



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA
SECRETARÍA DE POSGRADO**

**TESIS DE
MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS**

EL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO
DESARROLLOS DESDE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA

TESISTA: JOSÉ EDUARDO FISCHBEIN

DIRECTOR DE TESIS: MAGISTER ALFREDO VICTOR MALADESKY

Buenos Aires, septiembre 2006

INDICE GENERAL

CAPITULO 1º: EL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO, DESARROLLOS DESDE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA	pag. 5
INTRODUCCIÓN	
EL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO	
LAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS EN EL CAMPO PSICOANALITICO	
SOBRE LA REGRESION Y SUS CONSECUENCIAS	
CAPÍTULO 2º: EL CUERPO EN PSICOANÁLISIS	pag.25
CUERPO Y ACONTECIMIENTO SOMATICO. PREHISTORIA Y POTENCIALIDAD REPETITIVA ACTUAL	
PRESENTACIÓN CLÍNICA	
PREHISTORIA Y ORGANIZACIÓN MENTAL DE LA REPRESENTACIÓN DEL CUERPO	
UNA PRIMERA PROPUESTA TERAPÉUTICA	
CAPÍTULO 3º: EL PASAJE AL ACTO EN EL CUERPO	pag.45
UNA APROXIMACIÓN AL "CUERPO ENFERMO". LA INTERACCIÓN DEL SUJETO CON SU ENFERMEDAD	
SOBRE LA IDENTIFICACIÓN	
MATERIAL CLÍNICO	
EL PASAJE AL ACTO EN EL CUERPO	
EXPRESIONES ANÁLOGAS, DIFERENTES SENTIDOS DEL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO, UNA HISTORIA Y UNA REFLEXIÓN.	
CAPÍTULO 4º: CUERPO Y PALABRA	pag. 67
ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE EL AFECTO Y LO SOMÁTICO EN EL CAMPO DE LA PALABRA.	
EL PRECONSCIENTE COMO GUARDIAN DEL SOMA.	
SIMBOLIZACIÓN, JUEGO Y ACONTECIMIENTO SOMÁTICO	
UN EJEMPLO CLÍNICO: LA RESPUESTA SOMÁTICA DENTRO DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO	

CAPÍTULO 5º: PSIQUISMO Y VÍNCULOS TEMPRANOS	pag. 97
LA IRRUPCIÓN DEL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO EN EL PROCESO ANÁLITICO, UNA VÍA DE ACCESO AL ESTUDIO DEL PSIQUISMO TEMPRANO SOBRE DEUDAS, PACTOS Y FETICHES. DERIVACIONES PSICOLÓGICAS DE LOS ACONTECIMIENTOS SOMÁTICOS	
CAPÍTULO 6º: NARCISISMO Y TRAUMA	pag.121
ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA CONDICIÓN DEL OBJETO EN EL NARCISISMO DE LOS ORIGENES, DE LA REGRESIÓN Y DE LA RESTITUCIÓN DE VÍNCULOS EL OBJETO Y EL NARCISISMO TRAUMA Y CUERPO SUFRIENTE DE LA ANGUSTIA AUTOMÁTICA A LA HISTORIZACIÓN TRAUMA RESPUESTA SOMÁTICA E INFANCIA LOS PROCESOS SOMÁTICOS EN LA VEJEZ PATOLOGIA DEL DUELO Y SOMATOSIS SOBRE LA MELANCOLIA Y SUS FORMAS	
CAPÍTULO 7º: PROCESAMIENTO MENTAL Y ACTO	pag.149
LAS HIPOCONDRIAS MÁS ALLÁ DE LA REPRESENTACIÓN: EL ACTO.	
CAPÍTULO 8º: CONCLUSIONES	pag.177
LA CLÍNICA PSICOANALITICA Y LAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS OTRA APROXIMACIÓN AL ACCIONAR DEL TRABAJO TERAPEUTICO. CAMBIOS EN LA TÉCNICA PSICOANALITICA	
BIBLIOGRAFÍA	pag.187

CAPÍTULO 1º: EL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO DESARROLLOS DESDE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA

INTRODUCCIÓN

EL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO

LAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS EN EL CAMPO PSICOANALÍTICO

SOBRE LA REGRESION Y SUS CONSECUENCIAS

INTRODUCCIÓN

La clínica psicoanalítica impone nuevas teorizaciones sobre ciertos hechos de nuestra práctica, el avance de la metapsicología permite conceptualizar campos marginales del psicoanálisis. La enfermedad somática es uno de estos campos. Para el tratamiento de los pacientes con enfermedades somáticas, durante mucho tiempo se utilizó el modelo interpretativo de la histeria; no obstante actualmente tendemos a pensar que este abordaje no sólo es insuficiente y erróneo, sino que además se corre el riesgo de favorecer con su utilización procesos de pseudoanálisis, al generar una superestructura racional y consciente que refuerza las defensas caracteropáticas de estos pacientes.

En el campo psicoanalítico los planos psicológico, somático y social interjuegan y se imbrican. Proveen los estímulos a ser procesados por el psiquismo del paciente en la relación transferencial. La realidad psíquica (con el fantasear), la realidad social desde el registro de los vínculos y la realidad del cuerpo conforman una compleja estructura a la que se deberá enfrentar el ser humano. Estos planos van juntos, constituyen un continuo que nos obliga a circunscribirlos artificialmente para su abordaje, sus límites no son claros, excepto cuando aparece el conflicto o el síntoma. El enfoque psicosomático constituye un intento para superar los enfoques parcializantes del ser humano dados por la separación mente-cuerpo que aparecen en los modelos, tanto en el bio-médico como en el filosófico a partir de Descartes. El enfoque psicosomático trata de arribar a una concepción de la intrínseca unidad de la persona.

La palabra psicósomática manifiesta una intención integradora. Toda enfermedad llamada *orgánica* es comprendida de alguna manera también como *psíquica*. El acto terapéutico ya no es separado de la consideración acerca de quien sufre el estado morboso y cuál es el sentido que este estado de enfermedad, adquiere en su vida.

El síntoma produce un corte en el continuo que se dá entre ellos al imbricarse, y es en el espacio de este corte donde aparece la patología. En el espacio de este corte la palabra cumple una función primordial, ella es la que puede establecer puentes para disminuir la escisión. El cuerpo aparece no sólo como realidad anatómica sino también como realidad de la fantasmática, donde la representación de sí mismo y las señales de enfermedad y del envejecimiento están presentes. El cuerpo está en escena por su capacidad vivencial, tanto sensual como erógena y también a través de la expresión del sufrimiento en la enfermedad.

En este trabajo intentaré abordar al paciente en los momentos de la irrupción de un acontecimiento somático. Esta entidad, el acontecimiento somático es transnosográfica, da cuenta de una forma de funcionamiento mental en el momento de su presentificación, siendo ésta, la situación la que desarrollaré.

Este trabajo representa el fruto de veinticinco años de investigación psicoanalítica con relación al tema de lo corporal desde el psicoanálisis. El ordenamiento de los capítulos del mismo no es sincrónico, sino que iré introduciendo los temas para guiar al lector en un armado de la gestalt que permita una comprensión del sujeto humano en su integridad funcional o en los momentos en los que esta integración falla. La cultura occidental está impregnada del dualismo mente-cuerpo. Las últimas concepciones psicoanalíticas nos enfrentan a dicho dualismo como el fracaso de la integración, siendo expresión de una escisión defensiva.

En este trabajo, que tendrá un enfoque eminentemente clínico, utilizaré una serie de relatos de casos singulares. Casos únicos, como son los estudiados psicoanalíticamente en el campo bipersonal. Cada uno de ellos será respetado en su singularidad y seguido en el devenir del proceso terapéutico desde las vicisitudes de la transferencia. El trabajo se enmarca en una concepción empírica y cualitativa, dejando de lado los métodos cuantitativos. En el abordaje de los materiales se investiga la aplicación de las hipótesis que se enuncian en el apartado de este capítulo llamado: "Las enfermedades somáticas

en el campo psicoanalítico".

Vamos a incluir el decir de pacientes, relataré historias y haré algunas reflexiones. Las historias nos introducen, como símil analógico, en el espacio del juego. Juego mental que como psicoanalistas nos permite aprender. Aprender nuevas representaciones de lo que suponemos es la realidad psíquica.

Los pacientes nos conducen, desde su decir, al espacio del dolor. Son humanos que sufren, son nuestro objeto de estudio. A través de sus palabras tenemos el acceso a su intimidad y a la nuestra. Intimidad plagada de fantasías.

Las fantasías que conforman las escenas únicas que sustentan la enfermedad y aquellas otras que, desde nuestro decir, llamamos teorías científicas y aceptamos por consenso. La posibilidad de pensar sobre lo que ellos dicen que les pasa, de jugar con nuestras ideas para tratar de ayudarlos se logra a través de la enunciación por medio de palabras para que se logre una mayor comprensión de su conflictiva. Esto es lo que nos permite soportar el dolor que compartimos en la sesión psicoanalítica.

Desde la intimidad de la sesión psicoanalítica, desde la situación particular del vínculo bipersonal es que presento estas reflexiones.

Frecuentemente constatamos que ante ciertos hechos de la realidad, hay gente que reacciona pensando, atribuyéndoles algún sentido, y otras que reaccionan como ante una noxa física de la que hay que protegerse. Podríamos decir que unos "piensan con la cabeza", y otros responden con una reacción más primaria, con una reacción corporal. Esta reacción corporal, reacción del orden de lo biológico, del acto reflejo, tiene, a veces, como punto de partida, una excitación que nace de un conflicto psíquico que no puede ser procesado como tal.

Más que atribuir un sentido al hecho que el sujeto está viviendo, éste es tomado como la causa a la que se le atribuye una función irritativa concreta, física, como si fuera una reacción ante la provocación de una noxa real. La ausencia de atribución de un sentido que implique trabajo psíquico, desplazamiento y transformación, está dada por la imposibilidad de insertar ese suceso en una temporalidad y significación historizantes. Para que el proceso de historización pueda realizarse, el sujeto deberá atravesar la sensación de vacío que da la renuncia a un objeto concreto de la realidad objetiva. Sólo podrá hacer este trabajo si ya posee la capacidad de representar, basada en las

inscripciones de los engramas de reaparición del objeto primario en su historia original, y la organización dentro de sí de los objetos ideales que sustentan su capacidad de recrear vínculos objetales.

Desde dos ángulos abordaré la temática somática a lo largo de este escrito, estos serán: el psicoanálisis aplicado al campo de la enfermedad orgánica y desde este enfoque abordaré la comprensión de las manifestaciones inconscientes de los enfermos con estas afecciones y los funcionamientos psíquicos que se dan en ellos.

La gran diferencia en el tratamiento del cuerpo desde el psicoanálisis y desde la medicina es que los psicoanalistas tratamos a un "cuerpo hablado", se jerarquiza la palabra que es la que une y da cuenta del juego, de la representación, de la fantasía y la realidad psíquica. La medicina trata el soma, se ocupa de una realidad objetivable, mensurable desde los métodos de la biología. El psicoanálisis trata lo representacional, que es el campo de la palabra, palabra que sustenta la paradoja de ser la portadora de lo indecible, de lo angustiante del dolor. Portadora de la representación de una realidad psíquica en la que siempre el sujeto se descubre incompleto y mortal.

Tomaré un modelo económico dinámico para explicar la formación de síntomas y otro histórico para dar cuenta de la repetición que en ellos se encierra. Es el modelo histórico el que sustenta el tratamiento psicoanalítico. Planteo la idea de que en las enfermedades somáticas lo simbólico es secundario, aportado por el terapeuta para representar las escenas subyacentes. Éste no descubre, crea sobre un campo de repetición automática.

No aludiré, como es habitual en nuestro medio a "lo psicossomático"; ya que pienso que de hecho, hay una sola entidad que podemos denominar psicossomática, y ésta es la salud. La salud es el único momento en el que lo psíquico y lo somático están integrados. El paciente somático es el fracaso de esa unidad. Sin embargo en algunas oportunidades por la utilización en el lenguaje del consenso de nuestra comunidad profesional, tendremos que apelar al uso de la palabra "psicossomático", como equivalentes para acontecimiento somático o enfermedad somática.

Hacia los finales de la década de 80 las personas que estudiábamos e investigábamos la cuestión de las enfermedades somáticas desde el campo teórico psicoanalítico, hablábamos de enfermedades psico/somáticas y hasta de una estructura

psico/somática. En estos casos poníamos el énfasis en la separación de los dos términos que constituyen estas palabras. Con esto aludíamos a la escisión como base de estas patologías.

Definíamos por tales a enfermedades del cuerpo biológico –lo orgánico- que aparecían como consecuencia de un conflicto psíquico.

Desde comienzos de la década de los noventa comencé a utilizar el concepto: "acontecimiento somático". Si bien en un comienzo la utilización del mismo fue básicamente intuitiva, a medida que avancé en las conceptualizaciones se fue delimitando y también ampliando la comprensión del mismo. El equipo que construyó la base de datos terminológica en psicoanálisis "Desis" investigó tal concepto y determinó que por lo menos en nuestro medio fui el primero en trabajar y publicar sobre este punto.

El acontecimiento somático es un hecho que irrumpe y se instala en el devenir temporal. Si consideramos el enfermar como un proceso, la secuencia que hallamos será: un primer momento de quiebre de la estructura narcisista, tiempo de la sobrecarga traumática; un segundo momento que consiste en la aparición del acontecimiento somático, condicionado por la predisposición del sujeto; y un tercer momento, el de la patoneurosis con el restablecimiento de significado psíquico a los hechos. Desarrollaré estas ideas en el capítulo 4º.

Partiendo de la idea de que el sujeto psíquico es el resultado de la organización progresiva de múltiples y complejas interacciones hereditarias, ambientales, biológicas, psicológicas y socioculturales, pensaba que en cualquier momento de su acontecer biográfico hay permanentes interacciones psicosomáticas entre todos sus niveles de organización y también una potencialidad para su desorganización.

Esta denominación: "acontecimiento somático" definiría desde el psicoanálisis, con su dimensión historizable, la aparición de un fenómeno con dos vertientes. La primera es el acontecimiento y la segunda lo somático. Pasaré a describir estos dos elementos:

1º: *Acontecimiento*: nos interrogamos sobre que es un acontecimiento, que función cumple a nivel del devenir psíquico del sujeto, como reacciona éste frente a él y cual es la posibilidad de cambio que propone. Es un acto que tiene siempre una repercusión afectiva, fisiológica y conductual. El hecho de percibir un acontecimiento de una forma u otra va a ser un marcador significativo para la calidad de vida de la persona.

Consideramos al acontecimiento como una reunión consagrada, como un encuentro, como una fiesta o ritual destinada a renovar un pacto, un contrato consigo mismo, intento de restitución de un universo simbólico. Es un intento fallido de restituir una forma de pensar, evaluar creencias, percibir, valorar el conflicto que se presentifica a través de él.

2°: *Somático*: expresión de lo asimbólico, es universal, del orden de lo real por lo tanto sin un sentido simbólico interpretable.

Otro aspecto de lo paradójal es que el acontecimiento somático sirve de defensa contra la corporalidad. Entendemos al cuerpo como una instancia psíquica simbólica, una instancia representacional. El bloqueo del funcionamiento mental busca resolverse a través de lo somático.

El soma protege del sufrimiento mental pero inserta al sujeto en el contrasentido de enajenarse de sí mismo.

El acontecimiento somático es un acto defensivo de la estructura mental que apela a acciones evacuativas. La puesta en acto en el cuerpo implica el drenaje de un exceso de tensión no soportado por el psiquismo. El sujeto sustenta la paradoja de sentirse mejor cuando el acontecimiento somático está presente.

Este acontecimiento puede ser tomado como un fenómeno reconstitutivo, luego de un quiebre narcisista, que trata de mantener un patrón de integración e integridad psíquica involucrando actos en el área de la materialidad somática.

Partiré de un escenario ficticio en el que ya se ha presentificado un acontecimiento somático. Sobre las hipótesis de cómo se generó me ocuparé más adelante. Frente al mismo el sujeto puede interrogarse acerca del: ¿porqué me sucedió? O repudiar su existencia viviendo en un "aquí no pasó nada".

El acontecimiento cambia la posición subjetiva. Con su aparición, cambia la temporalidad. Genera un tiempo propio. Dentro del devenir de la vida de un sujeto la presentificación de un acontecimiento somático se constituye en un hito que marcará un cambio en la dirección del accionar vital. Ya sea porque implica una revisión de actitudes y estilos de comportamientos o porque sea repudiada su existencia. Los cambios favorables que pueda acarrear o el sometimiento destructivo que implica su desmentida, generan un límite entre un antes y un después del acontecimiento que se constituye en una marca en el devenir de la vida. Quisiera reforzar la idea de que el acontecimiento es

algo que irrumpe en un devenir, alterándolo, sea transitorio o se afine produce una marca en el sujeto que lo transformará en alguien que ya no es como fuera. Su presentificación marca una realidad con un antes y un después.

La falta de un saber sobre su aparición, la ausencia de un escenario subyacente explicativo como existe en la conversión, constituye al acontecimiento somático en una entidad cercana al trauma. Trauma concebido como la irrupción de una realidad inasimilable. Sólo las certezas darán cuenta de su presencia achatando la complejidad de la historia vital del sujeto. En las certezas el sujeto pierde la polisemia de las palabras y el múltiple sentido de sus historias. Un ejemplo de este achatamiento lo tenemos en el sujeto que esgrime: "esto ocurrió por la dotación genética". En este tipo de certeza se excluye la visión del acontecimiento desde la visión de series complementarias en la multideterminación de un hecho.

Frente a las preguntas que pueda formularse, el sujeto se queda sin palabras. Pierde, además su propio nombre, para ser poseído por el nombre de su enfermedad. Es aquí donde el psicoanalista es el que debe interrogarse. Su interrogación será acerca de cómo incidirá en el sujeto su reingreso en el campo de la palabra. Este reingreso, debe vencer las resistencias propias de la compulsión repetitiva característica de lo biológico para acceder a la capacidad de tolerar las incertidumbres propias de la multivocidad del campo de la palabra.

A continuación intentaré una somera definición, la misma será ampliada en el apartado que habla de "La clínica psicoanalítica y los acontecimientos somáticos". Con respecto a lo somático y lo corporal remite al apartado sobre "Cuerpo y acontecimiento somático, prehistoria y capacidad repetitiva actual"

EL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO

Pasaremos a ocuparnos del concepto "acontecimiento somático", haremos una descripción del mismo y de su relevancia en la clínica psicoanalítica.

Según el diccionario de la Real Academia, acontecimiento es un hecho importante que sucede. (Se remarca en esta definición el suceder como devenir temporal.)

El acontecimiento somático irrumpe en la vida de un sujeto como expresión de una ruptura del equilibrio psicosomático, allí donde los procesamientos biológicos y mentales

funcionan armónicamente. Como dijéramos y remarcáramos con anterioridad esta armonía es lo que llamamos salud. Es por lo tanto una expresión de una alteración del funcionamiento. Su aparición tiene una función sígnica de la disfunción. Es a través del acontecimiento somático que el sujeto se significa, adquiriendo una nueva identidad a la que le resulta dificultoso renunciar. Esta identidad de enfermo somático secundariamente entrará en el circuito psicológico, a partir de procesos hipocondríacos o histéricos establecidos a posteriori del daño corporal.

Por sobrecarga de exigencias de trabajo para resolver los avatares vitales queda rota la armonía en el funcionamiento integrado de los ámbitos somático, social y mental, y con la ruptura del equilibrio, se presentifican separados en su funcionamiento el polo somático y el polo mental. El sujeto queda escindido y oscila entre la extrañeza y la certeza, con una percepción de sí donde es todo soma o sumergido defensivamente en la intelectualización extrema, vive con prescindencia del cuidado de las demandas somáticas. Es en este momento que planteamos que el polo somático con sus descargas de índole universal cumple con una función defensiva para el psiquismo excedida en su capacidad de trabajo.

En el polo somático rige un principio biológico de la causa-efecto que invade el funcionamiento mental. Un ejemplo sería: tal síntoma es provocado por la existencia de tal bacteria. En la actualidad podemos hallar como ejemplo ilustrativo en la explicación infecciosa de la úlcera gástrica. El sujeto no se cuestiona mas sobre la multicausalidad y los múltiples sentidos de sus avatares vitales y de sus expresiones patológicas, sino que queda restringido a la búsqueda cada vez más restrictiva de una causa única para el acontecimiento somático. Este acontecimiento concentra todo interés y permite huir del trabajo de resolver las múltiples exigencias del devenir vital, esto explica su carácter defensivo frente al conflicto psíquico. La fijeza y la certeza con se esgrime esta causalidad acerca al sujeto con acontecimientos somáticos al pensar del psicótico con un alto nivel de certeza y desmentida de los múltiples factores que aporta la realidad.

El cuadro que sigue a continuación nos servirá para orientarnos en algunas hipótesis básicas y su ubicación en el trabajo.

EL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO

1. ES LA EXPRESIÓN REGRESIVA DEL POLO SOMÁTICO DEL CONFLICTO, EN AQUELLAS SITUACIONES EN LAS QUE LA INTEGRIDAD PSICOSOMÁTICA HA SIDO VULNERADA.
2. ES SIGNO DE LA CLAUDICACIÓN DEL PROCESAMIENTO MENTAL POR DEMANDAS DESMEDIDAS DEL IDEAL DEL YO Y RETORNO REGRESIVO A LA POSICIÓN DE YO-IDEAL.
3. IMPLICA UN PASAJE DEL IMPERIO DE LA FANTASÍA AL IMPERIO DEL ACTO.
4. SU APARICIÓN EVITA LA EMERGENCIA DE LA ANGUSTIA AUTOMÁTICA INUNDANTE, Y SE PRESTA COMO OBJETO PARA LOS PROCESOS DE REINVESTIDURA.
5. CARECE DE SIGNIFICACIÓN PRIMARIA POR PERTENECER AL ORDEN BIOLÓGICO.
6. INICIA PROCESOS RESTITUTIVOS QUE RESIGNIFICARÁN SECUNDARIAMENTE AL HECHO INCLUYÉNDOLO EN UN DEVENIR TEMPORAL HISTORIZABLE.

El acontecimiento somático actúa como un elemento a partir del cual se puede desenmascarar e ilustrar la repetición y desde él se hará construcciones; aunque de ningún modo atribuyéndole un simbolismo inconsciente intrínseco, como sucedería en la interpretación del síntoma conversivo. Predominaría la idea de que el acontecimiento somático se constituye como un hito histórico que denuncia un suceso al cual el sujeto no tiene acceso directo. El acontecimiento somático, en tanto es expresión de la compulsión repetitiva, es una búsqueda imperativa e irrefrenable del objeto perdido en el pasado e inhallable en el presente, troca el amor que no fue con el objeto primario por una manipulación compulsiva del soma en la actualidad.

En el tratamiento psicoanalítico el acontecimiento somático adquiere el sentido de dar acceso, a través del trabajo de historización, a un universo simbólico que reduciría el espacio de la escisión mente-cuerpo. Éste es un hiato existente porque tal integración no habría sido lograda en el desarrollo debido a la falta o déficit de un buen equipo

representacional. Es en el universo del símbolo, de la palabra con valor simbólico, donde el hiato mente-cuerpo desaparece. Es dentro del campo analítico donde la repetición puede tornarse en recuerdo gracias al aporte significativo del psicoanalista que permite la transformación de la presentificación en representación. Con esta significación ulterior podemos romper con la concepción fatalista de la predisposición en estos cuadros ya que podemos aspirar a modificaciones a través de un psicoanálisis que corte con la compulsión repetitiva, a partir de escenificaciones secundarias de los elementos que se expresan en el acontecimiento somático.

Analizar, con estos pacientes, sería por lo tanto llenar un vacío, construir lo no construido en la historia material, mentalizar la aún no integrada respuesta biológica a través de construcciones, aportadas por el analista; quien por medio del habla incluye en los procesos de simbolización, a la expresión regresiva y presentificadora del lenguaje somático, cuyo paradigma es el acontecimiento somático.

En el apartado siguiente he de plantear una serie de referentes clínicos que nos pueden servir de guía para el abordaje del complejo campo de los cuadros con intervención somática.

LAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS EN EL CAMPO PSICOANALÍTICO

Dentro de la clínica psicoanalítica actual, un tema convocante lo constituyen "las psicosomáticas". Clásicamente se definen como tales una serie de enfermedades en las que el daño somático irrumpe a partir de un conflicto psíquico que no es reconocido por el sujeto como tal. A lo largo de toda la obra freudiana no está nunca mencionada la palabra "psicosomática", sin embargo, el psicoanálisis contribuyó en gran medida al desarrollo de las bases de estudio de este área de la patología. Esta es una de las extensiones clínicas ganada por sus teorizaciones.

En el campo psicoanalítico la lesión de un órgano o de un tejido no puede ser el elemento que permita y guíe un tratamiento y menos aún un diagnóstico de estructura mental. Si se plantea un diagnóstico desde la idea de lesión de órgano es porque falla el instrumento psicológico que permitiría tal diagnóstico.

¿Por qué no pensar entonces en esta falla y ubicar el plano de lo faltante en lo mental, en los procesos del psiquismo?

No es lo mismo abordar al objeto de estudio jerarquizando la lesión tisular que hacerlo desde categorías desarrolladas a lo largo de un siglo de investigación psicoanalítica.

La clínica psicoanalítica de los pacientes somáticos es multifacética y compleja. El heterogéneo “campo de lo psicosomático” abarca un conjunto de situaciones que incluyen las interacciones entre lo psíquico y lo somático, interacciones que van desde las enfermedades clásicamente descritas como tales hasta acontecimientos puntuales y esporádicos en los que el cuerpo responde ante la imposibilidad de procesar un conflicto a nivel mental. Por otro lado, hoy no concebimos ninguna enfermedad corporal sin un correlato psíquico. En este campo clínico abarcamos tanto a pacientes con episodios agudos y transitorios, como sujetos en los que su identidad está organizada bajo el nombre de una enfermedad. Ellos son la enfermedad y no renunciarían a ella, ya que no pueden transitar, ni aún desde un psicoanálisis las vivencias de duelo, desintegración y vacío que el cambio propuesto les implicaría.

En este complejo campo no sólo cuenta el factor temporal, de lo transitorio o de lo establecido vía identificación, también tratamos de entender si el sujeto se cuestiona o no acerca de su padecimiento, si es causa o no de vivencia de conflicto y de demanda de análisis. No es lo mismo quien se interroga acerca de su padecer, que aquél que enviado desde el aparato médico y vive con extrañeza e indiferencia el discurso psicoanalítico.

Estos distintos pacientes al ser estudiados por parte de distintos analistas o grupos dieron lugar a teorizaciones parciales que son parte de las conceptualizaciones que actualmente se usan en la clínica. El paciente psicosomático descrito por Pierre Marty es muy distinto del relatado por Joyce McDougall y éstos de aquél que porta el fenómeno psicosomático, tal como lo conceptualiza Jacques Lacan. Otro tanto ocurre con el sobreadaptado, paciente caracterópata, descrito en nuestro medio por Liberman y colaboradores. También referir a conceptualizaciones más cercanas a una visión de la histeria, como pueden ser los desarrollos de Chiozza y su escuela, o las concepciones del grupo bostoniano. Por lo tanto tenemos qué preguntarnos de quienes hablamos cuando nos referimos a los pacientes psicosomáticos.

