolidarios, los de los brazos caídos, no se suicidan nunca.

En el último capítulo, el cuarto, titulado “*El psicoanálisis es un oficio*”, Dejours parte del texto de Freud “Rememoración, repetición, perlaboración”.

Freud habla mucho de “técnica”, de “oficio”, cosa que, por demasiado prosaica, no gusta a muchos psicoanalistas, que prefieren considerar al psicoanálisis como un “arte” que exige unas funciones y unas aptitudes que no se piden en otros oficios, salvo en la creación artística. Los detractores del uso de la palabra “técnica”, piensan que habría que hablar, más bien de “método” que se definiría como «Conjunto ordenado de manera lógica de principios, reglas, etapas, que constituye un medio para llegar a un resultado». La “técnica” es una noción más amplia que la de “método”, ya que engloba, alrededor del “método”, los medios de acción, los procedimientos (dice Freud: “El psicoanálisis es un procedimiento médico que trata de curar ciertas formas de nervosidad-neurosis —mediante una técnica psicológica—. En *“El interés que presenta el psicoanálisis”*, 1913, en *Oeuvres complètes*, XII, Paris, PUF, 2005, p.99-125).

Para Freud, el “método” fundamental del psicoanálisis es la asociación libre por parte del paciente y que exige, por parte del psicoanalista, la contrapartida de la atención flotante. Pero, para poner en marcha este “método”, hay una técnica: diván, regularidad de sesiones, interpretaciones del analista, pago de las sesiones etc., es decir, una técnica, el encuadre, que implica una cierta disposición de los cuerpos de los dos protagonistas. Pero Freud, aparte de la disposición diván/butaca, para evitar el contacto visual del paciente con su analista, no habla de la implicación del cuerpo en la técnica psicoanalítica.

Sabemos por experiencia que la asociación libre no es puramente verbal. Los silencios, los ruidos corporales, los altibajos del tono de la voz, las sudoraciones malolientes, las sensaciones corporales (tensión muscular, taquicardia, salivación, estornudos, toses, suspiros) etc., tanto de parte del paciente, como del analista, provocan en ambos protagonistas, nuevas series asociativas, que no hubieran ocurrido si sus cuerpos no estuvieran presentes en la sesión.

Aparte de la regla fundamental, Freud enuncia un montón de reglas, tanto en *“Rememoración, repetición, perlaboración”*, como en *“Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico”* (1912). Habrá, entonces, que admitir, según Dejours, que el psicoanálisis es un oficio, desde luego complejo, que Freud calificó como “oficio imposible”.

Según Laplanche, una regla es un mensaje que, para comprenderlo, hay que traducirlo, lo que supone, a su vez, destraducirlo y retraducirlo continuamente por el psicoanalista. Respetar una regla puede ser el considerarla como una referencia, incluso poder contestarla para hacerla evolucionar. Por eso, el oficio de psicoanalista, hoy en día, no es exactamente igual que en los tiempos de Freud.

Junto al concepto de oficio, de las reglas, de la técnica, del método, Dejours considera importante añadir el concepto de “principio”. Según el diccionario Lalande, «es una norma que constituye una referencia fundada en consideraciones teóricas, valores sobre los que conviene regular una acción o su conducta», y según el diccionario Littré, «máxima, regla de conducta, principio moral». Para Dejours, siguiendo a Laplanche, el principio fundamental que rige el psicoanálisis es la “privación”, la “abstinencia”, la “renuncia”, donde se condensa toda la ética del psicoanálisis: respetar el poder del individuo de trazar su camino, por él mismo, hacia la autonomía. En este sentido, el oficio de analista es el único, y solo oficio, entre todos los demás, que se organiza a partir del principio de la “renuncia”. Sin ella, no sería posible beneficiar de la trasmisión de una tradición del oficio, ni de tener acceso a la dimensión extraordinaria de la sublimación.

Para acabar, aunque no sean textos que provienen directamente del libro que estoy reseñando, me gustaría poner algunas citas de las críticas que recibió la obra de teatro de la que hablé al principio, "Entrar en resistencia" y que está, precisamente, inspirada en este libro.