Tres preguntas guiarán esta exposición. Ellas son: ¿Cuáles son los cuadros con expresión corporal? ¿Cómo tomar al paciente con acontecimientos somáticos desde la clínica psicoanalítica actual? ¿Cuáles son los elementos con que contamos desde el psicoanálisis para hacer un diagnóstico en relación a lo somático?

¿Cuáles son los cuadros con expresión corporal? El rango de la expresión corporal va desde el síntoma de la conversión histérica hasta el acontecimiento somático. Uno y otro son manifestaciones de dos extremos diferentes de funcionamiento mental: de máxima expresión de trabajo y de transformación psíquica en la histeria; de claudicación del aparato mental y su desorganización en las patologías somáticas. El cuerpo "habla" - en el sentido de que se expresa- de distintas maneras y es función del analista descifrar su sentido. Como una Piedra de Rosetta coexisten en su expresión diferentes idiomas. Ésta es una enseñanza de Freud. Él inauguró hace un siglo una nueva era al atribuirle una significación a las expresiones de la histeria. La idea de símbolo mnémico rompe con los conceptos de su época. Ya en el caso Dora, diferencia el discurso de la histeria, fracturado y suturado como expresión de la represión, del discurso de la enfermedad somática, lógico, coherente y duplicador de una realidad que se impone al psiquismo y que no admite transformación. Freud marca en este historial que el análisis es un hecho de discurso, en el cual lo corporal vendrá desde dos polos: desde el cuerpo erógeno, el de la psicosexualidad, que es un cuerpo a nivel representacional, paradigmático de la histeria. Y desde el del soma, correspondiente al plano biológico, que es un cuerpo carente de simbolismo y transformación psíquica, en las enfermedades somáticas.

¿Cómo tomar al paciente con acontecimientos somáticos desde la clínica psicoanalítica actual? *Lo tomaremos como un paciente severamente perturbado, como una de las formas de expresión de la patología narcisista, en la que la respuesta a una injuria es una inhibición, ausencia o claudicación de las funciones mentales, con una perspectiva concreta de la vida psíquica y la realidad. Claudica el aparato psíquico en su intento de procesar estados de conflicto o tensión, y con la aparición de estos acontecimientos son drenadas las tensiones en el plano orgánico. Queda así sustentada la paradoja de que el sujeto se siente mejor cuando lo somático está presente y concita su atención.*

El acontecimiento somático es un fenómeno restitutivo, que sobreviene luego de un quiebre narcisista, a partir del cual el sujeto trata de restablecer una integración de su mismidad involucrando actos en el área corporal. Nos ubicamos en el terreno del pasaje al acto, espacio característico de estas patologías, en las que el acontecimiento, fenómeno o respuesta somática, según distintas corrientes de pensamiento psicoanalítico, permite drenar defensivamente el exceso de carga o tensión que sobrepasa la posibilidad de procesamiento mental por parte de una estructura psíquica

desorganizada o con déficit en su estructuración. Este drenaje marca el pasaje desde el imperio de la fantasía, como lugar del procesamiento mental del conflicto, al imperio del acto. Es un accionar inconsciente donde la compulsión de repetición reactiva primarias experiencias de búsqueda de descarga de la tensión. Defensivamente se trata así de proteger la estructura de una cantidad no cualificada de carga que barrería con ella.

Estaríamos ante una regresión a un estado preverbal y preconceptual donde predominan las descargas de orden biológico por desorganización de los filtros mentales para la excitación. Un estado en el que dominan las percepciones y las vivencias. Estos pacientes, que padecen una imposibilidad a pensar en el mundo mental propio y en el del otro, se conectan a través de la experiencia sensorial somática, donde se sustituye el vínculo objetal por el manipuleo compulsivo del soma.

El preconciente funciona como un sistema inhibitor de la descarga indiscriminada. La representación palabra, característica de este sistema, con su función de ligadura de las cargas, es uno de los organizadores de la vida psíquica. El pensar impone criterios de realidad desde los cuales se tiende a preservar la vida del sujeto. Los procesos de pensamiento son los que implementan el cuidado de sí, a través de acciones que no pongan en riesgo a la persona. A mayor riqueza y espesor representacional expresado por un rico mundo fantasmático, tantos más serán los caminos posibles para resolver las ofensas y demandas de la realidad. Demandas que, provenientes del espacio exterior o del interior del psiquismo, incluyen al soma como una exterioridad, que a pesar de ser propia, es siempre vivenciada como ajena y extraña. Sólo por la intervención de lo fantasmático puede el sujeto adueñarse de su soma con la instauración del cuerpo erógeno.

El espesor del preconciente, determinado por la riqueza representacional y la capacidad simbólica, consecuencia de la experiencia vivencial del devenir de la vida del sujeto, interviene en los procesos de adueñamiento psíquico del soma y su inscripción como cuerpo erógeno. El rebalsamiento de las funciones del preconciente se puede dar por factores externos o internos. Entre los internos jerarquizaría la deficiente organización del preconciente en el vínculo temprano. Una elevada exigencia del Ideal también lleva al desmantelamiento del caudal representacional. Cuando sus acciones son descalificadas por el Ideal, se crea una situación enloquecedora que lleva a la regresión, a la desmentalización progresiva y a la expresión somática del conflicto. El soma se

constituiría como el órgano efector de tensiones no contenidas en el área de lo mental. Entre los factores externos remarcaría la descalificación o abandono por parte del objeto amoroso, más si éste es único e idealizado. Desde Freud se toma al acontecimiento somático como una defensa frente al dolor psíquico que es imposible de soportar. En el libro sobre el Presidente Wilson, Freud dice que "la enfermedad somática es más soportable que el dolor a nivel mental". Esta perspectiva se observa en los momentos en los que falla el filtro preconsciente, allí hay una atracción y un funcionamiento desde lo inconsciente.

Cuáles son, o qué elementos intervienen en los momentos de pasaje de la salud a la enfermedad, y de la enfermedad a la posibilidad de reordenar o rearmar la estructura mental.

En principio diría que dentro de este modelo conocemos los conceptos de progresión y de regresión. En ese sentido la posibilidad de funcionar a través del filtro preconsciente marca lo que Freud llama el proceso secundario, la posibilidad de una mayor estructuración dentro del psiquismo, que se caracteriza, por las ligaduras de cargas, por el control de la motilidad, lo que va a permitir instaurar distintos criterios de realidad.

Desde esa perspectiva podemos tomar que en los momentos donde falla el filtro preconsciente hay una atracción y un funcionamiento tendiente a la descarga desde la modalidad de lo inconsciente. La tendencia a la descarga y al acto es uno de los elementos básicos que observamos en estos estados. En los pacientes somáticos; se ven estas características en detrimento de los procesos de pensamiento, de ligadura. Es importante tener en cuenta la posibilidad de transmisión de los estados afectivos a través de la palabra. El análisis se basa en el concepto de abreacción con el que se incluye a la palabra como protagonista en las psiconeurosis, mientras en las patologías somáticas la tendencia a la descarga tensional las enmarca como patologías del acto.

¿Cuáles son los elementos con los que contamos desde el psicoanálisis para hacer un diagnóstico situacional en relación a lo somático? Como resultado del trabajo de los psicoanalistas, poseemos un sinnúmero de instrumentos de abordaje que, desde distintas escuelas teóricas, permiten leer los referentes empíricos de la sesión de análisis. En el amplio espectro de la expresión somática, que prácticamente abarca todas las estructuras psicopatológicas, debemos estudiar su aspecto fenomenológico y ubicarlo en

el contexto de la regresión y del nivel de organización estructural. Sólo en este contexto se pueden discriminar las distintas entidades.

Freud introdujo las ideas de progresión y regresión conformando un circuito que involucra la organización psíquica, la angustia predominante en cada momento, como así también las modalidades de vínculos objetales. Dentro de este circuito la aparición de un acontecimiento somático requiere un estudio transversal en el que se pueda evaluar: el nivel de organización de la estructura psíquica, la capacidad de simbolización, los vínculos objetales y la cualidad del objeto. También tendremos que evaluar la vida emocional, las reacciones del sujeto ante la pérdida del objeto, las características del duelo y sus vicisitudes, marcando especialmente la diferencia entre depresión esencial y la depresión con contenido por pérdidas objetales. Las resoluciones patológicas del duelo, que coinciden con la aparición de acontecimientos somáticos, emparentan a estos acontecimientos con la paranoia y la melancolía. Otros aspectos a tomar en cuenta son las relaciones entre un pensamiento transformador, elaborativo y un pensamiento operatorio que cumple una finalidad evacuativa. Este último se vincula a una falla del proceso de pensar. Junto con el fracaso de la función onírica y las certezas psicóticas se constituyen en elementos que, al desplegarse en el discurso del sujeto, revelan una forma arcaica de funcionamiento de la estructura psíquica. Freud también dejó la idea de que no nos podemos fijar en un punto de abordaje y una única atribución de sentido a un fenómeno. Este concepto es igualmente aplicable a lo somático, aunque nos haya advertido acerca de la escasa transformación subjetiva en estos casos.

Los referentes antes citados, presentes en todo análisis, tienen distintos gradientes de intervención y definen el sentido de la presentificación del acontecimiento somático en el campo del discurso.

Un tema importante es el de la temporalidad. Por obra de la defensa, la temporalidad cronológica está alterada en las psiconeurosis. Pasado, presente y futuro componen un imbricado entretejido por el que circula el deseo y se expresa una historia que oculta y da sentido al devenir del neurótico y su enfermedad. Por el contrario, el tiempo lineal del relato del desarrollo de la enfermedad en la somatosis desnuda la ausencia de historización fantasmática, rasgo que también es patrimonio de las neurosis actuales.

Todo lo expuesto anteriormente nos lleva al estudio de las defensas; no es lo mismo un cuadro en el que predomina el uso de la represión, prototípico de la histeria, que

aquellos cuadros en los que nos encontramos con fenómenos de escisión, proyección y desmentida, en los que la duplicación y/o mimetismo muestran la pobreza de una neurosis de carácter. La renegación de la realidad psíquica y el vínculo adictivo con la realidad exterior, acompañados de la desestimación de las percepciones del propio cuerpo, forman un conjunto característico de los pacientes somáticamente vulnerables.

En cuanto al abordaje de la vida emocional del sujeto, merece mención particular el concepto de alexitimia como falla en la semantización de los afectos. La alexitimia alude al defecto organizativo del preconciente; siendo también ésta un referente discursivo. La vida emocional del paciente somático está caracterizada por las vivencias de turbulencia que barren con los intentos de semantización del sujeto.

También es importante tomar en cuenta el estudio del vínculo transferencial-contratransferencial, en el que se repite y actualiza la historia de las situaciones infantiles. A través de este estudio llegamos a la construcción de un modelo que da cuenta de la organización del psiquismo temprano, punto de regresión para las patologías somáticas. Desde esta modalidad de la transferencia podemos definir tres niveles de análisis:

1. el primero alude a la regulación de la distancia entre la representación mental que el sujeto tiene de sí mismo y la que tiene del objeto. Los acontecimientos somáticos pueden ser necesarios para crear o recrear una experiencia de distancia psíquica ante el peligro de los embates de la cantidad, en ausencia de la cualificación que aporta la representación.
2. El segundo nivel se relaciona con el uso inconsciente que hace el paciente de la enfermedad para manipular un aspecto de su realidad que evita o suscita una fuente de displacer.
3. Finalmente, el tercero está ligado a la presencia de ansiedades enraizadas en el significado personal inconsciente de algún aspecto del tratamiento que crea el deseo de evitación y no-adherencia al análisis para preservar la escisión.

La lejanía o la proximidad con la figura actual del analista, que representa y presentifica una figura significativa del pasado, marcan diferentes cualidades del proceso. La lejanía recrea una vivencia persecutoria con el objeto con características de violencia, irracionalidad y vacuidad, generadoras de las alteraciones de la organización narcisista. La proximidad en el vínculo transferencial muestra la disposición para un procesamiento psíquico, surgiendo así fantasías, sueños, pensamientos, sentimientos en conexión con la imagen mental del otro. En la actualización transferencial con la característica

compulsiva de la repetición, la insistencia, la crítica y el odio presentificado aparecen como un intento de recuperación del objeto cuidador primario, objeto de la necesidad, precursor de los objetos de la sexualidad. La paradoja de la transferencia en el tratamiento de los pacientes con expresión somática está dada por la pérdida de control del objeto cuidador primario y el intento de su recuperación.

Tampoco podemos dejar de lado lo atinente a elementos del orden del estudio del carácter, que nos permiten abordar las implicancias defensivas de los acontecimientos somáticos. Son conceptos valiosos para la comprensión de este campo de trabajo los de "falso self", "personalidades como sí" y de "adaptación patológica al otro", es decir lo trabajado en nuestro medio como "sobreadaptación".

Del mismo modo es relevante el tema del simbolismo, el estudio de la existencia o ausencia de distancia metafórica con la cosa, es decir, si existe o no hiato entre el símbolo y lo simbolizado. Se incluye en esta perspectiva el concepto de la falla de la función alfa según Bion y el acontecimiento somático considerado como elemento beta.

Los referentes mencionados con anterioridad nos permiten tomar al acontecimiento somático e insertarlo en un conjunto que ubica a las psicósomáticas desde las categorías de una teorización psicoanalítica.

Quisiera enfatizar, como ya lo mencionara anteriormente que el único estado psicósomático de integración entre mente y soma es la salud, siendo éste un estado ideal de integración.

Las patologías, de las que nos ocupamos en este trabajo, son estados en los que predomina la escisión. Le cabe al yo el desempeño de una función integradora de psique y soma, dada por la capacidad de representar al propio sí mismo como una figura pensante con posibilidad de sentir, representar y procesar los estímulos que le llegan desde sus dos exterioridades: el soma y la realidad. Esta función yoica se da en los niveles de mayor mentalización. Allí donde la función falla, aparecen los estados con presentificación somática. Estados en los que la mente claudica y el soma responde biológicamente.

Por último consideraría la presencia de integradores de la unidad somatopsíquica, son ellos: el soñar, la palabra en su función de elemento ligante y base de las historias que dan sentido a la vida de un sujeto además de actividades creativas que permiten la resolución de conflictos y que lo proyectan en su trascendencia.

SOBRE LA REGRESION Y SUS CONSECUENCIAS

Cabría en este punto hacer algunas reflexiones sobre la regresión y los resultados psíquicos de la misma. En términos generales el proceso regresivo está tomado en la obra freudiana desde la perspectiva de las fases libidinales. Si tomamos los conceptos freudianos de evolución libidinal y organización del Yo del artículo "La Disposición a la Neurosis Obsesiva" por un lado, y la cita del "capítulo VII del libro de los sueños", apartado "La Regresión", donde dice que toda regresión es temporal, tópica y formal; debemos plantearnos el problema de la organización yoica y la lógica de pensamiento que acompaña a cada punto de fijación. Desde la perspectiva de la psicopatología podemos considerar que la regresión lleva a un punto de fijación temprano desde el cual la reacción afectiva se expresa por lo corporal.

El modelo para esta configuración regresiva lo hallamos en Freud en el artículo "Los dos principios del suceder psíquico". Allí vemos una configuración de aparato mental primitivo al que denomina yo de placer. En esta conceptualización teórica el soma como fuente de demandas es vivenciado como no perteneciente al incipiente sujeto psíquico.

Creemos que la regresión y la alteración del juicio de realidad son ejes básicos para la instauración de la somatosis. Desde el punto de vista de un paciente adulto esta configuración regresiva implicaría una alteración del sentido de realidad ya que una parte de sí mismo, esencial por ser su soporte biológico y por aportarle representaciones para su configuración psicológica es tomado como no-yo y se drenan por su intermedio las tensiones no soportadas en el continente mental. Aparece la lesión orgánica como resultado de este acto y queda alterado el instinto de conservación.

Una cita de Joyce Mc Dougall nos parece oportuna en este momento: "El cuerpo reacciona frente al conflicto psíquico como si fuera una noxa externa". Los resultados erróneos de estas reacciones se basarían en una profunda alteración del juicio de realidad que junto con la regresión y la instauración de planos de clivaje particulares donde el propio soma se enajena explicarían la aparición del acontecimiento somático como fracaso del procesamiento mental.

Desde el modelo freudiano de duelo y melancolía podemos establecer que parte del proceso de somatización puede estar ligado al incremento de las mociones destructivas y al borramiento sujeto/objeto que implica la elección de objeto narcisista y la regresión. Si a esto agregamos la escisión del cuerpo en la concepción que el sujeto tiene de sí; lo

ajeno que aporta placer forma parte del yo el cuerpo del Otro al no demandar transformación es tomado como Yo y el propio soma demandante es no-yo; podemos entender al proceso de somatizar desde el fenómeno del "agieren" como una descarga del incremento de tensión en ese espacio ajeno, exterior a la mente del sujeto, que es su propio soma.

Estamos acostumbrados a pensar en la somatización como una problemática en la que tienen predominancia las sobrecargas tensionales del aparato mental. El modelo económico nos permitió discriminar estos acontecimientos respecto de la histeria. Creo que es necesario encontrar un modelo que incluya un planteo metapsicológico más completo.

Si basados en la mayor incidencia de esta patología en los pacientes con depresiones o duelos, tomamos el modelo de la melancolía, podríamos pensar que los factores que intervienen en la somatización son: las pérdidas objetales, si se acompaña de un incremento de la culpa por fantasías de ser responsable de dichas pérdidas debido a un incremento de las mociones hostiles provocadas por el abandono del/al objeto. Esta situación tendría como apoyatura previa en un objeto de elección narcisista y el consecuente vaciamiento del yo del sujeto con disminución de los umbrales de percepción del dolor. Se produciría defensivamente una regresión durante la cual el soma sería experimentado como no perteneciente al sujeto y habría entonces un extrañamiento de la prueba de realidad. Finalmente se daría el acontecimiento somático por el pasaje al acto, que indicaría la presencia de fallas en la función yoica de la simbolización, claudicación de los procesos de pensamiento y la actuación de descargas agresivas en el espacio externo-interno, que es el propio soma.

Los descriptos anteriormente serían pues, procesos de ruptura narcisista, donde la somatización correspondería al momento de la restitución que se hace a predominio del área somática. Estos procesos tienen un carácter defensivo ya que el acontecimiento somático preserva al psiquismo de vivenciar al conflicto en ese nivel. Queda postergada la situación de trabajo de duelo porque hay una perentoria necesidad de ocuparse de la urgencia "actual" de lo somático.

En estas condiciones también el trabajo analítico queda alterado debiendo el analista luchar contra las postergaciones que impone el paciente en aras de una urgencia que, si bien está presente, no es obstáculo para asignarle sentidos a su "enfermedad somática". La resistencia al análisis está basada en una necesidad patológica del

paciente de no sobrecargar con la angustia propia del tratamiento a su ya sobrecargado aparato psíquico.

Los referentes que figuran en lo escrito anteriormente son una síntesis de los elementos que deberíamos indagar ante la aparición de una presentificación de lo somático en el campo clínico. Iré desarrollando los mismos en los distintos apartados de este trabajo. A continuación haré una aproximación a los distintos enfoques sobre el cuerpo enmarcándolo en los conceptos de repetición, como característica de lo orgánico y su posibilidad de historizarse, como expresión de lo psíquico.

CAPITULO 2º: EL CUERPO EN PSICOANÁLISIS

CUERPO Y ACONTECIMIENTO SOMÁTICO. PREHISTORIA Y POTENCIALIDAD REPETITIVA ACTUAL PRESENTACIÓN CLÍNICA PREHISTORIA Y ORGANIZACIÓN MENTAL DE LA REPRESENTACIÓN DEL CUERPO UNA PRIMERA PROPUESTA TERAPÉUTICA

CUERPO Y ACONTECIMIENTO SOMÁTICO. PREHISTORIA Y POTENCIALIDAD REPETITIVA ACTUAL.

Si hay un concepto que marca los límites del campo del psicoanálisis, ése es el del cuerpo.

Su sentido no es unívoco dentro de la teoría psicoanalítica, lo que hace necesario preguntarse qué acepción de cuerpo se usa al aludir a lo corporal. Sus diferentes acepciones van desde lo extraterritorial al psicoanálisis hasta su núcleo. Desde el soma, extremo biológico, hasta el cuerpo, construcción de la fantasía, se despliegan una serie de nociones que corresponden a diferentes estructuras psicopatológicas.

Las primitivas experiencias vitales son somáticas y generan vivencias perceptuales y emocionales que son parte de la prehistoria del sujeto y de la protohistoria de su organización mental. Cuando el soma deviene en representación, las descargas frente a los estímulos son contenidas por la palabra. Accedemos al universo del símbolo. Se inician los procesos de pensamiento y se inhiben las descargas automáticas. Estas descargas, que siguen vías biológico-reflejas, son idénticas para todos los humanos. Las resoluciones ulteriores, pertenecientes al universo simbólico, de las tensiones y sus descargas, ya tienen su singularidad y llevan a la individualidad de la historia de cada sujeto.

Los intentos de anular la tensión están guiados por las circunstancias personales expresados a través de la compulsión de repetir. Diferenciaremos la repetición del universo biológico de la del universo simbólico. En el primero no habría transformaciones

entre una y otra vez. Sería la repetición de lo idéntico. Mientras en el universo simbólico entre una y otra vuelta aparecerían diferencias dadas por el trabajo psíquico. En este segundo caso por la acción de la metáfora, nos encontramos en la repetición de lo mismo. Las diferentes instancias se sustituyen entre sí pues aunque fenomenicamente diferentes una representa a la otra.

Cuando el psiquismo queda saturado en su posibilidad de resolver la tensión, las descargas siguen vías biológicas de drenaje y se presentifican como acontecimientos somáticos alejados de la individualidad de la expresión del cuerpo erógeno.

El soma es sede y órgano ejecutor de las descargas de tensión que no son soportadas ni transformadas por el aparato mental. Estas descargas cumplen la función de preservar al psiquismo de la desorganización.

El campo teórico psicoanalítico está organizado sobre una serie de hipótesis que son metáforas corporales. Desde los conjuntos neuronales del Proyecto, hasta el Yo como proyección de una superficie corporal percipiente, las metáforas del cuerpo forman parte de la base para las explicaciones metapsicológicas. Las teorías pulsionales son, por otro lado, el paradigma de la metáfora corporal. Nos enfrentamos de esta manera a un "cuerpo construcción", fantasmático, el cuerpo de la psicosexualidad. Cuerpo simbólico que se aleja del soma biológico.

Es justamente en esa separación donde nace el estudio psicoanalítico del hombre. El concepto de representación psíquica marca ese nacimiento. El pasaje del soma demandante al cuerpo erógeno, cuerpo del deseo, nos introduce en el mundo del símbolo, mundo de la fantasía. El material de la realidad psíquica es el objeto del psicoanálisis.

El cuerpo de la fantasía pierde cada vez más su anclaje anatómico, y adquiere otros contornos para ganar el camino del placer. Ya nos advierte Freud, en el libro de "La Histeria", respecto del cuerpo de las psiconeurosis, que este cuerpo desdibuja límites, no los respeta. Pierde su demarcación concreta, aquella descrita por el anatomista para hablarnos de otras configuraciones, de otras escenas, de otros momentos, de otros afectos. Es un cuerpo marcado por los deseos de un otro. Un otro que ayuda en la historia del sujeto a su descubrimiento e inscripción psíquica. Cuerpo representación (*vorstellung*) que habla de poner el cuerpo delante de la escena que oculta. Este es un cuerpo construido en el transcurso de la historia del sujeto; un cuerpo que no tiene representación primaria sino que delata los vínculos y sus vicisitudes, a través de los

cuales se irá registrando perceptualmente a nivel mental. Es un cuerpo simbólico, organizador de y organizado por la fantasía que toma de él su soporte de figurabilidad. Sólo a través de las representaciones se adquiere la capacidad de hacer consciente lo que en el cuerpo ocurre.

Nos manejamos, por lo tanto, con distintos conceptos cuyos extremos son el soma (entidad biológica), entidad asimbólica y concreta y el cuerpo erógeno (cuerpo libidinal, cuerpo catectizado, cuerpo hablado), con significado simbólico, entidad abstracta construida en el ámbito mental. Esta entidad, que se consolida con el desarrollo psicológico y da cuenta de una mayor evolución en los vínculos y de los procesos de simbolización, es la sede de los procesos de la psiconeurosis.

La distancia existente entre los conceptos de soma y cuerpo erógeno es diferente en los distintos cuadros psicopatológicos con expresión corporal. Soma y cuerpo erógeno implican teorizaciones y abordajes terapéuticos distintos. La distancia entre ambos es mínima o inexistente en las afecciones psicósomáticas y mayor en las psiconeurosis.

En este capítulo quiero referirme al soma asimbólico y concreto que aparece con frecuencia en las afecciones psicósomáticas.

El soma, entidad concreta, es el que se impone a la psiquis con lo perentorio de sus necesidades, obligando al sujeto a procesamientos extremos para poder tolerarlo en su constante demanda de satisfacción.

El dolor, el envejecimiento, la enfermedad, y la muerte son situaciones que exigen, imponen un trabajo al yo para poder sobrevivir. Nos encontramos frente a los dos polos del conflicto: el soma que exige la satisfacción de sus necesidades y el yo que se defiende, tratando de procesar dichas exigencias perentorias.

El soma coloca al aparato mental en una situación de constante exigencia de trabajo de elaboración psíquica para continuar la vida. Sus exigencias imponen al Yo compromisos, renunciaciones, y duelos que se repiten y deben ser superados.

Dice una paciente adolescente:

"Hasta mi cuerpo me quiere joder a mí misma. Quizás esté mal físicamente, me levanto mal, con dolor de cabeza. No puedo hacer nada, me duele todo, estoy cansada y no puedo aprovechar lo que hago. Estoy preocupada por una mancha que me salió, me tengo que cuidar del colesterol. Mi padre me dijo que me tengo que cuidar; si no, me voy a morir a los treinta años"

Frente a la percepción de malestar y dolor, se establece un hiato y las manifestaciones somáticas son enfrentadas por el sujeto como una propiedad extraña a la que se enfrenta en forma diferente, según las distintas formas de organización mental. Cuanto más regresivo sea el cuadro psicopatológico, tanto más registramos a la escisión como defensa entre el acontecimiento somático y el suceder mental.

En el libro "La interpretación de los sueños", Freud trae al cuerpo como un perturbador del reposo, al ser portador de estímulos que plantean al aparato mental una constante exigencia de trabajo en el plano psíquico. En los procesos inherentes a los acontecimientos somáticos se exageran las exigencias de transformación psíquica y actúan a la manera de los restos diurnos del sueño, como remanentes que el yo deberá elaborar para permitir la continuación del vivir.

Cuerpo y mundo externo aparecen como categorías equivalentes con relación al aparato mental y adquieren eficiencia y eficacia patógena o terapéutica en cuanto pierden o ganan representabilidad. Es decir, es sólo a través de su inscripción mental que cobran significación psíquica y exigen procesos de elaboración en ese plano. Las representaciones mentales del cuerpo toman una especial significación respecto de la identidad del sujeto y del vínculo de éste con su enfermedad.

El cuerpo que sufre, ya sea por su morfología, por su enfermedad o por la frustración de sus necesidades, constituye el soporte de los primeros procesos de escisión, base de la discriminación del yo y la diferenciación con la realidad. El dolor marca la independencia del cuerpo de los deseos del yo. El cuerpo se muestra como un objeto independiente, no reducible a su puro ser psíquico. Se crea así un enfrentamiento entre el extremo biológico que denominamos soma y el extremo mental que adquirirá distintos nombres: cuerpo, cuerpo erógeno, cuerpo fantasmático, cuerpo hablado, cuerpo representado, etc.

El soma se presenta al aparato psíquico como un objeto del cual éste debe defenderse, a pesar de estar soldado a él. Situación paradójica imposible de resolver. Tal paradoja genera transacciones relativas al soma: desinversión, intentos de reparación, intentos de satisfacción y demandas de protección. Simultáneamente estas transacciones cumplen con la finalidad de preservar al aparato psíquico de su atacante: el soma, sede de la exigencia de satisfacción de necesidades perentorias. Esta exigencia desempeña, sin embargo, una función estructurante para el psiquismo. Surge así la situación paradójica y ambivalente de cuidado, inversión y protección constante del soma que

desde sus demandas ataca al aparato psíquico, exigiéndole un constante trabajo de resolución de tensiones, produciendo concomitantemente la ruptura de la ilusión narcisista al enfrentarlo al dolor de su propia finitud. El cuerpo sólo le entrega a cambio al yo, el fugaz goce del placer de la sensualidad.

En el ámbito de lo psicológico, la relación de lo mental con el soma está garantizada por el hecho de que el yo, para representarse a sí mismo, necesita de las representaciones del cuerpo. Sólo a través de las imágenes corporales el yo puede adquirir representación psíquica. Con todo, la ambivalencia frente al cuerpo tampoco termina de resolverse, e incluso el yo puede condenar a su cuerpo a la muerte. Y esto es precisamente lo que sucede en las afecciones psicósomáticas.

Es posible observar que dentro de la patología mental con manifestaciones corporales se encuentran dos extremos. Histeria y psicósomática pueden tener signos comunes de expresión pero son profundamente diferentes en su constelación inconsciente. Dichos signos están plenos de sentidos simbólicos, posibilidad de la expresión afectiva en los vínculos objetales y enmarcados en el predominio de la problemática edípica en el extremo neurótico. En el otro extremo, en el de la patología narcisista, predomina la problemática de la indiscriminación con la madre en el pasado y su reedición con el objeto en la actualidad, y los mecanismos defensivos son el repudio, la desmentida, la proyección y la identificación proyectiva (indiscriminación sujeto-objeto).

Típico del extremo narcisista, el acontecimiento somático constituye una forma de descarga de la tensión indiscriminada. Esta descarga sigue vías reflejas biológicas, idénticas para todas las personas. Una úlcera gástrica, un lupus eritematoso o un ataque de asma son idénticos en su forma de expresión en diferentes personas. Mientras que un síntoma conversivo habla de la historia particular del sujeto y su expresión es multifacética.

Desde la perspectiva de considerar al polo somático como un extremo concreto y asimbólico, en estas patologías la función del tratamiento psicoanalítico sería crear un sistema con sentidos que pueda aportar al sujeto una forma de expresión mental. La creación de construcciones sobre los vínculos tempranos y su repetición actual a través del acontecimiento somático en la transferencia, es el instrumento jerárquico. Con él se irá recuperando la vida emocional y se discriminarán sentimientos y afectos que permanecen repudiados por la acción de la defensa alexitímica.

Si se recuerda lo anteriormente planteado en relación con la representación cuerpo como expresión de una historia de los vínculos y sus vicisitudes, se observará que este escrito queda enmarcado en la polaridad soma, referente biológico e historia. Un material clínico servirá para ejemplificar algunos modelos de abordaje de un paciente con acontecimientos somáticos, en su recorrido hacia la psiquización del conflicto.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La escritura y la clínica tienen elementos en común: el descubrimiento o creación de una historia, el delineamiento de un personaje y sus afectos, sus amores y odios, su relación con los otros. El psicoanálisis exige además el descubrimiento de la inserción de la historia en el eje de las repeticiones dentro del marco de la situación transferencial. Dentro de este marco surgirán las transacciones que dan cuenta del conflicto inconsciente a través de los relatos que se intercambian en el campo analítico.

Toda historia delinea la relación entre el protagonista y su antagonista. La característica del protagonista es su sufrimiento. Protagonista: proto-agon, significa que el dolor es su vida, su razón de ser como humano. Su opositor en el drama clásico es el antagonista: en contra del dolor. Él es quien brinda la ilusión de que el dolor esté ausente. La oposición protagonista-antagonista se encarna en aquellas personas que eluden al sufrimiento, mientras que ponen en el lugar del otro a su propio soma. El soma los protege del sufrimiento mental pero los inserta en la paradoja de enajenarse de sí mismos.

Con estos pacientes en los que se presentifican los acontecimientos somáticos, el trabajo del análisis consistirá en que sólo si se hacen cargo de su sufrir, tendrán existencia propia. Habitar el propio cuerpo con su dimensión doliente y mortal romperá con la ilusión narcisista y omnipotente de exclusión del sufrimiento, proyectado en la propiedad extraña que es el soma. En esta proyección se crea una deuda de eterno retorno que es el acontecimiento somático, como intención de eludir el dolor.

El material que describo a continuación fue seleccionado para mostrar la constelación psíquica de un hombre que padecía de acontecimientos somáticos y cuyos conflictos no eran vivenciados en el ámbito de lo mental. Se trataba de un paciente con una profunda incapacidad para enfrentar los duelos y una marcada tendencia a la actuación. Las experiencias traumáticas de sus carencias tempranas se expresaban en diferentes áreas: en su propia persona como acontecimientos somáticos, en sus vínculos

íntimos la tendencia a la actuación como ser una compulsión a embarazar y hacer abortar a su mujer, y en el análisis a provocar interrupciones, a pesar de haber estado en el mismo durante mucho tiempo. Estos aspectos repetitivos eran además conmemoraciones inconscientes de aniversarios de pérdidas.

El Sr. D., en el momento de la primera consulta, tenía 32 años aunque su apariencia siempre fue la de un hombre viejo. Calvo, de contextura pequeña, muy delgado y sumamente formal, el Sr. D. estaba deprimido y preocupado por su situación económica. En unos pocos días habría de someterse a una gastrectomía por una úlcera crónica que lo atormentaba desde su adolescencia. El Sr. D. venía enviado por un médico clínico. Estaba sumergido en una sensación de desconcierto y sin noción del por qué de su consulta. La preocupación básica del Sr. D., en el momento de la entrevista, era que no ganaba lo suficiente de acuerdo a un standard que él se había fijado, que para ese momento era desproporcionado con relación a su actividad. Siempre preocupado por los números, me relató que había tenido conflictos con su socio, un hombre mayor, de la edad que hubiese tenido su padre, que ya había muerto. Terminó comprándole al socio su parte en la empresa, para resolver los conflictos que existían entre ambos. Describía su historia desde lo laboral, único parámetro al que podía acceder en el momento de ese primer contacto. Esa historia era una sucesión de "boom" y "crash". Me explicó que con estos vocablos se refería a situaciones de éxito monetario que luego devenían en fracasos. Es decir, a los "boom" les sucedían los "crash".

Si bien su situación económica era óptima no lo conformaba. Para ilustrar con un dato concreto cuáles eran las exigencias de su ideal en ese momento, el Sr. D. se había impuesto que debía ganar mensualmente la suma equivalente al valor de un piso grande en un barrio caro de la ciudad.

Lo predominante era una fantasía omnipotente de auto engendramiento. Decía "Yo me hice a mí mismo." Esta idea escondía su desvalimiento, su desamparo y soledad.

Casado y con cinco hijos, mantenía con ellos una relación distante que lo protegía de descubrir su inhabilidad en el manejo de su vida emocional. Con la familia cumplía con las obligaciones sociales, aunque los vínculos no eran soporte para los intercambios afectivos. Su mujer sostenía la cohesión del grupo, llevaba adelante la crianza de los hijos y con el Sr. D. tenía un posicionamiento maternal. Generalmente se hacía cargo de sus necesidades, si bien periódicamente le hacía reclamos desde su insatisfacción.

El Sr. D. era el hijo menor de una familia de inmigrantes. Lo antecedían un hermano y una hermana. Había nacido en circunstancias particulares. Su concepción fue el resultado de una decisión de los padres de resolver el vacío que había dejado en la familia la muerte de la mayor de las hijas. Después de su nacimiento la madre estuvo siempre enferma e internada, y finalmente murió cuando el Sr. D. tenía aproximadamente cinco años. El padre, un hombre muy trabajador y distante, se recluía en su fábrica y visitaba a los hijos durante los fines de semana.

Es posible observar que ya en sus padres existía la imposibilidad de resolver pérdidas y hacer duelos, además la presencia de acontecimientos somáticos surge desde la historia de la madre. Esta, después de un intento maniaco de resolver la muerte de su hija con un nuevo embarazo, enferma y no se recupera más. Sólo la muerte la liberará de su sufrimiento. Los niños quedan a cargo de una pareja de tíos sin hijos, que ocupaban su jornada en la atención de un comercio de comida.

"Mis tíos tenían un almacén y nunca se almorzaba ni cenaba, porque a esas horas venía la gente a hacer compras de urgencia para las comidas. Mi tía no cocinaba y nunca comíamos juntos. Nosotros íbamos a la heladera y sacábamos comida. Yo cortaba un pedazo de dulce de membrillo y con eso bastaba. El que a veces se encargaba de que comiese era mi hermano, que era el que me cuidaba o se ocupaba de mí"

Estos antecedentes se actualizan en el rasgo de no sentir nunca hambre ni deseo por alimento alguno. En otras áreas de su vida también podía ser totalmente prescindente. No sentía ganas de nada.

Los fines de semana el padre los visitaba y dejaba dinero para que ellos se manejaran con sus gastos.

"Mi papá aparecía los fines de semana y traía pilas de billetes de 50 centavos. Cuando necesitábamos algo lo intercambiábamos por billetes. Si yo quería algo de mi hermana tenía que darle los billetes para que se comprara revistas. Ella se pasaba todo el día leyendo sus revistas"

La hermana, descrita como encerrada en la lectura de revistas y sin conexión con lo que pasaba en la casa, era la figura que facilitaba el desplazamiento materno. Con ella se permitía emitir aquellas quejas que no había podido dirigir a la madre, quejas que giraban en torno a su sensación temprana de abandono. El relato desechaba siempre el

matiz emocional. La retracción esquizoide, proyectada retrospectivamente en su hermana infantil, excluía cualquier posibilidad de sentir qué afectos estaban en juego.

En el período inicial de su tratamiento, cualquier persona de su entorno, aún el analista, era visto como ocupándose de sus cosas sin posibilidad de entrar en contacto con él. Cada uno de los que lo rodeaban estaba encerrado en su respectiva tarea. La gente sólo se acercaba a él por el dinero. Su historia infantil de los fajos de billetes de 50 centavos se repetía en la actualidad, cuando refería que todos estaban interesados en él por lo que él podía dar. Estos reproches formaban parte del vínculo transferencial donde el analista también sólo contaba para cobrar. Se reiteraba así la historia con la hermana que le sacaba el dinero para comprarse revistas. Se recordaba como un niño desvalido, aislado, defendido por su hermano mayor con quien mantenía, ya en la adultez, un vínculo distante, acosado por vivencias de rivalidad y sometimiento homosexuales.

Con la sensación de desamparo y de pérdida se trabajó con relación a la metáfora del agujero de la úlcera. El dolor de la úlcera estaba en lugar de las vivencias dolorosas debidas a sus carencias emocionales. Las cosas concretas reemplazaban a los afectos inasibles y era necesario recurrir a un contacto físico con estos objetos para reasegurarse en los momentos de vacuidad. El agujero emocional fue un tema esencial del análisis con relación al material de la úlcera.

El Sr. D. necesitaba hacer alarde de su dinero. Precisaba ver y tener dinero en efectivo, o, por otro lado, hacía referencias a familiares que atesoraban valores con los que tomaban contacto cotidianamente. Aunque se pusiese en riesgo, y era consciente de tal riesgo, guardaba grandes sumas de dinero en efectivo en su fábrica. Su necesidad de ese reaseguro era mayor, ante sus temores de quedarse sin nada, que correr riesgos. El horror al vacío, a la pobreza, lo llevaba a acumular cosas. Tenía un depósito lleno de mercaderías de las que no podía desprenderse. Estos objetos estaban en lugar de los afectos, como los billetes que el padre daba a cambio de su no presencia personal. La dificultad residía en admitir su necesidad de afecto y su dependencia respecto de los demás. La sensación de vacuidad se compensaba con ideas omnipotentes basadas sobre sus pertenencias.

En una oportunidad llegó al consultorio invadido por un sentimiento de pánico porque, una compra de divisas que había hecho modificó el valor de las mismas en el mercado. Este movimiento lo confirmaba en su omnipotencia narcisista y lo llevaba a la corroboración de su poderío. Sin embargo, dado el nivel de frustración, el temor se

centraba en su capacidad destructiva. Cuando, partiendo de su queja depresiva y su sensación de desamparo, yo interpretaba el abandono primario de la madre por su enfermedad, se desconcertaba y preguntaba cómo se podía sufrir por algo que nunca existió.

"Yo no tuve mamá".

Ese era un argumento repetitivo tras el cual pretendía repudiar la percepción dolorosa del lugar que el Sr. D. ocupaba en el mito familiar. No sólo estaba él mismo en lugar de la hermana muerta e idealizada, hija con la que no podía compararse aunque usurpara su lugar, sino que, además, después de su nacimiento enfermó la madre. Con relación a ésta, existía una sensación de responsabilidad y culpa por su deterioro. Sentía que se la había quitado a los hermanos. La ambivalencia con ellos, a los que les reprochaba no haberlo cuidado, se desplazaba a sus vínculos actuales. Las reivindicaciones y las responsabilidades lo acosaban en todas sus relaciones. Consecuentemente se sentía muy exigido y molesto en los vínculos interpersonales, lo que a su vez lo llevaba a ampararse en su concreto mundo material.

Comenzó, tras la consulta, una aventura que compartimos diariamente con algunas interrupciones durante casi diecisiete años. Y en esta aventura se volvía a presentificar el acontecimiento somático, la úlcera, en los momentos de mayor resistencia al trabajo analítico.

Dos vidas, dos recorridos, dos historias con un punto en común: un análisis en el cual el analista y el analizando están involucrados. El trabajo de estos análisis consiste en historizar mientras se crea historia, sentir mientras se vivencian y nominan afectos, experimentar mientras se develan experiencias, pero, sobre todo definir y trabajar sobre duelos cristalizados en el pasado.

Escribir acerca del duelo y del acontecimiento somático implica recrear en mi memoria el análisis del Sr. D., ubicando la dolencia del soma como un hito identificador e historizante del duelo temprano no tramitado. A partir de un signo somato-biológico, como lo es la úlcera, trabajamos la recuperación de su vida emocional. Fue un trabajo fecundo; crecimos juntos como hombres y en nuestras profesiones. Acompañamos y favorecimos el desarrollo del análisis con un objetivo centrado en tres ejes:

A) Historizar a un sujeto que renegaba de su historia. Solía decirme: *"Cómo me habla de mi madre si yo no tuve mamá"*, repudiando las situaciones de dolor.

B) Nominar, definir y describir estados afectivos, sensaciones y vivencias. Percibir lo que otros percibían por él. En sus vínculos cotidianos el Sr.D. arrendaba el yo del otro para suplir el déficit funcional de su propio yo.

C) Analizar constantemente ese artificio que es la neurosis de transferencia y, dentro de ese vínculo, vivir lo repudiado en la historia de uno de los integrantes de esa pareja de trabajo.

Incluyo algunas viñetas del análisis a fin de ilustrar los puntos antes enunciados:

"Ayer me desperté sobresaltado, mi mujer estaba sentada en la cama con un plato de fideos con crema y empezó a darme de comer. Yo llegué a casa después del trabajo y me acosté a ver televisión. Me quedé dormido. Ella vio que estaba acostado como quebrado, flexionado en dos, pensó que me dolía el estómago entonces preparó la comida para calmarme"

Al analizar el repudio que ejerce sobre sus percepciones corporales y la dificultad de percibir sus señales de alarma aparece el signo material expresado somáticamente. Cuando toma conciencia de estos hechos comienza a reaccionar con resoluciones prácticas:

"Como yo me olvido de comer, le ordené a mi secretaria que todos los días a las dos me traiga un sándwich"

A través de estos relatos observamos como el otro tiene que funcionar como un auxiliar que decodifica señales no percibidas por él y les tiene que atribuir un sentido de acuerdo a un código consensual. Esto además se trabajó en el vínculo transferencial-contratransferencial, y el Sr. D. se permitió preguntarse por primera vez qué generaba él en un vínculo interpersonal.

Más allá del discurso de las sesiones, en muchas de ellas yo sentía una profunda congoja, no justificada por mi momento vital, y que no se repetía en otras sesiones con otros pacientes. A veces sin corresponder a lo que él hablaba, se me escapaban lágrimas de los ojos. Consideré entonces que había arrendado mi aparato psíquico para realizar un trabajo de duelo del cual el paciente no tenía registro.

"¿...Por qué me habla de mi mamá si yo no tuve mamá? Eso es invento del análisis. Ya le dije que ella estaba siempre enferma, la recuerdo en cama con unas sondas que le salían de la barriga y drenaban un líquido en unos frascos. Era un olor inmundito, lo recuerdo hasta hoy".

Ante la evocación de algo tan penoso, el recurso era repudiarlo o proyectarlo a fin de que el otro fuera el niño dolorido con el que él no podía identificarse. No podemos dejar de pensar en el duelo o depresión narcisista por el objeto perdido. A través de la respuesta somática se mantiene al muerto-vivo en el sujeto por identificación.

Fue predominante a lo largo del análisis el estudio de cómo, a partir del acontecimiento somático, se podía rearmar episodios de la vida del paciente, sus vínculos y significados. Enmarcado en la hipótesis de la repetición en la transferencia y a partir del relato de su historia, del simbolismo universal y del análisis de la contratransferencia fue posible construir y abordar sentidos propios para el paciente.

El trabajo del análisis le ayudó a recuperar aspectos de su vida afectiva y desde este hilo conductor fue hilvanando y reconstruyendo su historia. En este proceso fue haciendo consciente su depresión y sus pérdidas, como así también lo inexorable de sus repeticiones. En las etapas en las que se ocupaba de estos pensamientos remitía el cuadro somático. Los acontecimientos somáticos reaparecían en los períodos de interrupción del tratamiento.

En todo momento tomé al acontecimiento somático como un elemento a partir del cual se harían construcciones, nunca atribuyéndole un simbolismo inconsciente. El acontecimiento somático como elemento icónico de una falla procesual. Predominó la idea de hito histórico que denuncia un suceso al cual el sujeto no tiene acceso. Más allá de la expresión somática, dos temas de este análisis sirven para ilustrar la repetición. Ellos tienen en común su cualidad de ser pasajes al acto, aun cuando se expresaran en distintas áreas. Estos dos temas son:

a) Abortos a repetición, uno por año, con rituales y fechas que coincidían uno tras otro. Una vez que el paciente tomó conciencia de que los episodios se repetían, pudo cuestionarse qué era lo que los promovía y llegamos a la conclusión que repetían aspectos temporales de la muerte de la mayor de las hermanas y de su madre. La negación de las pérdidas, la negación de lo determinante de ciertas actuaciones en su vida, del riesgo al que exponía a su mujer y el repudio a los duelos delataban la existencia ilusoria de un objeto ideal, omnipotente e inagotable. El Sr. D. permanecía inalterable frente a los sentimientos que sustentaban su ideal narcisista que, sin embargo, se ponía constantemente en juego. Los "boom" y los "crash" hoy eran el patrimonio ya no de su trabajo sino de su persona.

b) Por otro lado, en varias oportunidades después de estos abortos interrumpió su análisis para retomar después de intervalos irregulares, en situaciones de descompensación. Durante su tercer interrupción fue gastrectomizado, y a partir de allí, se pudo analizar la defensa alexitímica.

Dice el Sr.D:

“Un domingo estaba toda mi familia reunida en casa y se empezaron a preocupar por mi estado. Llamaron a un médico que impuso que me internaran con urgencia. Yo iba sentado en el asiento de adelante junto a mi yerno. Recuerdo el frío del tablero del coche contra mi cabeza”

Es decir que iba doblado sin percibir dolor a pesar de la perforación de su úlcera y de estar con un cuadro peritoneal.

Continúa diciendo:

“Era una situación de tanta urgencia que los médicos estaban asustados. Yo los veía y no entendía”

Agrega:

“Cuando llegué al sanatorio, en menos de una hora ya estaba en la sala de operaciones”.

La familia volvió a recurrir a mí porque el Sr. D. tuvo una crisis de angustia durante su estadía en la sala de terapia intensiva. En ese momento se negó a recibirme. Después de su externación retomamos el análisis. En este período trabajamos con insistencia sobre el repudio de sus percepciones, la desmentida de las señales de alarma y el temor ante sus sentimientos inundantes.

El requisito para comenzar el último período de su tratamiento fue que si hubiese una próxima interrupción ésta sería la definitiva. El objetivo de este requisito fue la imposición de no eludir el trabajo de duelo y el análisis de la inexistencia de un objeto inagotable, como así también impartir la noción desde mí de que el otro, encarnado en la figura del psicoanalista, no es incondicional.

Este período estuvo signado por el reconocimiento de la vulnerabilidad propia y de la del objeto como respuesta a su tendencia a la actuación; esto lo llevó a enfrentar sus angustias y depresión frente al profundo desamparo que sentía en medio de su mundo hiperpoblado de personas y cosas, pero frágil en los afectos.

Hacia el final de su análisis, el Sr. D. en forma espontánea, comenzó a hacer reconstrucciones sobre la madre y su enfermedad. Según su apreciación, ella debió

haber sufrido mucho en sus sucesivas internaciones, y empezó a cuestionarse la índole de su dolencia. Comenzó a preguntarse. ¿Serían las internaciones por sus problemas intestinales? ¿Qué la llevó a la muerte? ¿Qué era lo que la tenía recluida? Estas preguntas fueron resueltas en forma novedosa. Trocó el sufrimiento somático por las hipótesis psicológicas. Relacionó el padecer de su madre con la muerte de la hija mayor; vivenció a su madre con la depresión y se empezó a preguntar cuál sería su estado mental.

Construyó una historia en la que las tendencias suicidas de su madre y las actitudes autodestructivas de los diferentes miembros de su familia eran centrales. Se incluía a sí mismo en esta trama y preguntaba qué hacer para cambiar, ya que había tomado conciencia de lo repetitivo del enfermar en su grupo familiar.

Cuatro años después de que terminara su análisis, me encontré en forma circunstancial con él. Me saludó con mucho afecto y me sorprendió con una frase:

¿“Sabe?” “Ahora me gusta comer y degustar un buen vino”.

De alguna manera me comunicaba que podía participar de una dimensión deseante.

PREHISTORIA Y ORGANIZACIÓN MENTAL DE LA REPRESENTACIÓN DEL CUERPO.

Tomando en cuenta el nivel regresivo desde el que se presentifican los acontecimientos somáticos, es necesario revisar con que funcionamiento mental y organización representacional nos encontramos en las situaciones en las que este fenómeno se hace presente.

Una anatomía mental muy particular es la que se inscribe en los primeros estadios del desarrollo, anatomía que se reactiva en las regresiones patológicas de los pacientes con acontecimientos somáticos, en los que éstos son vivenciados como un extraño ajeno al sujeto. ¿En qué consiste esta particular anatomía? Partiendo de la idea de una organización mental, que Freud llamara yo de placer purificado, para la cual los estímulos perturbantes pertenecen a una exterioridad no-yo, se producirá un registro de una parte del cuerpo del otro (la madre), aquélla que sustenta la percepción del placer, como parte del yo. Es decir, el modelo es el pecho materno vivenciado como yo al calmar la necesidad y proporcionar el placer de la satisfacción. El pecho será no-yo cuando no permita la satisfacción. Como el pecho no demanda un trabajo de transformación psíquica, ni se le conoce deseo alguno, aparece como una fuente inagotable que se constituye en el núcleo de los objetos ideales.

¿Qué ocurre con el soma? Este se irá inscribiendo en un principio como perteneciente al espacio no-yo por las exigencias de sus necesidades insatisfechas e insatisfactibles. El cuerpo ajeno, me refiero al seno de la madre que aporta placer forma parte del yo; el propio soma exigente es no-yo. En estos estadíos mentales, el soma es una pertenencia repudiada por su constante demanda de elaboración de estímulos, que además sustenta la paradoja de brindarle soporte representacional al yo que lo excluye.

El soma demandante del lactante es la exterioridad persecutoria capaz de inundar al yo con sus tensiones. Todo aumento de carga pone en riesgo al yo al estar abolida la angustia señal del registro de los aumentos de tensión corporal.

El soma demandante no sólo es peligroso para el bebé, sino también lo es para su madre. En estos momentos el yo es un yo compartido. El soma se les impone masivamente. Los signos de tensión o enfermedad no son percibidos ni registrados adecuadamente, lo que los lleva a no poder pedir ayuda ni cuidarse, estado incrementado por la falta de posibilidad de intercambio verbal.

El niño está desvalido en el ámbito de sus demandas somáticas. No puede prodigarse lo que él necesita. Esta situación de frustración incrementa su hostilidad hacia su soma demandante y hacia la madre que no satisface. Al mismo tiempo que depende de dicho objeto, objeto madre-cuidador primordial, lo odia por dicha dependencia que siempre remite a la insatisfacción por el constante aporte pulsional.

En estas condiciones se establece un refuerzo patológico de la división mente-cuerpo. Esta división está basada en la ausencia de experiencias primarias gratificantes constantes y significativas, que actúan como huellas organizadoras de los registros de los procesos somáticos, como así también del registro del hiato existente en el vínculo original.

La distancia entre el yo del sujeto y su soma demandante, por un lado, y la fusión con una madre que requiere que su bebé regule su propia autoestima en detrimento de los estados afectivos del mismo, por el otro, explicarían los estados de escisión y enajenación del paciente con acontecimientos somáticos.

Para estos pacientes su propio soma les es ajeno, sin embargo son muy hábiles para resolver problemas en su entorno vital. Están más pendientes del otro que de sí mismos. Las madres de estos pacientes los han llevado prematuramente a adaptaciones para poder sobrevivir. Antes que nada están las necesidades que ellas tienen para sentirse bien y actúan en detrimento del registro de las señales del soma del lactante.

Estas madres que miran a través de sus propios deseos y no ven las demandas de sus hijos estimulan la desconexión y maduración prematura y defensiva del yo de sus hijos.

Para ellas, el hijo no es un objeto de amor por lo que él es, sino por lo que ellas pueden obtener de él.