- **Webthéâtre:** «...Las intervenciones de Christophe Dejours, que amplía el contexto, y desarrolla esta noción de "resistencia"- para él fundada en una organización solidaria y jubilosa-, podrían parecer a algunos un poco largas. Son, sin embargo, exposiciones muy aclaradoras. Si se tiene la suerte, en ciertas noches de representación, de asistir al debate que hay después con el público, nos llenamos de información al respecto. El debate al que nosotros asistimos, fue apasionante...».
- **Les Chroniques d'Alceste:** «Obra muy profunda y actual. Una muy bella calidad de escritura y una interpretación magistral... Los enclaves de resistencia contra el sufrimiento en el trabajo existen por todas partes en Francia, nos enseña el profesor y actor, Christophe Dejours. Parece que es un fenómeno único en Europa donde, sin embargo, los mismos sufrimientos que conducen a menudo al suicidio, existen, sin lugar a dudas, también fuera de nuestras fronteras...».
- **Le Canard enchaîné:** «...Un día, el médico, psiquiatra y psicoanalista, Christophe Dejours y su equipo, fueron llamados a un bosque de los Pirineos. Un guarda forestal acababa de suicidarse después de haber matado a su superior jerárquico. ¿Cómo sus compañeros podían retomar el trabajo después de esto? Dejours es uno de los mejores especialistas franceses acerca del sufrimiento en el trabajo, al cual ha consagrado notables artículos y libros. ¿Qué podemos aprender sobre nosotros mismos de lo que ocurrió en la "Oficina Nacional de Bosques", una de las empresas francesas que tiene la tasa más alta de suicidios?»
- **La Croix:** «...Espectáculo singular y aclarador... En toda la obra se añaden los análisis apasionantes del psicoanalista, y clínico del trabajo, Christophe Dejours... Entre dos narraciones del guarda forestal, describe los mecanismos psíquicos que intervienen en el sufrimiento dentro del trabajo. El sentimiento de pérdida del sentido y de la ética. Pero, también, señala las condiciones de una resistencia liberadora.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Con el fin de homologar las publicaciones incluidas en la revista rogamos a los autores se atengan a las siguientes normas de publicación:

Los originales se presentarán en formato digital compatible con los procesadores de texto normalizados y se remitirán a la dirección de correo electrónico sepia.bcn@gmail.com.

Al final del trabajo se incluirá el nombre del autor principal con su dirección de contacto, además de un resumen en español (máximo 150 palabras) y un apartado de palabras clave (máximo 10 palabras).

Toda la bibliografía deberá adaptarse a las normas que reproducimos:

Referencias. Se harán a escritos estrictamente relevantes y necesarios; procurando limitar la extensión de la bibliografía. Las referencias en el texto se hacen dando el nombre del autor y el año entre paréntesis, por ejemplo: Smadja (1995) o (Smajda, 1995); en el caso de que se incluyeran referencias a diversos trabajos de un mismo autor y año, se individualizarán añadiendo al año una letra, por ejemplo: Smadja (1995b).

Si se citan textos de dos coautores, se deben dar los dos nombres, por ejemplo, Eysenck y Zuckerman (1978); si la cita fuera de más de dos coautores, se indicará el primero y la expresión «et al.», por ejemplo: Tirapu et al. (2015).

En la bibliografía del final del artículo se hará referencia completa de los trabajos citados en el texto, procurando evitar las entradas adicionales. Los autores se incluyen en las referencias por orden alfabético, y sus escritos en orden cronológico, según fecha de publicación.

Si se citan dos o más trabajos de un autor publicados en el mismo año se debe usar para distinguirlos a, b, c, etc.

Cuando un autor se cita sólo y como (primer) coautor, la referencia como autor en exclusiva precede a la conjunta. El nombre de un autor no se repite, en las siguientes veces se traza un guion largo.

Los títulos de libros y de las revistas irán en cursiva, señalándose el lugar de publicación y el nombre de la editorial. Ejemplos:

Libro:

Korman, V. (1995). *Y antes de la droga ¿qué?* Barcelona. Grupo Igía (Orig. 2009).

Capítulo de libro:

Boulanger, J. J. (1981). *Aspecto metapsicológico*. En J. Bergeret (dir.), *Manual de psicología patológica* (p. 43-81). Barcelona. Tora-Maou (Orig. 1975).

Revistas:

Henry, R. (1995). *Metapsicología de la violencia*. *Cuaderno de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, 19/20, 5-24.