El bebé sólo cuenta como un objeto para los deseos maternos. Es una parte de la madre y, por lo tanto, ésta le impide su propio desear. La frustración biológica se acompaña de una prematura seducción. La adaptación precoz constituye el sometimiento a un soma insatisfecho que es significado desde un comienzo como sede del dolor y es depositario de las pulsiones agresivas del sujeto. Esto favorece los mecanismos proyectivos en el ámbito mental y las acciones motoras equivalentes a los anteriores en el plano de la descarga sobre esa exterioridad angustiante y persecutoria del soma.

Tomamos al acontecimiento somático como un equivalente al modelo del pataleo y del grito como signos de malestar.

Estos fenómenos que se dan en un momento en el cual no se han consolidado aún los procesos simbólicos, crean huellas que facilitarán en lo sucesivo las vías de descarga somáticas. Todo incremento tensional en el aparato mental, encontrará esta vía facilitada.

Queda favorecido el drenaje de tensiones en procesos anátomo-fisiológicos por saturación de la capacidad del yo de procesar los estímulos. La falta de angustia señal y de procesos de inhibición del sistema preconciente favorecen las actuaciones. Estas actuaciones llevan a accidentes tanto en el cuerpo como para el cuerpo, que se constituye en la víctima sacrificial por ser el depositario del perseguidor. El cuerpo biológico (soma-demandante), es el enemigo a destruir. De este modo una vez establecido el acontecimiento somático, la traumatofilia y el suicidio se imbrican en series comunes de significación.

UNA PRIMERA PROPUESTA TERAPÉUTICA

Desde el psicoanálisis trataré de abordar la repercusión psíquica de los cuadros con expresión somática. Estos son cuadros en los que predomina la regresión, la desorganización narcisista y en los que se instauran fenómenos que comprometen al soma. Los acontecimientos somáticos serían equivalentes a los fenómenos restitutivos delirantes de la psicosis. Serían intentos restitutivos de reconexión con la realidad y los objetos, intentos que se expresan a través de reclamos biológicos.

El acontecimiento somático es una búsqueda imperativa e irrefrenable del objeto perdido en el pasado e inhallable en el presente, troca el amor que no fue con el objeto primario por una manipulación compulsiva del soma en la actualidad.

Nos interesa la estructura psíquica que da este resultado. Desde nuestra óptica, el interés no se centraría en el estudio de los problemas orgánicos. El abocarse con exclusividad al estudio del acontecer somático puede constituirse en una resistencia al psicoanálisis dada por el incremento de las ansiedades de aniquilamiento y confusionales defensivas que estos cuadros promueven en el que los estudia, ya que retrotrae el campo de trabajo a niveles donde predomina la regresión a estadios primarios de indiscriminación.

La relación temprana de la madre con su niño lleva a la consolidación de la estructura psíquica del hijo. Sin embargo, hay situaciones donde este vínculo original se fractura. Esta fractura puede darse desde dos vertientes: la materna o la del niño. La madre aporta dificultades cuando no tiene la capacidad de albergar dentro de su mente a su bebé y de procesar sus demandas. Esto se debe a que dentro de la estructura narcisista materna, el niño entra en conflicto con los deseos infantiles de su madre. Por otra parte, el niño viene dotado de una serie de potencialidades y requerimientos. Son disposiciones a desarrollarse en el contacto con su madre, quien, en íntima relación con el bebé, ayudará a la organización pulsional y psicológica del mismo.

Cuando este encuentro falla en mayor o menor grado, quedan relativamente incrementadas las exigencias del niño. Se establece un círculo vicioso que exagera la necesidad del uno y la incapacidad del otro. No obstante, en este círculo patógeno quedan estimuladas ciertas formas de reacción frente a la frustración y a la necesidad de adaptación, tales como mociones orales excesivas o la acción muscular como vía de descarga, jerarquizadas sobre otras en la relación madre-hijo, y que son dadas por la historia materna y familiar.

Este es el concepto de disposiciones constitucionalmente exageradas, a las que prefiero considerar no como preestablecidas sino como condicionadas por el vínculo primario; situación que permite su rectificación por resignificación a posteriori en el tratamiento psicoanalítico. Estas formas de actividad funcionan como modelos de reacción para la restitución de los contactos con la realidad cuando se producen las regresiones a los puntos de fijación tempranos.

El síndrome orgánico está basado en los núcleos mudos de la historia del sujeto, en experiencias previas a la adquisición de la palabra. Dichas experiencias son inaccesibles por formar parte de lo inconsciente no reprimido. No obstante retornan repetitivamente. Su repetición marca el lugar de acceso por medio de la construcción psicoanalítica. Construcción que permitirá asignar un significado al acontecimiento somático. La resignificación ulterior serviría para romper con el concepto fatalista de la predisposición constitucional de estos cuadros.

Abordar el estudio psicoanalítico del paciente con acontecimientos somáticos no implicaría sólo la expectativa de una curación del cuadro orgánico, sino un intento de romper con el fatalismo de la compulsión de repetición desorganizadora.

Mi propuesta sería crear un texto-construcción para establecerlo además a nivel del pensamiento, allí donde el psiquismo se expresa somáticamente. El psiquismo está presionado por tener que enfrentar la existencia de una descarga somática asimbólica para una ulterior transformación psicológica, mientras que las señales que el soma emite no son tomadas en cuenta desde la esfera mental. Este hecho se debe a un déficit en los sistemas de significación simbólica que son los que ocuparían el espacio de la separación entre el cuerpo y la mente. El psicoanalista toma lo concreto, lo nombra a fin de incluirlo luego en un sistema simbólico. Pero el instante en que se nombra al objeto es un momento de peligro. Se incrementan las ansiedades de desintegración por la pérdida del objeto concreto al cual el nombre sustituye. El símbolo, si bien integra al sujeto, rompe con la situación narcisista de fusión con el objeto primario. Este momento de discriminación del sujeto lo es también de pérdida y desilusión. Es la aceptación de los límites y de la finitud del cuerpo. Implica la pérdida ilusoria de la fusión con la madre de la cual se dependía y frente a la ansiedad quedan favorecidas las actuaciones.

Como planteara anteriormente en estas enfermedades, el vínculo con un objeto humano es reemplazado por un vínculo compulsivo con un acontecimiento somático. En este acontecimiento se expresa un afecto que no participa de la vida psíquica por su indiscriminación. Es sentido como tensión y se registra como aumento o disminución de la misma. Falta la sutileza de la vivencia emocional. El sujeto refiere sensaciones de inundación o vacío. Esta sensación requiere ser contenida y procesada por otra persona.

El acontecimiento somático encierra un vínculo pasado y tiende a otro actual. En el pasado el sujeto protegía a la madre de la angustia cortando la conexión con sus propias demandas somáticas. En la actualidad, estas demandas facilitarían el recontacto con

otros humanos lo que permitiría una revisión de los vínculos interpersonales. Constituiría un intento de comunicación del paciente, con aquel interlocutor que desorganizó los mensajes del sujeto en el pasado y determinó su constante repetición en el presente. Esto es siempre un intento patológico de readaptación de su vida ya que trae consigo el daño somático que lo aproxima a la muerte. La repetición responde a una necesidad de hacer consciente la situación traumática. El sujeto, sin saberlo, informa sobre un fragmento de su realidad psíquica a la que le es difícil acceder por ser vivencias tempranas, anteriores a la consolidación del universo simbólico. Las palabras son usadas en forma concreta y el hablar tiene un sentido evacuativo.

Una función del psicoanálisis es la de trabajar en el ámbito psicológico con las representaciones del cuerpo, significando los procesos tardíamente. La creación de construcciones fantasmáticas permite dar significado al soma y mentalizar su funcionamiento. Sólo a través de esta vía se puede llegar a una mayor integración de lo somatopsíquico y consecuentemente reducir escisiones, tanto las de nivel mental como las del sujeto con la realidad que lo rodea, evitando la tendencia al pasaje al acto.

La representación mental del cuerpo es un organizador de la vida fantasmática y emocional del sujeto, dándole soporte representacional y simbólico a las vivencias emocionales. A mayor bagaje representacional mayor posibilidad de discriminación de los afectos como así también del control e inhibición de las actuaciones.

Las construcciones del análisis son el instrumento para la resignificación de los estados de tensión y el medio para luchar contra la concretud, la indiscriminación, el vacío y la alexitimia que predominan en los cuadros donde lo que se impone es el soma. El abordaje y tratamiento del acontecimiento somático sólo son posibles mediante el estudio y desarmado de las intelecciones que el paciente hace de su enfermedad somática y su simbolización secundaria en el proceso analítico. En estos tratamientos juega un papel predominante el análisis de la contratransferencia y el simbolismo universal. El abordaje prematuro del acontecimiento somático lleva, en mi experiencia a actuaciones, tanto en el tratamiento como en el mismo cuerpo del paciente, a la agudización de la sintomatología somática, al pasaje al acto y a la reacción terapéutica negativa.

No debemos olvidar que estas estructuras defensivas están al servicio de la recomposición de una organización yoica que no soporta lo penoso y responde con la actuación. El sujeto responde con la acción corporal ante lo intolerado, manteniendo la

escisión para preservar la omnipotencia narcisista. El conocimiento del cuerpo odiado debe ser destruido, como lo es también el propio soma demandante.

La palabra en el cuerpo rompe, en estos pacientes, con la autosuficiencia omnipotente que aún en su enfermedad los hace sentirse inmortales. Operan con el principio de que: “mientras haya síntoma somático lo psicológico estará protegido”. Esto hace que vengan a tratarse para demostrar que el psicoanálisis fracasará, al igual que otras terapéuticas que hayan ensayado. Solamente este proyecto les hace mantener la ilusión de su omnipotencia constantemente amenazada.

CAPÍTULO 3º: EL PASAJE AL ACTO EN EL CUERPO

Ejemplos clínicos

UNA APROXIMACIÓN AL "CUERPO ENFERMO". LA INTERACCIÓN DEL SUJETO CON SU ENFERMEDAD

SOBRE LA IDENTIFICACIÓN

MATERIAL CLÍNICO

EL PASAJE AL ACTO EN EL CUERPO

EXPRESIONES ANÁLOGAS, DIFERENTES SENTIDOS

DEL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO, UNA HISTORIA Y UNA REFLEXIÓN.

UNA APROXIMACIÓN AL "CUERPO ENFERMO". LA INTERACCIÓN DEL SUJETO CON SU ENFERMEDAD

Así como el psicoanálisis ha tenido que vencer fuertes resistencias para incluirse en el pensamiento médico, nos encontramos en el campo psicoanalítico con una resistencia semejante para incluir adecuadamente una concepción que integre los procesos somáticos en la teoría psicológica.

En el campo clínico psicoanalítico la problemática del cuerpo aparece como referente universal. La dificultad para la integración del cuerpo en la teoría se debe al carácter demandante, sufriente y mortal del mismo.

El cuerpo pone al aparato mental en una situación de constante exigencia de trabajo de elaboración psíquica para continuar la vida.

El psicoanálisis jerarquiza la lectura de estos procesos desde el psiquismo del paciente expresado por su discurso. Este incluye tanto los procesos de simbolización, expresados a través del habla, como los procesos de expresión regresiva en el lenguaje corporal, expresiones sónicas o simbólicas cuyo paradigma es la conversión histérica en la neurosis o el acontecimiento somático como producto restitutivo en ciertas afecciones narcisistas.

El aparato psíquico se ve exigido desde estas distintas categorías de lo corporal que, además de aportarle los estímulos para su propia formación, requieren de él para su

procesamiento y metabolización. Ellas imponen al yo compromisos, renunciaciones y duelos que se repiten y deben ser superados y sólo a través de su inscripción mental adquieren significación y exigen procesos de elaboración en ese nivel.

La representación mental del cuerpo que sufre adquiere una especial significación respecto de la identidad del sujeto y del vínculo de éste con su enfermedad. El dolor marca la independencia del cuerpo de los deseos del yo.

El sujeto que sufre por las demandas de procesamiento de lo corporal, ya sea por su morfología, por su enfermedad o por la frustración de sus necesidades, constituye el soporte de los primitivos procesos de escisión, base tanto de la discriminación del yo y la diferenciación con la realidad, como de procesos patológicos.

El cuerpo se muestra como un objeto psíquico independiente no reducible a su puro ser anatómico. Se crea así un enfrentamiento entre el cuerpo-dolor, cuerpo-real, soma, y el cuerpo representacional, cuerpo del deseo, este es el cuerpo erógeno.

El soma, cuerpo-dolor, enfrenta al aparato mental con un objeto del cual el aparato psíquico se debe defender a pesar de estar soldado a él. Esta situación simultáneamente genera la imposibilidad material de hacerlo. Por lo tanto aparecen transacciones con relación a la representación del cuerpo-dolor: desinversión, intentos de reparación, intentos de satisfacción o protección cumplen con la finalidad de preservar la integridad del aparato mental frente a su atacante: el soma.

El aparato mental está sometido a la situación ambivalente de cuidado, inversión y protección constante del cuerpo que lo ataca con la ruptura de la ilusión narcisista al enfrentarlo a su propia finitud, mientras que sólo le entrega el fugaz goce del placer de la sensualidad. La ambivalencia ante el cuerpo nunca termina de resolverse e incluso el yo puede condenar a su cuerpo a la muerte.

Sin embargo en el ámbito de lo psicológico la relación de lo mental con el cuerpo está garantizada por el hecho de que el yo para representarse a sí mismo necesita de las representaciones del cuerpo; dado que sólo a través de las imágenes corporales el yo puede adquirir representación psíquica.

Hay un límite que hay que tener en cuenta para considerar el momento de la instauración de la enfermedad del cuerpo, según sea antes o después de la adquisición de la palabra hablada, dará lugar a distintos procesos psicológicos. La palabra hablada es el referente conductual de un estado que se refiere a la consolidación de una serie de fenómenos que marcan un cambio cualitativo en el aparato psíquico.

Estos fenómenos son:

- 1) Separación de los padres.
- 2) Control fino de la motilidad (Dominio de la estructura muscular que adquiere pleno desarrollo: bipedestación, control esfinteriano, control de tonos agonistas y antagonistas).
- 3) Ajuste a la realidad y dominio del principio del placer (ruptura de la omnipotencia del desear y aparición de actos que permiten experimentar en el mundo externo con objetos de la realidad).
- 4) Aparición del pensamiento consciente.
- 5) Acceso a procesos simbólicos.
- 6) Discriminación interno y externo. Realidad psíquica/ realidad exterior.
- 7) Discriminación yo-no yo.
- 8) Pasaje de los procesos narcisistas a las relaciones objetales.

Estas son operaciones de alta especialización psicológica que implican un aparato con un elevado nivel de complejidad operativa para el control de sí mismo y de la realidad.

Este límite tiene como meta demarcar un espacio para estudiar las relaciones entre los fenómenos primarios o esenciales intervinientes en la constitución del sujeto vinculados a la identificación primaria y los fenómenos secundarios enlazados a las relaciones objetales y al duelo, es decir, a la identificación secundaria.

En función de la observación de estos fenómenos en el campo clínico, considero necesario discriminar el "ser enfermo" del "estar enfermo" corporalmente, como estados diferentes que implican distinto abordaje.

La temporalidad de estos cuadros es diferente, ya que introduce las ideas de lo estable y de lo transitorio. Estructura o crisis, respectivamente nos enfrentan a una diferente expectativa en cuanto a su resolución, que se acentúa en función del significado que la patología adquiere para la estructuración del sujeto. No es lo mismo padecer una enfermedad desde los primeros años de vida que haber tenido una enfermedad avanzada la vida con una estructura mental consolidada.

Esto nos permitiría discriminar por qué hay individuos con graves lesiones o mutilaciones que pueden rehabilitarse, mientras que otros con groseras alteraciones psiconeuróticas, no pueden reorganizarse, a pesar de mínimos padecimientos orgánicos.

En estos últimos habría una alteración en la organización yoica que impediría una elaboración adecuada del trauma proveniente desde lo corporal. Dicha alteración sería

consecuencia de las vicisitudes de la relación madre-niño. Si la injuria se hubiese instalado en las fases de la simbiosis primitiva, su efecto será más duradero. La enfermedad corporal instaurada antes del límite de la adquisición de la palabra hablada acarrea deficiencias en la consolidación del aparato mental. Implica la condición de "ser" en "el ser enfermo". La enfermedad corporal confiere la identidad y nuclea el desarrollo psíquico, trayendo una dificultad para salir de la alteración de la estructura narcisista, situaciones de difícil abordaje psicoterapéutico.

Ilustraré lo anterior con un ejemplo clínico:

El paciente al que llamaremos Juan consultó a los 38 años, un año después de la muerte de su padre, hecho por el que se sentía profundamente culpable por los conflictos que había tenido con aquél en vida y no pudo resolver. Presentaba una profunda crisis de autoestima. Este era el factor desencadenante que lo trajo a la consulta. Otro hecho que estaba para él totalmente alejado del sufrimiento que promovía su consulta y que sin embargo era evidente al observador, era la malformación de su rostro.

Recuerdo el efecto de fascinación que me provocó en las primeras entrevistas; era un rostro capaz de fundirse con los objetos del consultorio, un rostro-cosa. La dureza de lo hecho quirúrgicamente se hermanaba con lo artesanal. Una larga historia de iatrogenia mantenía la máscara, hoy hecha de maquillaje, que pretendía esconder pero delataba y exhibía el defecto inicial. Estaba marcadamente maquillado y si bien el maquillaje tenía como objeto esconder algo que se siente ocultable, en su recorte con el resto del cuerpo volvía más evidente aquello que deseaba esconder. Creaba una situación donde el no ver se refería al retiro púdico de la mirada del otro.

El otro que actúa como regulador de los procesos psíquicos a lo largo de toda la vida está alterado en estas situaciones. La madre, primer otro, reacciona con depresión ante el nacimiento de un hijo con defecto. No se puede hacer cargo de él y la regresión que este hecho le provoca promueve un campo de intersubjetivo de desarrollo que resulta en un déficit en la estructuración del aparato mental de su hijo. Juan fue cedido a la familia del padre ante el derrumbe materno.

Juan era el hijo mayor de una familia de inmigrantes orientales, en la que el nacimiento del primer hijo varón hubiese sido motivo de alegría. Este hijo con la cara deforme produce un cataclismo en la pareja parental en vez de consolidarla.

El padre repudia la situación, y la madre cae en un cuadro en el que se acentúa la depresión ya existente por la migración y por el matrimonio con un hombre aún desconocido para ella. El niño queda a cargo de una nodriza y de una tía. Transcurre su infancia en distintos lugares, donde es depositado para evitar el contacto con él, ya que sus padres sufren con la visión de su rostro. Finalmente, debido a los trastornos de conducta del niño, deciden enviarlo a un internado en una ciudad lejana de la natal, para iniciar su escuela primaria. En este periodo de su vida otros tíos solteros se hacen cargo de este "hijo imposible".

Se va así consolidando en su posición única: "Ser el niño terrorífico y terrible" que asusta a la familia y que no puede ser soportado. Este rasgo predominante en él cristaliza en un yo idealizado a través del sufrimiento, y actúa como un negativo del ideal del yo parental. Su imagen única, motivo de profundo dolor es nucleadora de su identidad. Se constituye un yo idealizado que es el resultado de los primeros vínculos deficitarios debidos al estímulo horroroso de su rostro malformado.

Esto explica su tenaz renuencia a modificar su aspecto, a perder el defecto: no hacerlo evidente, no exhibirlo, es dejar de ser. En una sesión, hablando de la posibilidad de operarse comete una equivocación que denota su fantasía.

Dice: *"Hay algo que me impide realizarlo, es algo que me frena, tengo miedo de entrar feo y salir demasiado linda"*. Esta expresión de sus ansiedades de castración encubre una situación narcisista básica de transformación en otro, de un cambio en su esencia: dejar de ser si deja de tener el defecto.

Como contrapartida visita a distintos médicos muy renombrados y se conforma con que le saquen fotos para figurar en sus archivos como material clínico y le digan que no tiene que operarse. Consigue con esto sentir que es importante para una figura parental idealizada que se interesa por él en contraposición a lo abandonante de sus objetos primarios. Estos médicos, que atesoran su imagen como material calificado, se convierten en el soporte para su goce narcisista. El paciente se convierte en su fantasía en el objeto ideal del ideal del yo.

La madre debe amar a su hijo para poder ayudarlo en su enfermedad. La enfermedad del hijo representa para ella una injuria narcisista y le produce procesos regresivos, que tiñe al vínculo original de rasgos sádicos.

Los intercambios afectivos adquieren características compulsivas por las que la madre "debe dar" e inhibe las experiencias y aprendizaje del vivenciar deseante de su hijo

Esto lleva a la instauración de objetos internos idealizados y omnipotentes. Se establece un estado en el que la magia y el accionar compulsivo predominan sobre el accionar específico sobre la realidad.

Esto lleva a la consolidación de un mundo narcisista y omnipotente donde el déficit de contacto con la realidad trae consecuentemente un empobrecimiento de los registros representacionales por "lo no realizado". Hay una carencia no sólo de procesos evolutivos sino de adquisición de nuevas funciones adaptativas frente a la enfermedad.

El cuerpo enfermo o alterado adquiere un significado primordial para el sujeto, al ser investido por el otro (la madre) que lo convierte en objeto de deseo. Esto crea una situación fantasmática en la cual el cuerpo-dolor sustenta la vida en cuanto le da sentido a la vida del otro que se dedicará a cuidarlo o a repudiarlo.

El cuerpo aparece en todos los casos como un vehiculizador entre los deseos del sujeto y otro. En el lugar de objeto de deseo sustenta la capacidad de sentir placer o sufrimiento por su enfermedad. Al mismo tiempo el cuerpo debe ser investido para adquirir sentido y presentarse como objeto para ser cargado por otro. Este doble proceso de investidura es lo que le confiere potencial narcisista e identificador que sustente las relaciones de ser del sujeto.

El soma alterado modifica las primitivas tramas y matrices de investiduras y vínculos. Se inscribe y significa en el nivel mental como un estímulo traumático y justifica los procesos de disociación mente-cuerpo. Las diferentes defensas frente a esta situación de impacto emocional narcisista, dadas por el nivel evolutivo del aparato mental en el momento de aparición de la enfermedad, son las que subyacen en las modalidades de interacción del sujeto con su acontecer corporal.

Cuando la aparición de la alteración o de la enfermedad se da más allá del límite antes descrito como estructurante, es decir, la adquisición de la palabra hablada, se condiciona un estado donde "se tiene una enfermedad". La discriminación del sujeto con su enfermedad determine una relación de objeto con la consiguiente posibilidad de pérdida objetal, duelo y elaboración que ello implica.

Utilizaré otro material clínico para introducir este tema. Alude al descubrimiento tardío, en la pubertad, de un defecto corporal congénito que el paciente mantenía en secreto. Tener un secreto implica un vínculo objetal. El descubrimiento tardío de la

malformación hace que sea recibido por una estructura mental más consolidada, no armada en torno a las representaciones del cuerpo enfermo, dando como resultado una crisis en la cual el yo se defiende, estableciendo con el defecto una relación objeta capaz de ser elaborada tanto psíquicamente como en el plano de la realidad objetiva. Sin embargo no existiría ningún cuerpo que no tuviese un cierto registro mental deficiente, ya que ningún niño cumple con el ideal materno y desde el narcisismo herido de la madre el cuerpo siempre se significa incompleto.

B. tenía menos de 30 años cuando se enfermó de una afección infecciosa. Estaba desde hacía tiempo en análisis. La toxicidad de la infección le produjo un cuadro de sopor y excitación. Su discurso adquirió un neto corte hipocondríaco. A pedido de sus familiares fuí a verlo durante su internación. En estas entrevistas jugaba ostensiblemente con su pene, actitud que no coincidía con el recato del paciente durante su análisis.

En la situación tóxica, cuando sus defensas estaban menoscabadas, relató algo que había mantenido en secreto durante su tratamiento: una malformación del pene de origen congénito hacía que éste en erección fuese distinto, aunque no le traía problemas de índole funcional en el coito. Reactivamente sentía que ese era un "don" que él tenía y que lo marcaba como diferente. El conocimiento que aparece tarde en la vida y en el proceso terapéutico, como una repetición del momento tardío del descubrimiento de su defecto físico, en la época puberal, donde se completa su desarrollo genésico. Recién a partir de este momento, frente a las relaciones sexuales y a la comparación del pene con el de sus compañeros, el paciente toma conciencia de la diferencia.

"En el colegio, cuando era chico y jugaba con mis compañeros y dibujaba cómo se me paraba, los chicos me decían que no podía ser porque la representaba al revés".

En estas condiciones comenzamos a entender episodios hipocondríacos de la adolescencia del paciente cuando pensaba que padecía de leucemia. La represión y el ocultamiento del defecto facilitaba estas ideas. El incremento de las ansiedades de castración y el menoscabo de la autoestima que la enfermedad actual le producía sacó a la luz el secreto que se expresaba en un giro idiomático que también aludía al defecto.

Repetía con insistencia:

"Se me dio vuelta el paraguas".

La vivencia de feminización, manifestación del incremento de ansiedades de castración, se pudo ver también en una sesión en la que se interrogó acerca de la diferencia en la forma de expresarse sobre su pene, descubriendo que siempre se refería a aquél con palabras femeninas.

Descubrió también su identificación parcial con el pene cuando se:

Sentía todo él torcido", "Mi cuerpo lo siento torcido" o "Tengo cosas torcidas en mi personalidad".

El "secreto" permitió entender sus primeras elecciones de objetos sexuales:

"Como pensaba que no servía me tenía que acostar con siervitas o negras, así nadie se iba a enterar".

Tampoco podía mantener relaciones sexuales dos veces con la misma persona. El otro debía ser cuidadosamente evitado una vez que conocía su secreto.

La ansiedad que le produjo el descubrimiento de su malformación lo llevó a probarse constantemente desde muy joven:

"Yo empecé a cojer muy temprano, tenía doce años, me dediqué a las negritas, me las cogía una sola vez. Me gustaba levantarlas y después no las veía más".

Como compensación a sus ansiedades de castración comenzó una carrera de gran exigencia dando años libres en el colegio; recibíéndose muy joven de sus estudios terciarios.

"Yo miraba a los chicos en el club y era el más chico, pero tenía mucha fuerza. Era el goleador del equipo. Me llamaban taquito o zurdo". "Me gritaban zurdo tirá y hasta me levantaban en andas. Fui el ídolo del grupo por los goles que metía. Era un taponazo y tenía una fuerza increíble" "Era conocido en todos lados por los goles que metía".

En este material vemos la identificación del paciente con su pene como actitud compensatoria. Podemos reconocer en su conducta un incremento reactivo y maníaco de los vínculos objetales, como intento de resolución de la injuria narcisista correspondiente al descubrimiento de su defecto.

Los ejemplos clínicos presentados nos permiten ver cómo el primer paciente tiene una estructura psíquica en la cual "él es el defecto", mientras que en el segundo caso "él tiene algo con un defecto". Frente a momentos traumáticos de la vida en el primero

predominan las ansiedades de aniquilamiento, mientras en el segundo las de castración; dirimiéndose ante los embates del vivir la temática del ser o del tener respectivamente.

SOBRE LA IDENTIFICACIÓN

En el campo psicoanalítico, frente a la falta de certeza acerca de cómo se instaura un acontecimiento somático apelamos a una serie de observaciones sobre lo que ocurre en el sujeto en el momento de su aparición. La propuesta repetida a lo largo de este escrito es que se trata de una disfunción en la posibilidad de resolver el conflicto en un nivel representacional por parte del aparato psíquico. Pensamos a los acontecimientos somáticos como respuestas regresivas en las cuales se apela a formas arcaicas de expresión.

La pregunta acerca de cómo se genera la disposición al acontecimiento somático encuentra la posibilidad de ser respondida desde la creación de construcciones que son un símil del momento evolutivo en que la carne se vuelve representación.

Pensamos que el pasaje del soma al cuerpo es a través de las primitivas identificaciones. Estas marcan un corte neto entre biología y universo psíquico.

Aludimos con esta metáfora al momento de pasaje desde lo establecido y previsible de los fenómenos de la biología a lo complejo y cambiante del mundo representacional. Este mundo polisémico y en constante movimiento en el cual siempre existe la posibilidad de otro sentido para cada representación.

El mundo del símbolo es variado y cambiante, es incognoscible y enigmático. Frente a él, una característica del conocimiento psicoanalítico es la búsqueda de modelos para encontrar alguna explicación. Un modelo frecuente es la recurrencia a una explicación que aborde el momento mítico del origen.

Origen del sujeto, origen de la representación, del símbolo y también de la disposición patológica. Momento mítico del avinamiento del sujeto donde aún la "pura carne" necesita ser cuidada y conducida para resolver sus necesidades y apremios biológicos. En sentido inverso, por regresión, pensamos que es la constelación en la que se ubica el sujeto ante la eventualidad de expresarse a través de un acontecimiento somático.

Regresamos a estos momentos cuando colapsa la posibilidad de trabajo psíquico, tanto en el devenir de nuestras vidas, como en la relación transferencial.

Frente al dolor y cuando los filtros de la fantasía claudican, aparece nuevamente el acto que es como un grito. Grito que aunque silencioso presentifica la vivencia de desamparo, reedición de nuestro origen indefenso. Este grito mudo puede ser mediatizado por el acontecimiento somático.

Frente al vacío de fantasías, de representaciones que soporten los procesos de investidura, el acontecimiento somático sería un intento desesperado de búsqueda de otro para ubicarlo en el lugar donde se pueden procesar estados tensionales. Un grito desesperado de encuentro fallido con un auxiliar que anude nuevamente a la vida.

¿A qué otro está dedicado ese grito? Pues a aquel que con su contención, actos, y palabras nos permite retornar a un universo historizable, universo en el que las palabras desde su función metafórica alejan de la carne.

Retorno a un estado original de reinstauración de "un nuevo acto psíquico". Acto que vuelve a inscribir al humano en su posición de sujeto. Sujeto de la representación, sujeto deseante que inicia la búsqueda de aquello inhallable que sostiene la ilusión de completud y en cuyo recorrido de búsqueda se aleja cada vez más de lo carneo para recorrer los caminos de lo representacional.

En este momento mítico representacional estaría ubicado el concepto teórico de la identificación primaria. Pasemos, pues a revisar este concepto.

Para acercarnos al tema de la identificación en el campo de las psicosomáticas, tomaremos en principio dos hipótesis. La primera está relacionada al concepto de identificación primaria y al tema de la función paterna, la identificación con el padre de la prehistoria individual. Este sería un personaje mítico que va más allá de quién lo encarna, y cuya función sería la de forzar al universo simbólico. La segunda estaría vinculada al tema de las identificaciones secundarias. En este campo nos acercamos más a los síntomas conversivos. Tanto en las identificaciones al rasgo, como en las que intermedian los sentimientos de culpa, la problemática es edípica y estamos en un terreno de triangulación.

Estas ideas teóricas, alejadas de cualquier constatación empírica, nos son útiles como hipótesis ad-hoc para explicar los momentos de pasaje de procesamientos de drenaje biológico al trabajo mental y viceversa en los momentos de regresión.

Como toda teoría sobre los orígenes no constatables es especulativa. Sin embargo puede ser útil como modelo para dar acceso a pensar la realidad actual.

Tomaremos a la identificación primaria con el padre primordial como un mito que sería el grado cero de las identificaciones. Momento en que nace el sujeto psíquico por la instauración del universo del símbolo, de la pulsión, del comienzo de los procesos de diferenciación de emociones y de los esbozos de diferenciación con el otro. Grado cero de la psiquización, momento que se rompe la fusión original con la madre que satizface las necesidades concretas y el que marca el acceso a un escenario cambiante nunca más serán en exclusividad el uno para el otro. Se accede a otra escena donde hay tres personajes y aparece la interdicción. Con el avenimiento del padre se incorporan las palabras, los símbolos y la multiplicidad de sentidos que pueden tener los mismos.

Por lo tanto podemos considerar a la identificación primaria como el momento donde lo biológico deja de ser tal para pasar a construir el universo de lo psíquico. A la inversa allí donde puede llevar la frustración cuando se vuelve intolerable y se hace carne, presentificándose como acontecimiento somático. Lo intolerado lleva a volver a optar por el goce sensual del soma, aparición de afectos indiscriminados vividos como tensión, se deniega la diferenciación y se renuncia a la separación del otro, distinción que aporta el uso simbólico de la palabra. Volvemos a ver al soma en estado puro, cae el cuerpo representado y hay un pasaje de lo pulsional a la excitación biológica.

La violencia con que se lleva adelante la renuncia a la gratificación sensual de lo somático para permitir la mediación del pensamiento, con sus consabidas renunciaciones y postergaciones, y del uso de la palabra, no solo se ve en las reacciones del aveniente sujeto sino también en la metáfora del asesinato del padre y su ingestión canibalística como expresión de la conmoción que implica este momento evolutivo. El origen del sujeto y su renuncia a la directa satisfacción de las necesidades somáticas no se hace sino en un clima donde la angustia y la culpa están tiñendo la situación. Desde esta angustia y frente al objeto perdido se instaura la dimensión deseante, cuyo mediador es siempre la palabra.

También remitimos a este momento, el momento de pasaje de una respuesta ante las tensiones del campo biológico al incipiente campo mental. Ya aquí podemos pesquisar rudimentos de semantización y memoria. Son los momentos donde empezamos a sospechar que el grito pierde el sentido de descarga para pasará a tener una intencionalidad de encuentro frente al otro.

Así como pensamos que se establece una paulatina diferenciación también consideramos que frente a la exigencia del trauma, es posible pensar un movimiento

regresivo de fusión con el cuidador con un retorno a la respuesta somática. En este retorno regresivo, vuelve a predominar lo sensual de lo somático, la imitación en las respuestas y la empatía especular entre el necesitado y su cuidador.

En el capítulo 3º de la "Introducción del narcisismo" Freud habla de un nuevo acto psíquico. Alude a la identificación desde la cual aviene el sujeto, entendido desde su incipiente teoría estructural. Si, vía identificación, no se establece el ideal no hay posibilidades de defensa frente a lo penoso. Un ideal deficitario llevará a no establecer mecanismos imprescindibles para la estructuración, así como más adelante en su obra nos plantea que un ideal inalcanzable llevará a una fractura en la estructura por mecanismos de escisión y desmentida.

Un déficit en el establecimiento del ideal, ubica a la persona en un estado de fusión con su cuidador (madre fálica) dejándolo entrampado en una situación imaginaria en la que solo queda el cuerpo para expresarse. La palabra en estas situaciones no es metáfora sino mero acto de descarga.

MATERIAL CLÍNICO

G. consultó ante la inminencia de una histerectomía. Sus hemorragias genitales obstaculizaban su vida y no podían ser detenidas por tratamientos clínicos. Cinco años atrás había sido operada de miomas. En esa oportunidad la intervención quirúrgica fue muy conservadora por la edad de la paciente. Los miomas volvieron a aparecer y en el momento de la entrevista producían la sintomatología que no remitía. Como los tratamientos hormonales no le producían el efecto buscado se planteó el tratamiento quirúrgico.

La angustia que le producía la intervención hizo que demandara una consulta psicoanalítica.

Ella era una mujer de aproximadamente cuarenta años, obesa y con rasgos maníacos. Profesional poco exitosa en el desempeño de sus actividades, era notoriamente mal hablada. Llamaba la atención su vestimenta poco adecuada para la ocasión con un toque de exhibicionismo.

Cuando se presentó relató un ambiente de violencia en su familia, relataba como debía proteger a su madre de los golpes del padre y un episodio donde el hermano de su madre, que era quien tomaba las decisiones en la familia, se suicidó.

Al describir sus familias de origen dice que la de su madre era de una región del norte de Italia y que se los llamaba "los italianos alemanes o austríacos". Frente a este dato le pregunto si ella sabía como se dice abuela entre esta gente y responde "oma".

Le pedí que me hablara de su abuela materna y me relató que la misma murió tres meses antes que ella naciera. Agregó que luego de su nacimiento, la madre que siempre fue incapaz de desarrollar su función maternal, la entregó como regalo al padre de ella para mitigar los efectos del duelo por la muerte de la mujer. Aunque vivían en la misma casa quien más se ocupaba de ella fue su abuelo. Desde muy chica quedó en el lugar de la muerta. Después de relatar distintos episodios en los cuales debió proteger a su madre, dice: "yo soy mi oma". Queda muy sorprendida cuando se le señalara lo que dijo como "yo soy mioma". Desde este punto comienza el análisis de G.

En la viñeta que antecede podemos ver la materialización de una identificación primaria con un muerto. El acontecimiento somático nos remite a una historia arcaica, armada durante la vida de la paciente, pero que tiene fuerza destructiva con la aparición de la patología. Es probable que la posibilidad de historizar el relato permitiese un mejor abordaje al cuadro permitiéndole a G. un mejor desempeño en el armado de un proyecto vital. Proyecto que la tome a ella como sujeto de su historia.

EL PASAJE AL ACTO EN EL CUERPO, EXPRESIONES ANÁLOGAS, DIFERENTES SENTIDOS

Enfermedad o síntoma, fenómeno o síndrome, trastorno funcional y desorganización somática, una serie de conceptos que pueden tener por base un conflicto psicológico con expresión corporal.

¿Cuál es el extraño mecanismo que hace que estas ideas, ansiedades, preocupaciones, síntomas, síndromes o enfermedades se expresen en el ámbito de lo somático?

El cuerpo puede aparecer a lo largo de toda la psicopatología como órgano ejecutor de un conflicto: desde la simbolización de una escena que encierra un modelo vincular y que se vuelve a reproducir a sí misma, hasta la repetición idéntica de un suceso no modificado por la representación.

Para ejemplificar lo anterior voy a presentar a dos pacientes. Ellos expresan corporalmente un conflicto psíquico. En ambos hay un síntoma común, pero son muy

diferentes entre sí. La diferencia radica en la posibilidad o no de simbolizar a través del síntoma y la modalidad de la repetición.

Paciente A. (16 años, varón). Consulta porque no sabe cómo actuar ante los problemas familiares. Bajó aproximadamente ocho kilogramos. Tiene miedo a la locura. Teme caer en estados como los de su hermano o su madre que presentan francos cuadros psicóticos.

No puede comer fuera de su casa. Si va a un restaurante, no le "pasa" la comida cuando ve a otras familias comiendo juntas; lo mismo le ocurre si va a casa de amigos. Vive aterrado por vomitar, aunque nunca le ocurrió. Queda restringido a su casa en la cual no hay comida, ya que la madre no se ocupa de las tareas. Ella está dedicada a hacer exorcismos para atraer al padre que vive en otra casa. Éste manda en ocasiones alimentos que compra para sus hijos.

Tampoco puede usar el baño. Lo describe sucio y con las cañerías tapadas:

"En casa no se limpia y me da asco, cualquiera tira cualquier cosa en la pileta y el agua no baja o rebalsa del inodoro y las rejillas. Todos los caños están tapados".

Este paciente trae de entrada una serie de escenas que pueden resignificarse e interpretarse tanto desde el simbolismo universal, como desde el contexto de su discurso. Es capaz de decir:

"Ellos lo expresan todo gritando, yo me lo como; no puedo decir nada porque yo soy responsable de lo que ocurrió, al decirle a mi papá que el se tenía que ir de casa".

Este mismo conflicto lo expresa diciendo:

"tengo ganas de ir a mear y sólo me salen dos gotitas".

Tiene dificultades en los intercambios entre su adentro y su afuera. Desde lo corporal representa simbólicamente una serie de escenas posibles, intercambiables, probables. Representa un mismo problema en formas diferentes.

En oposición el paciente B, para quien todo es evidente, según su opinión y es presa de un repetir idéntico. Sus actos son calcos entre una vez y otra.

Paciente B: las cosas le pasan, le hacen, se le imponen, es casi manejado en el sin fin de una repetición que parecería responder a una memoria automática. Este

paciente de 20 años es mandado a tratarse por sus padres quienes vinieron a verme antes de que pudiera entrevistarlos, para indagar con desconfianza si yo era la persona adecuada para hacer la evaluación que ellos requerían.

Todos conocen su problema pero viven como si no supieran lo que le pasa. El padre, un médico clínico de reconocida experiencia, viene buscando mi apoyo para continuar los estudios complementarios y de laboratorio. Lo psíquico está repudiado. Bajó considerablemente de peso. Era obeso, hoy es "un flaco muy elegante". Se desliza en la entrevista el problema de los vómitos. Todos saben que algo le pasa pero nadie da cuenta de ello. Reiteran una y otra vez que "son una familia feliz".

"¿Cree usted que vomitará?" Me preguntan, aunque tienen la evidencia del olor que impregna toda la casa.

Al buscar entre mis notas un relato de los problemas de este paciente, he encontrado siempre una historia que es idéntica a sí misma, a diferencia del paciente A donde las historias pueden expresar lo mismo, pero son muy variadas en sus contenidos. Ello me ha llevado a pensar que, en este paciente, el síntoma vómito actúa como un organizador, con una secuencia temporal. Esto le da un sentido que permite llenar una sensación de desconcierto y de vacío. Es como un ritual obsesivo pero sin angustia ni conflicto.

En apariencia es un "niño modelo", a diferencia del paciente anteriormente descrito que sufre y se siente que está lleno de problemas.

Para referirse a su enfermedad, el paciente B. dice:

"Tengo una rutina de noche: cuando me siento mal voy para casa, voy comprando comida para provocarme un vómito, porque estoy frustrado o me siento impotente. Ya en la calle, empiezo a comer. Lo importante es todo lo que hago hasta vomitar. Después me siento tranquilo. El vómito es importante cuando me siento mal y lo que es más importante según me parece del vómito es que es para sentir hambre o para irme a dormir vacío, sin problemas".

"Sé, - enfatiza lo intelectual- que la realidad es diferente, pero no sé por qué hago las cosas. Se me produce un bache. Yo me distingo, por lo que me dijo usted, a través del vómito. El vómito me limpia la cabeza, me cansa, me duerme. Es un cansancio que me descansa".

"No me doy cuenta si me perjudica la salud, pero veo que pierdo tiempo que necesito para estudiar y avanzar en la facultad".

"Todo lo que hago, lo hago por compromiso. En informática, un programa no sólo tiene que hacer lo que uno quiere sino también no hacer lo que uno no quiere que haga. Yo no hago lo que quiero y no busco no hacer lo que no quiero hacer"

Busca la eficiencia, él mismo parece programado, no registra afectos, lo único que a veces lo angustia es el robo de dinero que hace para comprar comida, y que sabe (no siente) que está mal desde los otros. Necesita que otro le haga sentir, sentir que vale, que el trabajo que hace vale, que es capaz. Aunque él no lo cree de sí mismo. Duda de sí; no sabe si él es por lo que miente o por lo que él realmente es. Dice que vomitar es lo que él quiere, lo que le da seguridad. Lo que vomita es lo que tendría que privarse de comer. Vomita para comer y dice que lo que le queda adentro es lo que le daría placer si sólo eso comiera.

Opina que hay cosas que se hacen porque hay que hacerlas, que no hay alternativa. La de él es resolver la tensión vomitando y busca en el tratamiento que otro lo ayude a salir de su concretismo.

"Pienso que vomitar o dejar no depende de mí. Usted debería obligarme a hacerlo"

Tomo específicamente estos dos ejemplos, que tienen en común la expresión somática de un conflicto mental, para introducirnos en el tema de la actuación en el cuerpo del conflicto, expresado en el discurso de estos pacientes como trastornos en la alimentación en los que se ve un pasaje de la tensión del conflicto de un estado a otro.

La ansiedad se transforma en problema orgánico, pero mientras que en el paciente A. el conflicto apela a la simbolización, el paciente B. padece de un marcado concretismo.

Estos actos físicos "actúan" como un hecho que anula inmediatamente, en forma abrupta y total, estados afectivos displacenteros. Tienen como sentido hallar un estado dentro del cual el aparato mental sobrecargado encuentra una descarga estabilizadora, aunque temporaria. El espacio corporal es el lugar donde se dramatiza la actuación.

En estos dos ejemplos hay una diferencia muy grande en cuanto a la expresión corporal. El paciente A. nos muestra un estado transitorio, funcional, de desorganización somática que podrá ser o no el único que le afecte en su existencia y su problema se deslizará rápidamente a un registro mental. Este paciente, como cualquier humano, puede

desarrollar un síntoma somático por rebalsamiento de su aparato psíquico para procesar la angustia en un momento de su vida. Pero dependerá de su estructura de personalidad que dicha afección desemboque o no en la organización de una enfermedad somática. El paciente B, en cambio, con una estructura narcisista, ante cualquier conflicto va a tener siempre el mismo drenaje corporal que se expresará como un nuevo episodio somático: el vómito.

Debemos distinguir, con relación a lo somático, dos momentos: el de la desorganización somática funcional y el de la reorganización restitutiva en la enfermedad somática basada en una disposición particular, que marca al sujeto con una forma de reacción estereotipada en el ámbito somático ante el aumento de tensión psíquica.

DEL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO, UNA HISTORIA Y UNA REFLEXIÓN

Descifrar viejas escrituras es un reto a la paciencia y al ingenio; es probable que ésta sea una parte del trabajo del analista.

Dicen que los soberanos de Súmer hacían escribir tabletas reales en lugares inaccesibles a los ojos humanos. Su lectura estaba destinada a los dioses. El acontecimiento somático, al igual que las tabletas reales, es un mensaje cifrado para un interlocutor ausente. Ausente por pertenecer al pasado. Excepto este piadoso ejemplo (piadoso aquí es narcisismo); todos los escritos que conocemos son modos de comunicarse. Suponen un emisor, un mensaje y un receptor. Por lo tanto, si nadie recibe el mensaje la comunicación fracasa.

Este fue, en primera instancia, el destino final de muchos escritos antiguos redactados en lenguas o sistemas de escritura que luego las catástrofes, el desgaste o las modas aniquilaron, relegaron al olvido o condenaron al desuso.

El acontecimiento somático es el paradigma de la comunicación fracasada. Son los mensajes, que desde el lugar de lo inaccesible, como las tabletas de Súmer, están dedicados al dios, al representante parental infantil y no al objeto presente en la realidad actual.

Sin embargo, al igual que ellas, el acontecimiento somático es la búsqueda de un encuentro. Encuentro entre el dolor humano y un objeto ideal ausente.

El dios será en la actualidad el objeto más jerarquizado de la transferencia del enfermo. Sólo él puede convertir lo inaccesible en accesible transformando el lenguaje arcaico en lengua viva.

El acontecimiento somático es accesible al ojo humano, pero resulta inaccesible en su comprensión por expresarse en signos de un lenguaje olvidado: el lenguaje corporal. Lo antedicho marca ya mi postura ante lo corporal: es un lenguaje escrito en una gramática diferente, la gramática del cuerpo. Gramática a descifrar.

El psicoanalista está ante una Piedra de Rosetta.

Esta gramática da cuenta de improntas vinculadas a vivencias afectivas primarias, soldadas a experiencias corporales. Son la marca de las experiencias de organización que la madre hace de las descargas afectivas-corporales del bebé, y que comprobamos deficientes en los pacientes somáticos. Son parte de la prehistoria del sujeto y de la protohistoria de su aparato mental. El bebé sólo tiene el soma para expresarse y su lenguaje es lengua arcaica a descifrar. Sólo cuando el soma deviene en representación, la descarga es contenida por el símbolo. El símbolo, la palabra, es lengua viva, de comprensión actual.

Desde allí ya no hay soma, hay representación mental del cuerpo, "estamos en el imperio de la fantasía". Nace el sujeto psíquico. Cuando hay una falla en la organización mental, volvemos a reencontrarnos con el soma a través de su enfermedad orgánica, reencontramos la lengua arcaica. Ante el fracaso del mensaje hablado por déficit simbólico del sujeto, debido a la regresión del aparato mental y su sobrecarga, se vuelve a usar el cuerpo como emisor del mensaje. Estamos en el imperio del pasaje al acto, del "Agier" freudiano.

Por "Agier" entendemos una situación en la que se lleva a cabo una actividad que puede interpretarse como sustituto del recuerdo de un hecho pasado. El pensamiento es sustituido por la acción. El sujeto hace, en vez de recordar, "repite". El conflicto está siendo actuado por no haber adquirido representación verbal.

El imperio de la fantasía es el campo de la elaboración mental, su majestad es lo representacional. Predomina el conflicto y las ansiedades son contenidas por el psiquismo. La represión, la contrainvestidura de la representación, es el mecanismo defensivo que predomina. En el otro extremo de la escena mental tenemos lo que llamé el imperio del pasaje al acto.

En el imperio del pasaje al acto la descarga es inmediata, actual, y lo actual alude tanto a la acción (de acto) como a la actualidad, lo presente. Alusión que, aún sin saberlo el sujeto, remite a una repetición. Este carácter repetitivo también en una doble acepción: de lo ya vivido en la historia y de lo que se vuelve a dar: la reiteración. La acción es inmediata, automática y asimbólica. En el reiterar existe una búsqueda tendiente a encontrar algo que permita hacer conciencia del origen del problema. Con el objetivo de anular la tensión (la ansiedad no soportada por el sujeto) por la falta de inscripción o por el repudio de la representación. En la búsqueda existe siempre la tendencia al encuentro de otro que signifique lo ausente.

Estos dos imperios se excluyen; histeria y enfermedades somáticas pueden tener una fachada análoga, pero mientras la primera está llena de contenidos, las enfermedades somáticas nos muestran un psiquismo concreto, vaciado de representación y un soma que se impone.

El paciente somático pierde el placer del vínculo con el otro, sustentado en la fantasía de lo que el otro es como objeto del deseo, para pasar al vínculo compulsivo y monopolizador con su propio cuerpo desorganizado y demandante de cuidados especiales, que restan parte de la vida del enfermo, aunque le otorgan un sentido a la misma. El soma siempre está alterado. Los síntomas de las enfermedades mentales no están presentes o no son específicos, el paciente se sorprende de que se lo refiera a un tratamiento psicológico y he aquí la paradoja: con lesión orgánica y sin síntomas psicológicos, sólo se cure con psicoterapia.

Esto hace difícil su abordaje psicoterapéutico, pero de por sí tiene el valor de síntoma y hace que se los describa como personalidades con una marcada pobreza y tendencia hacia lo concreto. La pobreza en la comunicación, en el establecimiento de vínculos, en los afectos, en la fantasía, se compensa con el pasaje a la acción. La enfermedad somática sustituye las carencias del sujeto; con ella se llena el vacío representacional.

Lo que no supo expresar psicológicamente se transforma en acontecimiento somático. Al mismo tiempo expresa un fracaso y un intento de función expresiva del sujeto. Al hablar, el paciente ordena sus padecimientos y pone en evidencia las repeticiones que marcan su historia. En la repetición vemos la marca de lo Inconsciente que se impone desde el escenario corporal, y en la secuencia de padecimientos y tratamientos recibidos, la característica compulsivo del repetir.

El acontecimiento somático es algo que intenta hacerse oír y del cual el paciente no se libera hasta que no pueda hacerse comprender por medio de la palabra. Palabra que bien puede surgir espontáneamente desde el paciente en cuadros de histerificación secundaria o vivencias hipocondríacas, o ser aportada por el psicoanalista al crear una escena que pueda subyacer en la prehistoria del sujeto. Se constituye así el proceso de simbolización secundaria de la enfermedad.

El paciente B dice que su objetivo al vomitar es irse a dormir vacío y poder desayunar con hambre. La motivación del vómito es sentir hambre. Le interpreto que busca sentir actualmente lo que no se le permitió sentir en el pasado. Él era el ejemplo porque comía todo lo que se le daba, a diferencia de su hermano inapetente. Si la obesidad es significada como sometimiento, el vómito aparece como la rebeldía a un objeto que lo alimenta compulsivamente. Cada uno de los pasos de su ritual adquiere dentro del tratamiento psicoanalítico un significado con relación a su historia infantil.

"Compro facturas, dulces, crema, una pasta y bebidas dietéticas. Como y tengo que sentir que es algo 'masoso', dulce y consistente. Lo acompaño de mucho líquido para que facilite el vómito. La crema es para que no me dé acidez".

Cada uno de estos elementos lo relacioné al vínculo con un objeto infantil. Lo masoso: a las papillas de la abuela; la crema, a las dietas del padre; el líquido dietético, a un consejo de la madre de tomar mucho líquido para llenar la panza y no comer; y el comer sin límites, una forma de oponerse y discriminarse de su hermano mellizo.

Recapitulando, el acontecimiento somático:

1. En el momento de su instauración corresponde a una falla del aparato psíquico para procesar estados de conflicto, tendiendo por el principio de placer a establecer una situación ideal de falla de tensión en el psiquismo.
2. El cuerpo es sede y órgano ejecutor de una descarga de tensiones que no son soportadas psíquicamente.
3. La descarga puede considerarse como un fenómeno semejante al Agier freudiano.
4. La regresión hace que el sujeto considere a su propio cuerpo como un espacio exterior a la mente donde se concretizará la actuación.

5. Estos actos que llevan a la desorganización somática preservan de la desorganización psíquica.
6. No podemos considerar estos actos solamente como descargas, podemos ver en ellos una repetición inconsciente de experiencias ya vividas que no pueden ser recordadas por haber sido inscritas antes de la adquisición de la palabra, y que se expresan en la gramática corporal por fallas de los procesos de inhibición de la acción por el pensamiento.
7. El paciente desconoce, con relación al acontecimiento somático, su origen y su carácter repetitivo.
8. Faltan los pensamientos y las palabras que puedan dar cuenta de las escenas que los sustentan. Son repeticiones de experiencias muy tempranas de falta de procesamiento materno de las demandas corporales del bebé.

Estas acciones sólo pasarán a organizarse como cuadro somático cuando se reiteren y haya una personalidad de base adecuada, estudiada en nuestro medio como personalidad sobreadaptada. De lo contrario aparecen como episodios aislados en pacientes de estructura neurótica o psicótica, pero no adquieren la fijeza de estructura con una forma estereotipada de reacción frente a diferentes noxas, como es el caso del segundo paciente, en quien todo suceso vital movilizador culmina en un nuevo episodio de vómitos

La fijeza de estructura y de reacción lleva del trastorno funcional somático a la desorganización somática; la estructura somática está alterada y esta desorganización protege de la desorganización mental.

El soma dañado expresa el fracaso de los medios de expresión mental. Se establece a partir de este momento un proceso de inclusión psicológica de los síntomas al que denominé organización reconstitutiva del cuadro somático. La apariencia es la de no enfermedad psíquica y hay fenómenos de dos tipos que caracterizan este momento:

1. El cuerpo que sufre es utilizado como un intento de reconexión con la realidad objetiva. A partir de los síntomas se reconstruye un nuevo sentido a la vida. Se rejerarquizan demandas del soma previamente desconocidas.

Dice el paciente B:

"Las cosas que hago siempre están dirigidas a otra persona y tienen un sentido con relación a esa persona; por ejemplo, lo que hago es ver si esa

acción le da satisfacción al otro como cuando de chico comía y satisfacía las expectativas de mi abuela. Ahora, cuando como, antes de vomitar siempre está el otro presente ya que tengo que tener prendido el televisor. Necesito sentirme mirado cuando como".

2. El sujeto recurre a intelecciones para dar un sostén racional a su cuadro. Esta superestructura mental del cuadro tiene muchas veces una configuración casi delirante, con un marcado concretismo y un discurso ganado por el proceso primario.

Por ejemplo:

"Los vómitos son el mejor método para adelgazar".

Sólo en el área del beneficio secundario de la enfermedad aparecen fantasías y procesos de pensamiento simbólico.

"En el trabajo, como es algo social, no vomitaría porque están los otros. Con la comida, que es algo privado, como o vomito, me importa lo físico, no engordar, pero más me importa cómo me vean o que no se enteren".

Secundariamente, el paciente puede asignarle sentidos simbólicos a la enfermedad y entretejer fantasías con respecto a ella.

"Con las ideas hago como con el vómito, las largo rápidamente para tener espacio y que entre algo más. De golpe quiero largar todo, el estudio y el trabajo. Si tengo lugar quiero que me den más y más y más. Quiero saber todo de todo y termino sin saber lo que quería".

Este pasaje del acto concreto a la fantasía es en sí una recuperación de la actividad mental y un intento de curación. La recuperación del espacio mental para la fantasía implicaría una mayor protección frente a la enfermedad orgánica. Dice el primer paciente:

"Cuando siento que no mejoro con los medicamentos o con lo que pasa en las sesiones, yo me autosugestiono, abro un canal y creo fantasías que me alivian, como que una chica me invite. Eso me llena de vida, me den ganas de traer cosas, vienen energías cuando abro el canal de la imaginación y entonces las cosas me afectan menos en el cuerpo".

Volvemos a encontrarnos en el imperio de la fantasía, en el lugar del sujeto.

CAPITULO 4º: CUERPO Y PALABRA

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE EL AFECTO Y LO SOMÁTICO EN EL CAMPO DE LA PALABRA.

EL PRECONSCIENTE COMO GUARDIAN DEL SOMA.

SIMBOLIZACIÓN, JUEGO Y ACONTECIMIENTO SOMÁTICO

UN EJEMPLO CLÍNICO: LA RESPUESTA SOMÁTICA DENTRO DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE EL AFECTO Y LO SOMÁTICO EN EL CAMPO DE LA PALABRA.

¿Cuáles son, o qué elementos intervienen en los momentos de pasaje de la salud a la enfermedad, y de la enfermedad a la posibilidad de reordenar o rearmar la estructura mental, estado donde lo somato psíquico funcione integrado y en armonía?

Quisiéramos poner especial énfasis en la necesidad de hacer una fina diferenciación semiológica de las descripciones que hace el paciente sobre sus dolencias, sus síntomas y la secuencia temporal de su historia y de los fenómenos de su enfermedad.

Este trabajo semiológico tiene por finalidad la indicación o no de tratamiento psicológico. La base de estas ideas las encontramos en el historial de Dora, historial clínica de S. Freud. En la tercera nota al pie del capítulo llamado: "el cuadro clínico", relata un caso que llega con diagnóstico de histeria y dice:

"La breve información me pareció compatible con ese diagnóstico; en una primera sesión hice que la paciente misma me contase su historia. Pero como ese relato, a pesar de los notables acontecimientos a que aludía, fue acabadamente claro y ordenado, me dije que no podía ser una histeria y de inmediato efectué un cuidadoso examen clínico. El resultado fue el diagnóstico de una tabes".

Freud puntualiza que la precisión en el discurso en torno a un padecimiento excluye al conflicto en el origen del mismo. No son causas emocionales las que lo originan y por lo

tanto no se ponen en juego las defensas psíquicas. Se expresa por un discurso coherente y cierto.

La acción de la defensa psíquica, es lo que corta con la coherencia que aparece en el discurso de lo somático. Aparecen, por su obra, las imprecisiones, fruto de las suturas que hace el yo luego del corte que impone lo que se ausenta por efecto de la represión. Aparecen sustituciones, además de alteraciones de la secuencia temporal. Es el discurso del cuerpo erógeno, de la neurosis donde la metáfora o el símbolo ocultan la sexualidad. La alteración de los nexos lógicos, que la represión impone al discurso, da lugar a la formación de elementos sustitutivos. Sólo a través del trabajo interpretativo serán recuperados los pensamientos sobre los que actuó la represión. El análisis reconstruye nexos que la represión ha destruido. Introduce *“pensamientos formados intachablemente e insertables en el lugar consabido dentro de la trabazón anímica.* (S. Freud. Caso Dora. Cáp 2°.).

Muchos de estos pensamientos son una necesidad del análisis para restituir a través de la lógica secundaria, la libre circulación del afecto por las cadenas de pensamiento. Sobre esto se basa el trabajo analítico, opuesto al de la represión.

La libre circulación de las cargas es lo que llevará a la formación de sustitutos, a través de los que el afecto intenta expresarse, haciéndose conciente. El trabajo de ligadura por la palabra es lo que devolverá al sujeto al terreno de la salud.

Si bien hay una diversidad de fenómenos que se dan en una sesión, tales como los gestos, actos, aparición o desaparición de síntomas, sólo su procesamiento y transmisión con palabras llevará a la posibilidad de cambio psíquico.

Nuestro objeto de trabajo está ligado a hechos de discurso. Podemos conocer cómo los acontecimientos somáticos pueden ir acompañados de aumento o disminución de ciertas sustancias químicas o alteraciones en el funcionamiento de integridad de órganos, pero sólo daremos cuenta, desde nuestro campo, de las formas de hablar o decir las cosas por nuestros analizados.

En este decir reconoceremos los estados afectivos, entrando en el interjuego de una dialéctica entre lo innominado y lo innombrable. Dialéctica que se presentifica y cuestiona desde el discurso de las patologías que nos convocan. Guardaremos la denominación de innombrable para el resultado de la represión y la de innominado para las ausencias por falta de inscripción por los efectos del repudio y de la desmentida.

De ahí que se nos presenta una invitación a pensar si algo faltante en el discurso analítico no se puede decir porque ha sido reprimido, ha sido prohibido para el psiquismo, o no se puede decir porque no ha habido una inscripción adecuada para un proceso o estado en algún momento y el sujeto no puede nominarlo al no tener dentro de sí una categorización que exprese ese proceso o estado.

Dentro del cuerpo teórico psicoanalítico, el tema del afecto es una columna vertebral que queda establecida desde las primeras postulaciones freudianas. La problemática del afecto se extiende desde la posibilidad de tener acceso al síntoma histérico, enfocado como un afecto no tramitado por la abreacción, no ligado por la palabra, hasta referencias en el libro de los sueños donde el afecto es lo que permite discriminar, ante la duda, sobre el contenido de una representación. Se refuerza la importancia del afecto cuando queda marcado como el indicador que nos deja saber si continuar con el trabajo o no sobre una escena subyacente.

En la obra de Freud el afecto estaría sustentado por dos fuentes. La primera fuente estaría vinculada a reacciones innatas, preindividuales, anteriores a las experiencias del sujeto; son las denominadas "histerias primordiales", es decir, modos de reacción, y, por el otro lado, la segunda fuente ligada a la cualificación del estado de descarga por un otro, situación vincular e intersubjetiva, que implica nominación y categorización naciente en el campo interpersonal.

El afecto está siempre presente en cualquier estado psicopatológico. La cuestión es si el sujeto tiene o no acceso a la posibilidad de expresar, discriminar y transmitir con palabras sus estados emotivos. Si tiene o no capacidad de evitar descargas eventualmente perjudiciales, a través del dique de pensamiento, el freno que impone la intermediación del preconciente.

Los pacientes que padecen déficit a nivel representacional preconciente, hablan en términos de aumento o disminución de tensión. Se describen como sistemas mecánicos que pueden explotar, como acumuladores que en algún momento soltarán la chispa. Carecen de un grado expresivo del lenguaje capaz de dar cuenta de diferencias de estados afectivos. Aunque podrán tener acceso, eventualmente, a través de un psicoanálisis, a la adquisición de un adecuado sistema de intermediación preconciente a los fenómenos de descarga.

En el tratamiento psicoanalítico, el analista arrienda su aparato psíquico al analizado y consecuentemente le aporta representaciones palabra capaces de funcionar

como diques respecto de los fenómenos económicos cuantitativos desbordantes. Allí donde el psiquismo se había expresado somáticamente, el análisis ha de crear un texto, una historia que pueda ser pensada y se instaura así una histeria secundaria.

La carencia de un adecuado arsenal de nominación lleva a este tipo de pacientes a funcionar desconociendo el mundo afectivo y la percepción interoceptiva. Preocupados en extremo por la efectividad de sus actos, desconocen su afectividad. El riesgo de un quiebre por sobrecarga tensional está siempre presente por falta de palabras adecuadas y de acciones específicas.

En la teoría psicoanalítica, la categoría de "lo innominado" son construcciones que aluden a situaciones tempranas del vínculo de un niño con una madre con patología narcisista. Las demandas corporales de su hijo habrían generado estados de angustia en ella, y en lugar de hacerse cargo de la nominación, cualificación de los estados afectivos de su bebé, ha eludido, repudiando lo somático del niño para mantener su propio equilibrio narcisista. Ellas se angustian al no poder resolver las angustias del niño y esto las conduce defensivamente a un repudio de las demandas del bebé, inscribiéndolos en la desconexión con el propio cuerpo. Dentro de esta dinámica se va creando en el niño un psiquismo vuelto hacia el exterior, dispuesto a cuidar de la madre más que a elaborar sus estados afectivos. Existiría un déficit en el bagaje de palabras capaces de dar cuenta del estado emocional del bebé. Este déficit representacional de material con capacidad de ligadura traería aparejado un aumento en la capacidad de actuación en esa exterioridad a la mente que es el propio soma.

Es por todos nosotros conocida la importancia que tienen, en la clínica la fantasía y los estados afectivos. Hoy nos interrogamos acerca de qué pasa en las enfermedades somáticas durante un tratamiento psicoanalítico. Conocemos cómo el afecto puede ser suprimido en periodos de análisis.

Desde este lugar propongo repensar lo que leemos en artículos actuales sobre somatosis, referidos a la presencia o ausencia de la capacidad del sujeto de vivenciar y discriminar sus afectos poniéndolos en palabras. (alexitimia)

Desde el campo de la clínica describiré entonces distintos momentos del discurso para estas patologías, a las que enfoco como un sector de la patología del narcisismo. Son pacientes que hacen un quiebre con una restitución a predominio somático, seguido de las consiguientes reacciones patoneuróticas.

Si consideramos el enfermar como un proceso, la secuencia que encontramos será: un primer momento de quiebre de la estructura narcisista, como resolución se pasa a un segundo momento de aparición del acontecimiento somático, para culminar en un tercer momento, el de la patoneurosis. En este momento encontramos que es más efectiva la psicoterapia por la reinstauración de posibilidades simbólicas. No podemos dejar de pensar en los efectos preventivos del psicoanálisis en los momentos anteriores. Pasaré a describir los referentes semiológicos que encontramos en ellos.

Primer momento:

Momento de rebalsamiento del aparato psíquico en su capacidad de procesar tensión: podría considerarse con el modelo de la situación traumática.

- a) El aparato psíquico queda sobrecargado y no soporta más tensión.
- b) Se produce una regresión a puntos tempranos del desarrollo.
- c) Surge la dificultad de encontrar palabras, de ligar y nominar estados afectivos.
- d) Es el punto en el que algunos autores describen lo operatorio en el discurso y la alexitimia.

Lo que encontramos es:

1. Dificultad para discriminar entre Yo y objeto.
2. No se pueden ubicar para comprender lo que le pasa al otro.
3. Falta de capacidad introspectiva.
4. Dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales.
5. Dificultad para expresar, describir y diferenciar sentimientos.

Estos momentos se caracterizan por una gran pasividad frente a los factores externos y predomina una actitud conformista. Encuentran dificultad para referirse a si mismos en primera persona, habitualmente utilizan la tercera persona, objetivándose.

En este período observamos una profunda incapacidad para fantasear y el discurso duplica los hechos de la realidad fáctica del sujeto. Es la hora de “los informativos”, el paciente enumera hechos aunque tiene dificultades para desarrollar los contenidos de los mismos. Los conflictos intrapsíquicos son vividos como noxas concretas que vienen del exterior del sujeto.

Cuando encontramos un paciente con estos referentes semiológicos podemos pensar en el riesgo de la aparición de un acontecimiento somático. Este acontecimiento

constituye la culminación de un estado de carencia en el psiquismo. Pasamos así al segundo momento.

Segundo momento:

Entramos luego en esta segunda fase del proceso de enfermar, movimiento de la presentificación del acontecimiento somático. En éste el soma es sede y ejecutor de la descarga de tensión.

En el enfermar somáticamente tendrían lugar procesos de pasaje al acto. Para preservar una cierta integridad, el aparato psíquico necesitaría accionar una descarga en el mundo exterior. Sólo así tolera su angustia.

Por regresión a una posición narcisista, en la que predominaría un estado semejante al que Freud ha descrito como Yo de placer purificado, el soma, desde sus demandas de resolución de estados de tensión, es vivenciado (por el yo) como una exterioridad al aparato psíquico, como un no yo. Es en esta exterioridad propia del sujeto que se efectivizan las descargas.

Estas descargas tienen que ver con una repetición inconciente de algo ya vivido pero que no puede ser recordado. Es algo que no ha pasado por el registro de lo mental y cuyo texto se encuentra en otra gramática, la gramática del soma. El sujeto desconoce tanto su origen como su cualidad repetitiva.

Faltan aquellas palabras que puedan dar cuenta adecuadamente de las escenas que sustentan a estos acontecimientos. Serían repeticiones de experiencias muy tempranas de falta de procesamiento materno de las necesidades somáticas del bebé. El soma responde en ausencia de las palabras, y la inexistencia de éstas habla de una carencia en los procesos de inhibición de la descarga. Las cargas indiscriminadas a nivel psíquico derivan somáticamente de acuerdo al principio de placer, tendiendo a una situación ilusional de falta de tensión para el psiquismo.

El afecto que sustenta a esa escena anterior a la adquisición de la palabra, basada en un núcleo mudo, solo es registrado como tensión. Lo innominado se constituye en tensión.

Una vez que se ha establecido esta descarga que se acompaña de daño somático, aparece una necesidad del psiquismo de dar cuenta de este extrañío, que es el acontecimiento somático. La significación sólo puede darse secundariamente en un

psicoanálisis. Con esta significación ulterior podemos romper con la concepción fatalista de la predisposición en estos cuadros.

Tercer momento:

Pasamos, entonces al tercer momento de la organización mental del cuadro o enfermedad somática. Aparecen aquí una serie de intelecciones, construcciones a nivel psíquico, cuyo referente más cercano sería el modelo del delirio que intenta dar una explicación de carácter restitutivo al acontecimiento somático que ha invadido el campo de lo mental. Se atribuye a partir del acontecimiento somático un nuevo sentido a la vida jerarquizando demandas somáticas previamente desestimadas.

En este momento, el aparato psíquico ha sido preservado en cierta medida por la aparición del acontecimiento somático, vuelve a encontrar su capacidad simbólica, su capacidad de fantasear, de comunicar ideas y de expresar sentimientos sobre ese fenómeno.

Estas capacidades habían sido perdidas en el momento traumático de rebalsamiento, que dio origen al proceso de enfermar y a la secuencia descrita en el presente trabajo.

En este tercer momento se dan dos salidas secundarias: la primera es la hipocondría, organización del área mental equivalente al delirio; y la segunda: la histerización. Ambas con una marcada obstinación, compulsión y certeza que muestran su carácter defensivo frente al proceso de base. Son dos modalidades restitutivas en las que se nota el incesante pujar pulsional como retorno del conflicto inconciente.

El psicoanálisis es el instrumento que permite intermediar intelecciones y aportes simbólicos que desde el analista simbolizan secundariamente el campo con la atribución de significados sobre el sentido del acontecimiento. Los significados permiten un nuevo funcionamiento mental en lugar de un accionar tendiente a la descarga directa, donde el repudio y la desmentida de procesos dolorosos era lo predominante.

Si seguimos el modelo que da Freud en el Capítulo III de las Neuropsicosis de Defensa, sabemos que el repudio de una percepción dolorosa lleva a una alteración del polo perceptual del aparato. No sólo está alterado el sentido de realidad sino que este fenómeno se acompaña de una desorganización del aparato psíquico.

De aquí inferimos que los sujetos propensos a la aparición de acontecimientos somáticos son aquellos que estructuralmente tienen una incapacidad para percibir,

vivenciar y tolerar situaciones de dolor provenientes de su mundo interoceptivo, y que además carecen de un sistema preconciente con riqueza para dar cuenta de los procesos interiores del psiquismo.

En los dos primeros momentos observamos dificultades para abordar vivencias dolorosas; no hay posibilidad de hacer duelos, no se reconstruye el objeto intrapsíquico, el psiquismo está vaciado y el discurso está constantemente presentificado, no entra en él la categoría de pasado. En el tercer momento aparece la sucesividad temporal, el sujeto aborda sus pérdidas, tiene posibilidad de organizar estructuras fantasmáticas. En este momento es posible inferir la organización intrapsíquica y, por lo tanto, al existir la categoría de pasado, existe la capacidad de historiarse.

La intención de estas reflexiones es remarcar la función de ligadura de los mediadores preconscientes tanto en el proceso de enfermar como en la cura. El déficit de palabras y su función de crear diques para evitar la descarga está ausente en los primeros dos periodos.

La palabra resurge con su función de ligadura en los momentos patoneuróticos y de curación en el tratamiento psicoanalítico.

Desde esa perspectiva podemos tomar que en los momentos donde falla el filtro preconciente hay una atracción y un funcionamiento tendiente a la descarga desde la modalidad de lo inconsciente, regido por la repetición. La tendencia a la descarga y al pasaje al acto es uno de los elementos básicos que observamos en estos estados. En los pacientes somáticos; se ven estas características en detrimento de los procesos de pensamiento y de ligadura, característicos de los procesos secundarios.

Es importante tener en cuenta la posibilidad de transmisión de los estados afectivos a través de la palabra. El análisis se basa en el concepto de abreacción con el que se incluye a la palabra como protagonista en las psiconeurosis, mientras en las patologías somáticas la tendencia a la descarga tensional las enmarca como patologías del acto.

De lo que no se habla es de lo que no se puede; existen palabras para las cosas pero la defensa actuante impide la ligadura por el proceso de contracarga. En el tercer momento anteriormente descrito actúa la represión y hay fantasías, mientras al comienzo del proceso de enfermar, mecanismos primarios de escisión, proyección, repudio; espacio sustentan el pasaje al acto.

EL PRECONCIENTE COMO GUARDIÁN DE SOMA

Repito una serie de ideas que guían este escrito. En esta reiteración se enfatizan las hipótesis que subyacen en las conceptualizaciones desde las que intervengo en la clínica y desde las que hago mis lecturas del material clínico.

Tomaré estrictamente dos puntos de la obra freudiana. Uno es el concepto de preconciente y el otro el concepto de "versagung".

Consideramos al preconciente como un sistema inhibitor de la descarga indiscriminada. La representación palabra, característica del preconciente, con su función de ligadura de las cargas, es uno de los organizadores de la vida psíquica. La palabra aporta el acceso a criterios de realidad y tiende a preservar la vida del sujeto. Los procesos de pensamiento, con su característica de ser actos diferidos, son los que pueden implementar el cuidado de sí. El pensamiento evita acciones que pongan en riesgo a la persona. A mayor riqueza y espesor representacional, expresado por un rico mundo fantasmático, mayor será el bagaje de opciones para resolver las ofensas y demandas de la realidad. Demandas y ofensas que provenientes del espacio exterior o del interior del psiquismo, incluyen lo somático como una exterioridad propia, que es siempre vivenciada como ajena y extraña.

Sólo por la intervención de lo fantasmático el sujeto puede adueñarse de su soma. El espesor del preconciente, dado por la experiencia vivencial, interviene en los procesos de adueñamiento psíquico del soma y su inscripción como cuerpo erógeno. Este espesor determinado por la riqueza representacional y capacidad metafórica, se irá inscribiendo en el transcurso de la vida del sujeto.

La posibilidad de funcionar a través del filtro que es el sistema preconciente marca lo que Freud llama un proceso secundario, una mayor estructuración dentro del psiquismo que se caracteriza por las ligaduras de cargas, por el control de la motilidad, es decir, por aquello que va a permitir evaluar distintos criterios de realidad, evaluando los riesgos a los que queda expuesto el sujeto.

Cuando una estructura más organizada falla hay una tendencia a funcionar desde otro nivel de estructuración del aparato psíquico para que esto sea posible tiene que haber otra estructura que atrae hacia sí. A esta estructura la llamamos punto de fijación; y a los movimientos desde uno a otro lugar de la estructura, regresión y progresión. Desde esta perspectiva podemos considerar que en los momentos en los que falla el filtro

preconciente hay una atracción y un funcionamiento desde lo inconsciente. En los pacientes somáticos observamos la tendencia a la descarga y al acto en detrimento de los procesos de pensamiento y de ligadura. Es un accionar inconsciente donde la compulsión de repetición reactiva viejas experiencias de búsqueda de descarga de la tensión.

Entre 1912 y 1915, cuando Freud escribe acerca de la adquisición de las enfermedades mentales, en artículos tales como "La adquisición de la enfermedad mental", o en el capítulo 3 de Schreber, utiliza el vocablo alemán "versagung", que aparece en español traducido como frustración. La versagung no alude solo a la pulsión o al objeto de la pulsión, como se ha interpretado, ya que etimológicamente en alemán el prefijo "ver" quiere decir "des" y "sagung", de "sagen" que quiere decir "decir, palabra, discurso".

Freud plantea el proceso de enfermar desde el concepto de "desdecimiento". De allí que podemos pensar que el proceso de enfermar implica el colapso del sistema preconciente, por vaciamiento de la palabra. Esta caída del sistema preconciente conlleva la aparición de los automatismos inconscientes, que se expresan a través de las diferentes modalidades del retorno de lo reprimido en las distintas estructuras psicopatológicas.

Cuando aparece el fenómeno de desdecimiento, los sentidos paradójales que aparecen en el discurso crean confusión, anulación de la capacidad preconciente de discriminación y una claudicación narcisista ante un ideal exigente que desestima el significado de la palabra. En el artículo sobre la adquisición de las enfermedades mentales, al hablar de la "versagung", Freud dice: "La versagung tiene como efecto poner en vigencia los factores predisponentes hasta ese momento ineficaces". Indica la relevancia que le atribuye al discurso frente a la situación de desencadenamiento de la enfermedad. Enfatiza la caída de la función de ligadura de la palabra como desencadenante de disposiciones de orden primario biológico-genéticas.

El rebalsamiento del preconciente se puede dar- por factores externos o internos. Entre los internos jerarquizaría la deficiente organización del mismo en el vínculo temprano. Una elevada exigencia del ideal también lleva por el desdecimiento al desmantelamiento del caudal representacional. Por efecto del sometimiento a un ideal exigente haga lo que haga el sujeto está mal, creándose una situación enloquecedora que llevará a la desmentalización progresiva, a la regresión y a la expresión somática del

conflicto. De los factores externos remarcaría la descalificación desde el objeto amoroso, más si éste es único e idealizado.

Sintetizando, plantearía un modelo de enfermar en el que aparecería un primer momento del desmantelamiento psíquico, en especial del sistema preconciente, luego surgiría la regresión, seguida de una descarga a través del acto, y el soma se constituiría en el lugar efector del drenaje de tensiones no contenidas en el área de lo mental. Por último un tercer estadio en el cual es posible resimbolizar al acontecimiento somático. Estos pasos tienen una relación con los descritos en el apartado anterior.

SIMBOLIZACIÓN, JUEGO Y ACONTECIMIENTO SOMÁTICO

¿Por qué y para qué jugamos? ¿Por qué y para qué simbolizamos? ¿Por qué y para qué aparece un acontecimiento somático en el devenir de la vida de un sujeto?

¿Cuáles son los destinos de la sexualidad? ¿Por qué un concepto tan oscuro como la sublimación?

¿Cuál es el sentido de su eterno escapar de la sensación de desprotección y desamparo? ¿Cómo se escapa el humano de la angustia que lo tortura? Y entonces por qué no interrogar a la repetición, cuando la repetición es siempre repetición de lo displaciente.

Los planteos anteriores, son enigmas que están en la base de nuestro quehacer. Por último: ¿existe un jugar, que sea el fracaso del juego y que se acerque a la descarga en acto y a la somatización?

Juego, fantasía, acontecimiento somático serían intentos de resolver angustias, malestares; formas de resolución de la necesidad de descarga de tensiones. Pero sería injusto centrarnos solamente en la necesidad de descarga. Esas actividades implican además necesidades de transformación de lo penoso, necesidades de comunicación, de elaboración y de restitución de vínculos objetales.

Juego, fantasía y acontecimiento somático tienen además un eje en común: una gratificación sensual, en la que el sujeto se encuentra a sí mismo. Estas actividades, donde el proceso primario muestra su huella, en ellas predominan el pensamiento mágico y la gratificación alucinatoria. Son estados circulares y rítmicos donde el sujeto se puede encerrar en lo persistente de la repetición, no culminan en una descarga placentera a menos que algún acto creativo corte con el circuito repetitivo.

El juego es un intento instrumental de elaboración y transformación de fantasías o actos penosos ligados a diferentes aspectos de la vida. El juego en sus diversos momentos es una alegoría de la historia del sujeto y sus vicisitudes. Algo semejante planteó Freud con relación al sueño. En él encontramos reproducciones de momentos del devenir humano: nacimiento, luchas generacionales, rivalidades fraternas, angustias de muerte, consolidación de la identidad y distintas maneras de resolver los cambios que impone la vida. Hechos que también encuentran expresión a través de la actividad del jugar.

Para que el juego sea placentero la cantidad de excitación que se maneje debe ser mínima. Para ello deben intervenir procesos de desplazamiento y ligaduras sobre representaciones alejadas de las que originalmente produjeron desamparo y pesar. Estos desplazamientos y nuevas ligaduras van cargando y confluyendo sobre objetos construidos e instaurados en el interior del sujeto. Estos objetos alejados de la cosa en sí misma, son los símbolos.

El símbolo, es una construcción realizada desde el trabajo de los mecanismos del proceso primario, es un objeto producto de la sustitución ejercida por desplazamiento y condensación. El símbolo constituye una construcción defensiva que al generar intermediaciones, no sólo rescata al sujeto de las vivencias de desamparo y de las demandas del mundo concreto, sino además del peligro de engolfamiento en el objeto cuidador.

En el Diccionario Enciclopédico de las Ciencias del Lenguaje, Ducrot y Todorov plantean que entre el símbolo y lo simbolizado no hay una relación necesaria. Desde el psicoanálisis diríamos que sí, ya que es producto de las improntas de la vida, improntas experienciales que dejan marca sobre el sujeto. Pero advertiríamos además que es una necesidad individual, singular y personal que conlleva las características de cada sujeto, necesidad construida en su propio devenir histórico y cuyo sentido es inconsciente.

Cuando este nivel de procesamiento mental falla, entraremos en el universo sígnico o icónico, donde el hecho tiene una analogía con lo que lo originó y traduce una acción del repetir de lo idéntico, una correspondencia directa y muy próxima, sin posibilidad de transformación de aquello que abrumba y hace sufrir.

En el inicio del drama humano, cada sujeto se encuentra en la encrucijada tebana. Luego del asesinato del objeto real, cuidador del tiempo mítico de la necesidad, tendrá

que optar por dos caminos: acto o sublimación; como un intento de resolver el apremio de la angustia por la fuerza de la pulsión que anida en su interior, y los obstáculos para su camino que se le imponen desde el exterior.

Este desarrollo nos enfrenta a una dualidad. Acción y pensamiento como caminos alternativos para la resolución de las tensiones, del choque entre las demandas del adentro y del afuera y, más aún de diversas tendencias desde el interior.

En la línea del acto, del fracaso de la elaboración mental, ubicaría al acontecimiento somático, expresión del drenaje de la tensión por lo corporal siguiendo primitivos modelos biológicos. El acontecimiento somático que es un referente del fracaso de los procesamientos mentales, tendría una función icónica.

El pensamiento, paradigma de la sublimación, es la posibilidad de contener y definir la acción con miras al cuidado de sí mismo. Con los procesos de pensamiento se irá generando en el sujeto un espacio interior, en el que el drama humano puede ser anticipado, contenido y mediatizado. Se irán planteando estrategias e instrumentaciones que permitirán dominar los demonios que anidan en su interior y las demandas del "Padre Primordial" que siempre deberá ser destruido para encontrar y continuar el propio camino. Sólo desde este asesinato, como marca Freud tanto en *Tótem y Tabú* como en el *Yo y el Ello*, se incluirá en el universo de la cultura, característico de lo humano.

Como lo enfatiza Julia Kristeva, Freud es bien específico en este tema, la identificación primaria es con el Padre Primordial, elemento mítico del universo simbólico que permite el acceso a la cultura, a la humanización. Es Layo que muere en la encrucijada tebana para permitirle a Edipo la continuación de su camino hacia el encuentro con la Esfinge. Frente a ésta ya tendrá que resolver los enigmas sobre su propia vida, sobre su ser.

En el primer tiempo es la acción, es el asesinato. El segundo, es el del pensamiento, tiempo de "logos". Y sólo se volverá a la acción en que sacrificará su propio soma, cuando las circunstancias de la vida lo lleven a reconocer que se encuentra ante un atolladero que le resulta insalvable.

Allí Edipo se ciega y su acontecer somático guiará y signará el resto de su existencia.

Deseo y pensamiento son característicos del humano. El incesto, la fusión sexual con la madre infantil, es la metáfora del prototipo de la anulación del sujeto y la permanencia en la simbiosis original. El incesto aparece como un fracaso del juego, del

mundo del "como sí", que marca la línea entre lo posible y lo imposible. Falla del límite entre el mundo de la necesidad y el mundo del deseo, borrado tal límite por la violencia del goce del niño desde el universo deseante del cuidador.

Por otro lado el juego es un organizador estructural, que protegerá al sujeto de los riesgos de desorganización, abriendo el campo de los procesos simbólicos. Una falla en estos últimos marcará la aparición de somatizaciones, actos evacuativos.

El ser humano nace en un estado de inmadurez e indefensión. Necesita de un auxiliar para satisfacer sus necesidades y asegurar su sobrevivencia. En contacto con el auxiliar, objeto cuidador primario, irá organizando su universo perceptual, su mapa pulsional y su yo. La cultura familiar le facilitará los modelos instrumentales para conectarse con sus exterioridades, tanto el soma como el mundo exterior. A medida que avanza en su desarrollo y se inserta en el universo deseante, comienza a prescindir del objeto objetivo de la realidad, ya que puede relacionarse con los objetos instaurados en su mundo psíquico: los símbolos. El psiquismo intenta reencontrar al primer objeto perdido. Esta búsqueda insaciable es el motor de la vida. Repetición y anhelos de reencuentro que lo encerrarán en una circularidad o permitirán su salida a través de la creación de sustitutos simbólicos.

El juego, grado cero de aprendizaje, es un primer exponente experiencial de intento de resolver las ausencias. Es instrumental y simbólico. El estudio de Freud del "fort-da" se constituyó en su modelo. Pongamos el énfasis en el guión: representa el silencio y la espera que soporta el niño como un intento de dominar la ausencia del objeto y controlar en su mente la presentificación de lo negativo. El jugar es como el síntoma o los sueños, una actividad que responde a motivaciones inconscientes. Es una invención del Yo para soportar las renunciaciones de la vida instintiva impuestas por los ideales de la cultura. Sus motivaciones son históricas y por su intermedio se expresan las situaciones traumáticas, intentando dominarlas a través del mecanismo de hacer activo lo que se sufrió pasivamente. El fracaso de la represión se expresa por el juego, aunque tiene también una vertiente elaborativa a través de los intentos de ligar lo penoso y desagradable.

El juego mantiene distintas distancias con el principio de realidad: tanto opera en el ámbito del "como sí", o pasa a la repetición idéntica de lo traumático, es decir desde lo simbólico hasta lo sígnico.

El placer del juego elaborativo es por la transformación de la excitación sexual por el mecanismo de la sublimación. Cuando ésta fracasa reencuentramos un aumento de la excitación que puede desembocar en el pasaje al acto. Como podemos observar, tanto lo instintual como lo traumático por irrupción de la angustia interfieren en la actividad lúdica. La angustia sería el centro energético y dinámico del que emana el jugar. Es válido preguntarnos: ¿Qué angustia? En un nivel primario correspondería a las vivencias de desamparo; en el nivel neurótico a la frustración suscitada por el objeto de amor.

Los juegos, aquellos que son una expresión de la estructura narcisista, nos muestran una especificidad y fijación en sus aspectos formales y de contenido, necesitan adictivamente de ciertos elementos fijos. Son estereotipados y con poca distancia simbólica de la situación que intentan dominar. Estos juegos analógicos, que pueden ser comunes hasta los 3 años de vida ya que la inmadurez impide los enmascaramientos, tienen como objetivo el mantener la presentificación de un objeto cercano al objeto original.

El juego elaborativo que encontramos en niños que ya atravesaron el Complejo de Edipo y en los neuróticos tienen mayor variación en su presentación; el objeto del juego es simbólico, enmascarando y representando metafóricamente a la cosa. Son variables e intercambiables, lo que habla de la posibilidad de la renuncia al objeto en la realidad. Expresan el placer por el dominio del objeto en la fantasía. Esta permanencia del objeto en la mente permite que las reglas del jugar, las intencionalidades del juego y sus contenidos puedan variar de una vez a la otra sin que aparezca la angustia. En este tipo de juego se controla la ansiedad por la ausencia del objeto requerido.

El juego también puede inundarse por la excitación y convertirse en el equivalente de una situación traumática. El juego con excitación, además de mostrar el fracaso de la función de ligadura, puede delatar un hecho traumático de excitación sexual desbordante de un adulto hacia el niño. El incesto es lo que aparece como el goce sensual entre un adulto y el niño. Falla el límite entre erogeneidad y el vector de la necesidad. Esto ocurre en aquellas culturas familiares donde el infans completa un aspecto del desconsuelo del cuidador primario. ¿Y por qué no interrogar a Edipo? Él completará en su matrimonio con Yocasta aquello que ella ha perdido.

En el juego hallamos modelos de los hechos de la verdad histórica o presente de la vida del niño. Si éstos hechos desbordan de la capacidad elaborativa, aparecerán en los juegos como una réplica de lo idéntico del trauma. Este jugar no cumple su función

protectora. A este juego sígnico, lo llamaremos analógico y tiene semejanzas notables con el acto y el acontecimiento somático. En ellos hay poco desplazamiento. Son semejantes al duelo patológico o a la pesadilla en cuanto eventos fallidos. En ellos se expresan demandas somáticas por déficit en la intermediación de lo representacional.

Las fallas en el ámbito de la representación dejan al descubierto mecanismos más primarios y la emergencia de ansiedad cercana al pánico desestructurante. Predominan los mecanismos proyectivos masivos, la escisión y la renegación, y el sujeto queda en riesgo de la irrupción de accidentes, pasajes al acto o presentificación de acontecimientos somáticos.

Cuanto mayor la situación de excitación, tanto más desbordado puede quedar el Yo y con riesgo de aparición de descargas directas. La tendencia a la actuación, los accidentes y el acontecimiento somático son distintas modalidades de expresión del fracaso del trabajo psíquico de ligadura. En ellos se drena, por caudales somáticos y vías biológicas, el exceso de excitación que no puede ser procesado mentalmente, quedando el sujeto expuesto a los efectos de la cantidad y a la urgencia de su descarga.

MATERIAL CLÍNICO: LA RESPUESTA SOMÁTICA DENTRO DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

El material clínico que presento a continuación tiene la finalidad de ilustrar algunas de las hipótesis expuestas anteriormente. Es el de un tratamiento psicoanalítico que se realizó durante varios años a razón de dos sesiones semanales. Hubo una interrupción en su transcurso debido a una solicitud del analizante, basada en la calma sintomática. El tratamiento se reanudó por un pedido de él mismo y de su familia al recrudecer la patología somática durante una internación hospitalaria.

Se trataba de un hombre con vida operatoria. En su momento usé el seudónimo Sr. 0 (cero) por su dificultad para metaforizar. Hoy años después de finalizados nuestros encuentros lo llamaría "la armadura vacía del caballero". Su coraza caracteropática le permitía una intensa actividad social y empresaria que contrastaba con la desolación en sus vínculos íntimos manejados predominantemente a través de intercambios de dinero. Cuando esta defensa caracteropática se resquebrajaba por el impacto de la realidad, su enfermedad somática se presentificaba nuevamente.

Parte de este material fue recopilado durante la época del tratamiento y otra parte la he reconstruido para esta presentación. A modo de introducción diré que una

característica que he notado que surge en el análisis de estos pacientes con difícil acceso durante las sesiones, es el intenso trabajo que se le impone al psicoanalista en el espacio entre sesiones, con relación a la revisión del dispositivo terapéutico psicoanalítico. Éste es un trabajo basado sobre una constante apuesta a que el paciente entre en análisis. Tal apuesta implica una búsqueda de posibilidades y difiere totalmente de la seguridad que brinda el poder analizar desde dispositivos ya consensuados. El trabajo que estos pacientes nos demandan debe tender a permitir un mejor acceso a los contenidos inconscientes que habitualmente corresponden al inconsciente escindido. La interpretación es una explicitación de aspectos obvios, lo conocido para el otro (psicoanalista), pero desconocido para el analizante y consiste frecuentemente en una descripción de los aspectos conductuales y de interacción a partir de los que se crean los conflictos. Estos conflictos conforman la base para las tensiones y las vivencias persecutorias que los aquejan. Tales pacientes desconocen las inducciones paranoides que generan.

El Sr. O tenía 58 años en el momento de la consulta. Era un exitoso empresario, casado, padre de tres hijos. Era el hijo mayor de una familia de judíos inmigrantes y tenía una hermana dos años menor que él.

Su padre murió a los 58 años, en el postoperatorio de una gastrectomía, una semana después del nacimiento de la hija mayor del Sr. O. Esta hija tenía 25 años en el momento de la primera entrevista.

De origen humilde, el Sr. O se ubicó desde su adolescencia en el lugar de aquél que tiene que orientar y proteger al padre. Trabajó como gerente del taller del padre para rescatar la endeble economía familiar. Hasta el día de la muerte de su padre se hizo cargo de sus deudas y, desde entonces, mantiene además a su madre.

Durante el noviazgo con quien hoy es su esposa, compró y les regaló la casa a los que habrían de ser sus suegros. En ese momento, él ya poseía un pequeño emprendimiento profesional, que iniciara con un dinero que le regalara su madre, obtenido de la venta de la máquina de coser de ella. Tal situación generó una deuda de gratitud que se mantenía hasta la fecha del tratamiento y que sellaba un vínculo de madre-amante que generaba profundo malestar en su matrimonio. Este vínculo deudor era la expresión de una fusión narcisista con la madre que aún permanecía sin resolver y que le impedía un acceso a la problemática de la triangulación.

Su hija mayor padecía de úlcera gástrica e hizo una descompensación psíquica durante su luna de miel. La segunda hija no podía terminar sus estudios, y padeció un brote psicótico durante un plan de intercambio estudiantil. El hijo menor, "el varón", era un muchacho con un retraso en la maduración. Los tres permanecían intensamente ligados al núcleo parental.

Su señora era, según él, una "mujer perfecta", quedaba constantemente ubicada en un lugar de idealización. Era hija única y generaba conflictos por celos patológicos.

El Sr.0 fue referido a un tratamiento psicoanalítico por la analista de su mujer. Ambas estaban preocupadas por su salud. Durante las vacaciones previas a la consulta, a raíz de tener que enfrentar conflictos con su hijo, se había descompensado orgánicamente. En dos oportunidades tuvo que ser internado por episodios de taquicardia paroxística.

En el momento de la primera entrevista se presentó sin conciencia de conflicto. Estaba ligeramente asustado ante la posibilidad de repetición de un episodio como los que ya lo habían afectado.

Su mundo afectivo estaba suspendido, y no podía hacer referencia a él. Su preocupación se centraba en la continuidad de su empresa. Había montado una estructura exitosa comercialmente, aunque tenía constantemente deudas que lo hacían sentirse en riesgo de que esta estructura se desmoronase. Era un *self-made man* que se había dedicado a estudiar habiendo ya nacido sus hijos y desentendiéndose totalmente de la crianza de los mismos, quienes quedaron al cuidado exclusivo de su mujer.

En el momento de las entrevistas estaba enfrentado a su hijo menor, el "varón", ya que éste frustraba los planes que al decir de él mismo "el padre había creado para él". Se refería a sí mismo sólo en tercera persona o de modo impersonal. En general oscilaba entre una indefinida preocupación y la pelea. Se manejaba con un esquema proyectivo de acuerdo al cual los otros eran los promotores de su malestar, generalmente definido como una sensación de tensión difusa. Enunciaba sus pensamientos con fórmulas estereotipadas: "un padre sufre ante el fracaso de los hijos", "uno trata de resolver problemas".

Como dije anteriormente el tratamiento se desarrolló a razón de dos reuniones semanales, excepto en los momentos de máxima tensión y susto en los que el Sr. 0 promovía un incremento de las sesiones como un intento de contención de sus estados de angustia.

Durante el primer año y medio rechazaba mis intervenciones o quedaba desconcertado ante ellas, a menos que fuesen descripciones simples y concretas de su vida afectiva y de interacción. Ante el develamiento de un contenido inconsciente reprimido respondía con indiferencia y lejanía. Parecía impenetrable y necesitaba constantemente reaseguramientos o intervenciones para regular su autoestima, que frecuentemente sufría colapsos.

Una sola vez a lo largo de los años de tratamiento refirió haber soñado. No obstante nunca pude conseguir un despliegue amplio de dicho material, ya que la angustia que le despertaba lo paralizaba. El contenido manifiesto, muy significativo por cierto si pensamos en el concepto de sueño crudo, era el siguiente: "Estaba todo muy oscuro. Era una guerra y yo avanzaba, chocaba contra un bulto. Trastabillaba y caía. Allí me desperté angustiado". La única asociación que logró hacer fue que el bulto era una bolsa de plástico con cierre de las que se usan para guardar cadáveres. En ese momento miró hacia el piso del consultorio e hizo un gesto de terror como si lo estuviese alucinando. Suponía que "en el interior de la misma había partes de cuerpos humanos." Sin embargo la angustia que le creaba este material cortó su relato, y fue imposible correr el cierre de la bolsa en las sesiones para investigar su contenido. Fue un obstáculo que había que evitar para no trastabillar. Temía que la angustia que esa imagen le creaba lo enfrentase al riesgo de dejar de cumplir con sus obligaciones, que eran su objetivo principal.

La experiencia vivida junto al Sr. O me enseñó a ser muy cauteloso en trasponer los límites que él mismo marcaba, ya que la utilización de metáforas, desplazamientos o sustituciones en el intercambio verbal lo sumían en el desconcierto, o incluso, desde la confusión en la que caía, se mostraba más propenso al acting-out. Éste fue un motivo para adoptar el recurso de no apartarme mucho de lo concreto de su discurso en la meta de ayudarlo a tomar conciencia de sus situaciones conflictivas y de su génesis. Un recurso que utilicé fue el uso de modos cercanos al preconsciente del analizante.

En un período del tratamiento utilicé en forma reiterada un artificio técnico que consistía en escribir mis intervenciones en un pizarrón y visualizar junto al paciente las transformaciones del enunciado y su correlación con su posicionamiento en el espacio

virtual del escenario psíquico. Puse especial énfasis en la dupla sujeto activo y sujeto pasivo, como también en la nominación y discriminación de sus vivencias de tensión.

Si bien los episodios de taquicardia no se repitieron por largo tiempo, su soma hablaba constantemente. En los tempranos comienzos de su tratamiento padeció una lumbalgia que blandió como un certificado que le impedía el uso del diván. A los pocos días del casamiento de una de sus hijas expresó el dolor ante esta separación con un agudo dolor hemorroidal y debió operarse de urgencia. En estas oportunidades no podía asignarle un sentido a estos acontecimientos somáticos, y no aparecían en el discurso giros idiomáticos en los que se pudiera pesquisar una actividad metaforizante.

Ante las situaciones que pudieran requerir una solución o ante aquellas que demandaran un procesamiento del afecto, los resfríos y las algias corporales se le imponían, postrándolo en la cama. Sin embargo, al mismo tiempo era sumamente eficiente y activo en el plano laboral.

A medida que pasaba el tiempo empezó a adquirir un relativo interés por hablar de algunas de sus cosas; tomó una distancia funcional y desarrolló una cierta dosis de humor para enfrentar los problemas. Su percepción paranoica en relación con las vivencias emocionales disminuyó.

En esa época su señora lo enfrentó a un problema de celos con su madre y hermana, exigiéndole que tomara partido por ella. Se sintió injustamente tratado, acorralado y sorprendido en su buena fe. Su necesidad de estar en buenos términos con todo el mundo se vio amenazada. En el tratamiento iniciamos un período productivo en el que pudo cuestionarse y se animó a tomar posiciones aunque en todo momento se identificó con su oponente y lo justificó. En cualquier lugar de la escena en el que se ubicase, podía entender y justificar más los móviles de su adversario que los propios. Su percepción se volcaba predominantemente hacia el afuera.

Con angustia y dolor pudo enfrentar peleas. Al quedar destituido su mundo ideal, pudo darse cuenta de las fracturas en su entorno. Pasó a desempeñar un rol activo en su escenario mental, comenzando a cuestionarse acerca de cómo involuntariamente pudo haber sido él quien habría generado los problemas que hoy hacían eclosión. Para esa época dijo:

“Creo que fui yo quien creó el problema. Mi mujer tiene razón, yo le mentí, nunca le dije cuánta plata le pasaba a mi mamá. Mi mamá se compró joyas y un tapado de piel. Decía por allí que mi empresa era de ella. Mi mujer estaba preocupada por los reclamos

que pudiera hacer mi hermana si me pasaba algo. Durante años tuve a mi mamá de amante".

Sintió que no contaba con aliados para sortear esos conflictos y se sintió solo. Ocurrió en ese momento un episodio que marcó un punto de inflexión en su tratamiento. Después de una clase de gimnasia comenzó a sentirse mal. Dijo en sesión: "Había ido muy cargado a ver si me descargaba". Percibió un golpeteo en el pecho y su ritmo cardíaco aumentó. Pensó que se estaba desencadenando una taquicardia como las que ya había padecido. Tirado en el suelo llamó al instructor para demandar la intervención de un equipo de emergencias médicas. El profesor de gimnasia comenzó a hablarle e inquirir sobre su estado y los factores que podían estar incidiendo en su nerviosismo. Calmó su desesperación hablando y hablando. Después de un cuarto de hora, el Sr. O yacía tranquilo en el suelo del gimnasio con la certeza de que había superado su estado.

Al relatar este hecho adquiere la convicción de que la taquicardia cedió gracias a que pudo pensar y hablar de lo que le preocupaba. Según su decir, hubo una *"esponja de palabras que evitó el desborde"*.

De ese modo se resignificó a través de la idea de la "esponja de palabras" lo trabajado en el tratamiento psicoanalítico hasta ese momento y empezó una etapa fructífera, referida a la nominación y enunciación de sus estados emocionales. Logró establecer entonces una oposición entre palabra y acto, obligándose a hacer pasar todo por su registro verbal, de acuerdo con sus características de eficiencia.

Un cambio en este período de su tratamiento fue el permiso que se dio para conectarse con sus sentimientos y hablar de lo que sentía. Toleraba estar deprimido y buscaba las causas de este estado. Pasó del miedo al riesgo somático al miedo a la depresión. El repudio de sus vivencias se trocó por una fóbica aproximación a su mundo emocional con posibilidades de nominar y compartir sus emociones.

En ese período pudo enunciar sus pensamientos incluyéndose como "yo" (1ra persona) o con su nombre, y aparecieron proyectos en los que las secuencias temporales fueron básicas para su ejecución. Es decir, se pudo ubicar a sí mismo en el pasado o en el futuro haciendo correspondencias fantasmáticas acerca del sentido de su vida; comenzó a funcionar desde el modelo de las psiconeurosis.

Este funcionamiento se mantuvo hasta que presiones exteriores, tales como cambios en su vida familiar, redistribución de roles, cambios en la economía del país, actuaron como ofensas narcisistas que lo sacaron de su mundo ensoñado. Ante estos

hechos, se restablecieron procesos de desestimación, volviendo a quedar en una situación de impasse.

Con relación a este paciente quisiera examinar dos momentos. En primer lugar, el momento previo a la aparición del primer episodio de taquicardia paroxística. Ese momento coincidió con el descubrimiento del Sr. O de que su hijo -- precisamente el hijo por quien el paciente consideraba que había hecho todo lo posible-- tenía episodios de adicción.

El Sr. O había organizado completamente la vida de este hijo; había arreglado que el muchacho lo sucediera en la empresa. En el momento en que su mujer y sus hijas le insisten que intervenga en esa delicada situación, desestimada por él, su posibilidad de respuesta fue el episodio de taquicardia. ¿Qué ocurrió allí? El Sr. O entró en una relación conflictiva con su ideal. El hijo al que dedicaba todos sus esfuerzos queda repentinamente destituido dentro de su proyecto de vida y el paciente resulta así prácticamente vaciado y cae en un colapso narcisista. Al no poder enfrentar una situación de duelo, el episodio somático aparece en lugar de éste como una manera de expresión del conflicto.

Durante los dos primeros años del tratamiento, años que culminaron con el episodio en el que logró enunciar el tema de "la esponja de palabras," fue difícil construir con este paciente una modalidad que permitiese una comunicación con tonalidad afectiva. Frecuentemente su discurso en la sesión era muy lúcido y coherente, pero sus relatos no se acompañaban de un correlato emocional dentro del vínculo transfero-contratransferencial. Semejaba un noticiero enunciado por un locutor privado de afecto. Comencé a ver si podía tender nexos históricos o con el entorno para que la palabra pudiese tener un significado compartido y sentido.

El episodio del gimnasio con "la esponja de palabras" constituyó un hito a partir del cual comenzamos a hablar con un lenguaje compartido, con un lenguaje cuya carga afectiva ambos podíamos captar. Se podría afirmar que el Sr. O comenzó a utilizar el código del paciente psiconeurótico, un código en el que a un hecho o a una palabra se le puede atribuir un significado y más aún, un sentido. Se desarrolló en el Sr. O. la posibilidad de encontrar otra intención u otra escena más allá de la situación concreta y fáctica que solía traer en sus informes tipo noticiero acerca de lo que había pasado entre una sesión y otra.

Antes del episodio de la esponja de palabras hubo momentos en los que mi interés en reconstruir con él un sistema en el que la palabra acarreará sentido hacia que yo

hablara como un niño siguiendo una estrategia discursiva deliberada, que consistía en la repetición del modo de hablar impersonal del paciente. El estilo de mis intervenciones no era el habitual. Encontré que utilizaba una forma común en niños pequeños. Era una manera de hablar dirigida a alguien que no se enuncia a sí mismo como "yo", un discurso sin sujeto, ya que este es tomado como un objeto. La generalización y lo impersonal es también un filtro al impacto afectivo que preserva el endeble entramado psíquico del paciente.

Desde su capacidad intelectual, el Sr. O. se podía sentir aludido y relacionaba consigo mismo lo que "le pasa a todos los humanos". Sin embargo, la capacidad simbólica recientemente recuperada se podía desarticular fácilmente frente a una situación de sobrecarga y retornar regresivamente a un nivel de organización anterior.

La secuencia y sucesión de episodios de uno y otro tipo, con sobrecarga y alivio, con mayor o menor despliegue de lo simbólico se dan a lo largo de la vida y del devenir de un tratamiento psicoanalítico. Se puede curar un síntoma, se puede modificar un cuadro o un umbral de excitación, pero no una disposición, o la forma ya establecida de funcionamiento del aparato psíquico.

He estado hablando de un paciente, pero pacientes somos todos nosotros en el momento en que nuestras posibilidades mentales son rebasadas; es decir, no existe un paciente puramente somático. Se encuentra en todos la capacidad de dar una respuesta somática frente a una situación de sobrecarga que vacía nuestro caudal narcisista. En los episodios agudos, la respuesta somática es una de las respuestas posibles. En el episodio somático agudo creo que todos potencialmente nos transformamos en el Sr. O.

Empezaré a describir una sesión del quinto año de tratamiento:

Después de varias sesiones en las que estuvo hablando de los problemas de los hijos sin poder relacionarlos consigo mismo desde su modalidad proyectiva, comenzó esa sesión diciendo, aún antes de sentarse mientras se sacaba el abrigo: "Hoy voy a hablar de mí mismo. No sé para qué me sirve el análisis; hace cinco años que vengo y el martes tuve una taquicardia".

Pasó luego a relatarme con lujo de detalles lo ocurrido el día martes:

"Me levanté a las seis y cuarto para ir a hacer gimnasia. Antes de ir a Palermo pasé a comprar medialunas para festejar mi cumpleaños, se lo debía a un muchacho que no estuvo cuando lo festejé en abril. Estaba cansado, no corrí como otras veces. El lunes

fue un día con tensión. Cuando tomábamos el desayuno me sentí mal. Volví a casa, me duché y me vestí. Me estaba poniendo la camisa, aún tenía el pelo mojado, llamé a mi señora y le dije que me sentía mal. Le pedí que llamara a Emergencias. Ya estaba con el pulso que no se podía medir la frecuencia".

Relató las vicisitudes para hacerse internar donde él quería y puntualizó la ineficiencia del sistema de emergencias médicas. Contó cómo tuvo que darle las indicaciones a la médica de urgencias y evaluó que se salvó gracias a sus órdenes precisas.

Una vez internado en la unidad coronaria, le administraron una medicación que hizo que el cuadro cediese de inmediato. A las cuatro horas se pudo retirar de la internación. Como quedó muy cansado, retornó a su casa y ese día no fue a trabajar. Fue una licencia que él mismo se confirió.

Tratando de que desplegara su relato, le pregunté por qué el día anterior fue tensionante. Respondió:

"Ayer la mandé a mi mujer al sindicato de los empleados domésticos a averiguar por la indemnización para los caseros que trabajan en casa. Decidí que les iba a decir que vendí la casa y que se tenían que ir ese día. Quiero pagarles todo lo que corresponde. No quería que supiesen de antemano que tenían que dejar la casa. Como mi mujer se pone nerviosa, decidí decírselos yo, que tengo experiencia y no siento nada. Ella se hubiera angustiada y podía generar una pelea. Yo no les di oportunidad para que digan nada. Lo resolví todo sin problema". (Es decir sin hablar, sin sentir y no poniéndose en el lugar del otro).

Yo pensaba que tenía que hacer una interpretación sobre la identificación proyectiva de los conflictos que le creaba el tener que dejar la casa y que él era el que no podía registrar el dolor de la separación y el duelo por el abandono de su casa y lo que ella representaba para él. Le pregunté entonces si él no sentía nada, si no se angustiaba ante lo que tuvo que hacer. Era el momento en que iniciaba la despedida de su casa y de un momento de su vida. Le mostré que intentaba resolver las situaciones por decreto en forma imperiosa: de una vez y para siempre, y por supuesto, sin compromiso emocional.

"No quiero que nadie se entere de la venta de la casa. Los caseros me pueden hacer juicio y la gente puede decir cosas dolorosas".

"¿Cuáles son esas cosas?"

"Maledicencias como que uno está fundido". "Mi madre está enojada conmigo; ayer le conté que vendí la casa y se ofendió porque no se lo dije antes, que cómo se lo oculté".

"¿Y por qué no se lo dijo?"

"Para que no trascienda. Podía correr la bola y los caseros podían hacernos un juicio".

Tomé como un indicador muy importante que repitiera en su relato del lunes la falta de registro de los estados afectivos durante la tarde, antes de hablar con los caseros. Mi interpretación de esa situación era que se trataba de un momento alexitímico defensivo ante un hecho que simbólicamente sellaba la circunstancia de la separación.

Le dije entonces: "Ante ciertas situaciones que conmocionan, la gente se emociona, sufre o se pelea". (Utilicé adrede la generalización y un estilo que sugiere una despersonalización esquizoide para aproximarme al paciente, con el propósito de que se sintiera aludido pero no invadido intrusivamente en su mundo afectivo). Ante la falta de respuesta, agregué: "Ante ciertos hechos la gente se pone mal. Por ejemplo se angustia o se siente con miedo cuando tiene que despedir un empleado".

Me respondió: "En absoluto; yo les pagué toda la indemnización, no tienen nada que reclamarme. Con lo que pagué y habiendo vivido y comido en mi casa tienen para ir a vivir al mejor hotel".

Al constatar que vuelve a plantear una supresión de los afectos, decidí cambiar de abordaje. Le propuse que jugáramos juntos a pensar un cuento sobre una casa, ya que él vive desde hace mucho tiempo en una y habló muchas veces de las vicisitudes de vivir en una casa.

Comenté, tomando temas de otro momento de su tratamiento y con la finalidad de introducir una intermediación simbólica que sacara a la sesión del clima concreto y persecutorio, que algo que opinan los arquitectos es que cuando en una casa aparece humedad en una pared, la humedad nunca aparece donde está la pérdida de agua, sino que el agua puede aparecer en otro lugar porque drena por grietas que a veces están ocultas.

Me levanté e hice un dibujo de eso en el pizarrón. Volví, me senté en mi sillón y pregunté: ¿cuándo hay agua?, ¿cuándo se inunda una azotea? Empezamos a enumerar posibilidades: si llueve mucho, si el desagüe es escaso y no eficiente, si se rompe un caño, si el desagüe está obstruido, por ejemplo con hojas. Si el portero no limpia los

desagües frecuentemente y no tiene una rutina para permitir una buena descarga del agua por si llueve, etc. Y así convenimos que luego de que el agua llega a un determinado nivel, se escapa por una grieta y genera una mancha en otro lugar de la casa.

Creo que en este momento ya hay suficientes elementos como para responder a las preguntas que en ese momento me formulaba en relación con el material que aparecía en la sesión: ¿Cómo y por qué se produce un acontecimiento somático? ¿Cómo? De acuerdo con un modelo económico hidrodinámico. ¿Por qué? Surge una situación traumática; es decir, existen separaciones, duelos y operatividad defensiva. Esto último no formaría parte de la situación traumática desencadenante sino que la facilitaría.

Decidí entonces intervenir: "El agua que inunda y no se puede controlar son los sentimientos", "...y cuando no se drenan adecuadamente se transforman en otra cosa".

Con cierta ingenuidad me dice: "La que está alterada en estos días es mi mujer, está con pena y melancolía. La gente dice que una mudanza altera. Será por eso que ella está así".

Le pregunté: "¿Qué es pena y qué es melancolía?"

Me respondió: "La pena es dolor, la melancolía tiene que ver con el recuerdo y la nostalgia", y agregó: "¡Cómo no va a estar mal ella, si se va de la casa donde crió a sus hijos!".

La sesión se había prolongado más allá de su hora de terminación. Finalicé con la pregunta: "¿Y a usted no lo afecta?" Al levantarse me pidió si podía verlo antes de su próximo turno. En su lenguaje pragmático este pedido significaba un reconocimiento de haber sido tocado por lo trabajado en la sesión y combinamos un horario intermedio antes de su segunda hora habitual.

En la sesión siguiente, el Sr. O comenzó a hablar sobre el dibujo que yo mantenía sobre el pizarrón. En él yo había agregado las palabras *pena* y *melancolía*. Dijo que todos en su familia estaban apenados, menos el hijo que no registraba nada. Agregó que era necesario mudarse, que esa casa era de otra época. En ese tiempo sólo usaban el dormitorio en el que también cenaban y miraban televisión. El Sr. O miró a su alrededor y me explicó que era más grande que todo el departamento del consultorio. Sus hijas lloraban, sacaban fotos y videos de la casa, querían tener registro de lo que no verían más. Estaban preocupadas por la tumba del perro enterrado en el jardín. El Sr. O ocupaba todas sus sesiones hablando reiteradamente de sus sentimientos depresivos proyectados

en su entorno. Tener registro de la mudanza como sus hijas era poder admitir la pérdida de cosas queridas, pero esto era precisamente lo que él repudiaba.

Dos años después de una interrupción del tratamiento analítico, la familia del paciente me pidió que lo viera en un sanatorio en el que había sido internado de urgencia. El Sr. O. decidió retomar su análisis porque se sentía abrumado por los problemas. Las dificultades con sus hijos, con quienes había fomentado vínculos muy dependientes, se presentaban como fachada de un hecho que lo tenía sumamente perturbado. Este hecho era la muerte inminente de su madre, quien estaba afectada por una enfermedad terminal. Le resultaba imposible pensar en su propia existencia sin ella.

La semana anterior a retomar el tratamiento había sido internado dos veces pero no estaba satisfecho con el diagnóstico. Una gastritis con reflujo no le convenía como diagnóstico médico, lo consideraba insuficiente para tapar sus conflictos a nivel mental. El Sr. O estaba a la expectativa de un diagnóstico severo, tal como un infarto de miocardio, que en su imaginación estaba más jerarquizado como patología. Este diagnóstico además le permitiría simbolizar la herida en el corazón que implicaba el estado emocional resultante de la posibilidad inminente de ruptura del vínculo fusional con su madre.

El tratamiento psicoanalítico comenzó después de su externación, aunque en sus primeros tiempos estuvo dificultado por la actividad compulsiva de buscar quién le diagnosticara la enfermedad cardíaca. Ése fue un momento en el que todo su padecimiento quedó oculto tras la búsqueda obsesiva de un accionar que pusiera en primer plano lo somático. El conflicto en lo mental se reinstauró al tiempo, cuando se volvieron a sentir los efectos de la transferencia. Recién entonces dejó de lado la búsqueda compulsiva de un acontecimiento somático para empezar a evocar situaciones conectadas con pérdidas y duelos de personas significativas. Trajo este material a partir de las vicisitudes de un amigo que formó una nueva pareja después de que perdió a su esposa con la que había tenido un prolongado matrimonio. Un hecho significativo permitió trabajar sobre su situación, dado el fuerte componente transferencial. Relató el siguiente acontecimiento:

"Volví de trabajar y aunque estaba muy cansado salí a hacer mi rutina para ver si me desenchufaba. Caminé unas cuadras por Libertador y al llegar a la esquina de Austria decidí cruzar. Me confundí con el semáforo y al llegar a la mitad de la avenida los coches me pasaban a toda velocidad por los costados. Me salvó la vida un señor que frenó

delante de mí, puso las luces y me protegió con su coche. Si no fuera por que se plantó delante mío podía haber tenido cualquier accidente. Su prudencia me salvó. Me quedé muy preocupado por como me equivoqué para cruzar como no me doy cuenta de los peligros a los que me expongo."

La interpretación transferencial de este material permitió la entrada a este nuevo tramo del análisis. El poder trabajar con el concepto de repetición en la transferencia permitió trocar el acto de la neurosis actual en la escena evocada, asignándole un sentido a la dramática del acto.

Otro fragmento de este análisis que quisiera exponer ante Uds. es un episodio circunstancial que adquirió para mí mucha importancia para la comprensión del diagnóstico situacional del Sr. O.

Durante un viaje del paciente, me llamó la menor de sus hijas para pedirme con urgencia una entrevista. Como decía estar muy perturbada se la concedí. Me explicó que estaba en una situación difícil y que necesitaba ayuda para resolverla. Desde la entrevista se re-encauzó en un análisis que ya estaba realizando y que se obstinaba en interrumpir. Aclarado el conflicto actual, decidió continuarlo. Tomé la decisión de no cobrar la entrevista por factores que serían demasiado extensos para explicar en este momento y se lo transmití a la joven.

Días después el encargado del edificio en el que trabajo me comentó que le habían dejado un regalo para mí. Se trataba de un lujoso estuche con el logo de una reconocida casa de modas, que contenía en su interior una corbata de un diseñador que era el emblema de ciertos sectores de poder en la década del noventa. Como pensé que jamás la usaría, tomé la decisión de cambiarla. Cuando estaba en la casa que correspondía al estuche, fui objeto de una larga espera hasta que se presentó ante mí la elegante gerente que muy amablemente me dijo: "Sr. usted recibió una hermosa y muy cara corbata pero lamentablemente tengo que decirle que si bien el estuche corresponde a nuestra casa, nosotros no comercializamos esa marca".

Este hecho lo tomé como un acto no hablado del Sr. O pero que se imponía desde lo real. Se me aclaró la discordancia de ciertos contenidos que solían ser un paradigma del estilo de vida del grupo familiar que él nucleaba. Estuches y marcas deslumbrantes que encerraban algo de falsedad, mentira y pobreza. Era una semejanza con la apariencia de aplomo y madurez de este hombre frente al mundo que contrastaba con la

fragilidad que mostraba en la intimidad; o de la falsedad de un sistema de vida de alto poder adquisitivo, sostenido mientras se iba generando una deuda con los bancos que sólo se saldaría con la entrega de los activos inmobiliarios.

Considero que esta puesta en acción de la hija fue el retorno desde lo real de lo escindido y proyectado, de lo imposible de hablar por el analizante. Parte de las quejas de la joven aludían al clima emocional de la familia, vinculado al repudio que su padre ejercía para embellecer la imagen familiar. Por ejemplo, sus hijas fueron eternas vírgenes, desconocedoras de las bajezas del sexo al que accedieron solamente después del casamiento. Antes de casarse las niñas salían solo con amigas o con muchachos muy respetuosos de sus virtudes y de las convicciones de su padre. El señor O no admitía que sus hijas fueran seres sexuados como a veces él mismo parecía no serlo. Desde la regresión al narcisismo la diferencia sexual no existe, sólo existen objetos ideales; por ejemplo, corbatas de marca, que pueden restañar la autoestima fácilmente resquebrajada.

Quisiera terminar esta presentación con una reflexión. Comencé hablando de que el Sr. O tiene una vida de tipo operatorio, siguiendo una lectura del material desde la Escuela Psicosomática de París.

Consideraremos a este paciente como un ejemplo prototípico, que se puede ajustar a definiciones que he dado con anterioridad. Se trata de un sujeto severamente perturbado, con una patología narcisista, en la que la respuesta a una injuria consiste en una inhibición, en una ausencia o en un fracaso de ciertas funciones mentales; y cuya perspectiva de la vida psíquica y de la realidad es concreta, por fallas o déficit a nivel del mundo representacional. Su aparato psíquico claudica en el intento de procesar estados de conflicto o tensión. Se trata de una claudicación ligada a la fragilidad de la estructura psíquica o al hecho de que su capacidad funcional queda rebalsada frente la necesidad de contener el embate de lo traumático. Se produce una regresión a una posición narcisista, en la que predominaría un estado semejante al que Freud ha descrito como "yo de placer". El soma, desde sus demandas de resolución de estados de tensión, es vivenciado (por el yo) como una exterioridad al aparato psíquico, como un "no yo". En esta exterioridad que, sin embargo, es propia del sujeto se efectivizan las descargas.

Hoy no podría afirmar como planteábamos a fines de la década del 80 y parte de la del 90, que hay carencia de la capacidad de simbolización o que hay ausencia de vida fantasmática. La experiencia clínica cambió mi forma de pensar. La capacidad de hacer

uso del lenguaje implica una tarea de sustitución del objeto por un código que remite a él, que lo representa. ¿Pero cuál es la distancia existente entre las cosas y sus representaciones? ¿Cuál es el valor simbólico de las palabras? Es decir, si existe esta capacidad simbólica manifestada por el lenguaje, ¿qué uso hacen de ella?

Dentro de la línea que sostiene la idea de un pensamiento operatorio, pensamos en la *duplicación* que lleva a suponer un trabajo psíquico escaso de transformación por medio del lenguaje. Se requiere la existencia de un aparato mental con capacidad de ponerse a prueba con su propio desarmado y de tolerar la pérdida de la cosa concreta para que surja un uso del lenguaje que permita la distancia entre lo factual y su representación.

La posibilidad de aumentar la distancia entre las cosas, los hechos y sus cadenas de representaciones, una distancia en las que se haya jugado el desplazamiento, la sustitución y en la que haya una apertura a lo metafórico-- así como un pasaje de la descripción duplicativa a un discurso que aluda y que no apele a la literalidad-- demanda un trabajo mental, sin que por ello el sujeto entre en el terror de haber perdido el control sobre sí mismo y de la realidad.

CAPÍTULO 5º: PSIQUISMO Y VÍNCULOS TEMPRANOS

LA IRRUPCIÓN DEL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO EN EL PROCESO ANÁLITICO, UNA VÍA DE ACCESO AL ESTUDIO DEL PSIQUISMO TEMPRANO SOBRE DEUDAS, PACTOS Y FETICHES. DERIVACIONES PSICOLÓGICAS DE LOS ACONTECIMIENTOS SOMÁTICOS

LA IRRUPCIÓN DEL ACONTECIMIENTO SOMÁTICO EN EL PROCESO ANÁLITICO UNA VÍA DE ACCESO AL ESTUDIO DEL PSIQUISMO TEMPRANO

El desarrollo de ciertos temas demanda una clara discriminación del campo conceptual desde el que se los enfrentará. Uno de ellos es la teoría del psiquismo temprano. Lo abordaré desde la base empírica de la clínica psicoanalítica de los procesos somáticos, ya que pienso que adentrarse en el tema del psiquismo temprano es estudiar la dialéctica de las relaciones mente-cuerpo, su constitución y sus alteraciones.

El objeto del presente capítulo es plantear, a partir de un hecho de la clínica, una hipótesis teórica y una apreciación técnica. El hecho referido es la irrupción en el proceso analítico de un acontecimiento somático. Entendemos por tal la imposición de material somático no elaborado psicológicamente, ya sea de los descriptos a lo largo de este trabajo o situaciones traumáticas que alteran el soma.

Acontecimientos que involucran lo somático y responden a momentos de claudicación del procesamiento mental de la angustia.

Recordemos que la hipótesis teórica sostenida es que el aparato mental queda rebalsado, los procesos de trabajo psicológico son anulados y se impone regresivamente el soma. Este momento es el restablecimiento de modalidades de períodos arcaicos del desarrollo, en que los afectos se expresan corporalmente. El registro simbólico queda anulado y se impone la descarga corporal.

Desde el punto de vista de la técnica terapéutica, propongo que las construcciones sobre el psiquismo temprano que aporta el analista, brindan un modelo para el restablecimiento de un registro simbólico, representacional, de los estados de tensión con expresión somática. Estas construcciones llenan el vacío representacional que se impone en el campo terapéutico en el momento del auge somático. Con la construcción de las

representaciones faltantes que dan un significado a lo que vemos repetir en la transferencia creamos la posibilidad de ruptura de la repetición concreta e idéntica de la descarga somática.

Para ejemplificar lo anteriormente expuesto, comentaré un material clínico que sirve para discutir las hipótesis de este trabajo.

Llego de vacaciones. Suena el teléfono, es R. que tiene 38 años, es profesional, hijo único de padres inmigrantes, y está por nacer su segundo. Me avisa que no va a venir a la sesión del día siguiente porque se tiene que operar. El día anterior a la hora de su sesión de análisis se cae en la calle y se fractura. Está dispuesto a que lo operen al día siguiente.

Le propongo verlo y se niega. Le sugiero una consulta y queda en llamarme al día siguiente. En días sucesivos se repiten las llamadas y las negativas a verme. La operación es evitada, y está muy contento por lo bien que aprende a caminar con muletas. No viene a sus sesiones por igual tiempo al que yo lo dejara sin ellas por mis vacaciones.

En su primer sesión, después de las ausencias por la fractura, comienza a hablar que la impotencia se le impone desde el cuerpo. Trasmutó una vivencia en una situación corporal. "Ya no vivo corriendo, dice, ahora tengo una relación diferente con mi trabajo".

La ruptura de una caracteropatía se expresa en esta actuación, resultando de ella la fractura.

Me explica las consecuencias de su lesión, éstas están produciendo una reestructuración en su situación familiar. Su mujer se enoja, le reprocha que lo que a él le pasa es para no ocuparse de ella en el momento del parto. Su hijo le tiene miedo por el yeso; su madre ha quedado muy impresionada por las muletas y ha padecido un episodio hipertensivo, y con su padre ha tenido, por primera vez en años, la posibilidad de hablar durante una hora y media. Retoma vínculos que antes eran excluidos por sus ocupaciones. Siente lo que le pasó como un aviso; y se dispone a enmendar a través del psicoanálisis el significado del episodio, asustado por una futura repetición.

Dice que lo que más bronca le da es depender de otros para pensar. Cuenta que la noche anterior a la fractura se decidió a elegir con su mujer el nombre para su segundo hijo. "Fue un momento difícil ya que la superstición dice que con nombre se puede morir." Yo le planteo que eso es para él mismo, que poder pensar sus cosas, ponerles nombre, lo angustia y se siente expuesto.

Muy angustiado me pide reaseguros de que no se va a morir. Habla de la muerte súbita de los bebés. Le muestro su confusión con el hijo que va a nacer. Se queja de dolor abdominal; mientras tanto plantea que no sabe por qué está asustado con este nacimiento. Piensa que el bebé va a morir y con su primer hijo esto no ocurrió. Interpreto el conflicto con su propio padre, que sólo tuvo un hijo, y las fantasías de superación, triunfo y muerte.

Con el nacimiento de su segundo hijo se enfrenta a un cambio del modelo de su familia infantil, con intensas fantasías de agresión y muerte. La transgresión a las pautas paternas lo lleva a estados de angustia que culminan en la actuación corporal. En su análisis, después de ver las características, el contexto y los significados inconscientes del episodio, hemos analizado que para el cuerpo hablado en su lengua materna la palabra fractura era utilizada con sentido de rechazo y era una maldición, pero que alude también por homofonía a lo deseado, lo bendito.

Para ello hemos apelado a construcciones sobre sus vínculos tempranos con relación a la percepción y registro de los mensajes corporales. Es desde las construcciones de sus experiencias tempranas que el acto pasa nuevamente al registro de lo simbólico, permitiendo a través del análisis una reflexión acerca del sentido de su vida y un recontacto con sus afectos y vínculos objetales.

En el tratamiento psicoanalítico el acontecimiento somático adquiere el sentido de dar acceso, a través del trabajo, a un universo simbólico que reduciría el espacio de la disociación mente-cuerpo. Este es un hiato existente porque tal integración no ha sido lograda en el desarrollo por falta de un buen equipo representacional. Es en el universo del símbolo, de la palabra, donde tal hiato desaparece. Es dentro del campo analítico donde la repetición se puede volver recuerdo gracias al aporte significativo del psicoanalista.

El síndrome orgánico está basado en los núcleos mudos de la historia del sujeto, en experiencias previas a la adquisición de la palabra; éstas pueden construirse y significarse en la terapia. De esta manera el concepto de resignificación ulterior rompería con el concepto fatalista de la predisposición constitucional en los cuadros con expresión somática.

Mi propuesta sería crear un texto, establecerlo a nivel del pensamiento, allí donde el psiquismo se expresa corporalmente.

Las teorías que el analista hace sobre los momentos tempranos del desarrollo forman parte de las psicomitologías que instauran una historia al sujeto. Por psicomitología entendemos aquellas historias creadas en la mente del analista que pueden proyectarse en el tiempo como hipótesis explicativas de lo subyacente en el origen de un proceso. Las ideas sobre el psiquismo temprano serían una construcción con estas características.

Queda por lo tanto deslindado el concepto que he de abordar respecto de las observaciones directas de campo de la relación de la díada madre-hijo. Voy a proponer tres puntos para la discusión: una concepción psicoanalítica del cuerpo, algunas características de los acontecimientos somáticos y las construcciones sobre psiquismo temprano y su valor técnico.

Los acontecimientos somáticos nos ubican en el campo del retorno a las expresiones corporales del conflicto. Expresiones primarias, mudas, de repetición automática, de las que inferimos que el psiquismo, antes que todo, es manifestación de procesos corporales. Su irrupción en la escena del devenir del sujeto puede ser tomada como fallas de los procesos más evolucionados del funcionamiento mental.

El primer conocimiento que la psique tiene de su cuerpo está constituido por percepciones sensoriales. Antes de la adquisición del lenguaje las percepciones que el sujeto tiene de sí son mudas e incapaces de conciencia. A partir de la adquisición de la palabra se va completando paulatinamente la representación mental del cuerpo. Estas representaciones corporales van más allá de la imaginería sensorial, están ligadas al narcisismo normal y son capaces de hacerse conscientes como imagen de sí mismo.

Con la constitución de la imagen de sí mismo nos introducimos en el terreno de la fantasía, de los procesos de pensamiento, a diferencia de las respuestas de un comienzo, que son de naturaleza fisiológica, en la que los estados de carga afectiva responden a través de los órganos.

El cuerpo del psicoanálisis es una construcción, única para cada sujeto, armada e inscrita desde los anhelos de los objetos primarios, sobre un núcleo mudo y estable formado por las primeras percepciones de sí. Todo el cuerpo, sede de sensaciones, es estimulado desde los padres erogenizándose. Es único y diferente de todos los demás cuerpos ya que marca la historia particular de esa relación niño -padres. Esta construcción mental, el cuerpo, depende de la percepción que el niño registra de los estímulos provenientes de su afuera. Su mundo externo son sus padres. Estos estímulos

están condicionados por las fantasías de la madre con relación a lo que el niño y su cuerpo completan o gratifican en el propio cuerpo de ella.

La organización temprana del niño depende por lo tanto del narcisismo materno. EL deseo parental rige la organización de los sentimientos de cohesión interna, seguridad emocional y creatividad del sujeto. La vivencia del niño de una "madre-satisfecha-con-su-bebé" le trae sensaciones primarias de confianza y aliento. Promueve fantasías que permiten salir a buscar en el mundo exterior objetos que suministren gratificaciones adecuadas, los que irán consolidando al armado de su aparato mental.

La situación inicial de contacto entre la madre y su bebé es un sistema de alimentación a doble vía. Para reconocerse a sí mismo, el niño necesita del reconocimiento de su madre y de un afecto de gratificación y completud en ella. La madre, además, necesita reconocerse en su propio bebé para poder, gracias a la gratificación que éste le da, establecer un buen contacto con el niño. Las comparaciones y contrastes que la madre establece con su hijo, los parecidos o diferencias básicas darán lugar a afectos cariñosos o agresivos que influirán en el armado de la percepción de su yo corporal, base de la ulterior estructura mental.

Juegan en estos procesos, en forma primordial, las significaciones inconscientes, teñidas por el deseo, que la madre le otorga al cuerpo de su hijo. Si el niño responde a las expectativas de su madre, le conferirá a ésta: identidad como mujer y madre, creencia en su propia integridad interna y aumento de su cohesión narcisista. Estos son factores que intervienen en la regulación de la autoestima materna. Dadas las anteriores condiciones ella devolverá a su hijo sentimientos de amor, autoestima y orgullo primario, reguladores de los fenómenos narcisistas de éste.

La instauración dentro del psiquismo de una representación "madre-satisfecha-con-su-bebé", núcleo narcisista primario, asegura la creencia en la propia capacidad de amar, amarse y satisfacerse. Si la relación inicial es armónica y coordinada, coincidiendo sus integrantes en la relación de sus deseos, se produce un aumento de la autoestima por la sensación de omnipotencia confirmada por el cumplimiento del ideal. En estas circunstancias el niño es un buen espejo para la madre y ésta lo será también para su hijo.

En síntesis, diremos que cada sujeto se relaciona con su propio cuerpo según el modelo de contacto con que la madre se relacionó con él en los primeros momentos de su

vida. Es la madre quien abre el camino de la percepción y de los cuidados de sí, quien catectiza, estimula, crea e inscribe mentalmente al cuerpo, base de la identidad del sujeto. Transmite además a su niño el lenguaje desde el cual no sólo le cualifica sus reacciones afectivas sino que además le permite desde la palabra prescindir de la tiranía del objeto concreto. EL niño se ama a sí mismo de acuerdo al amor que ha recibido. La carga erótica debe ser suficiente para una adecuada inscripción mental del cuerpo, núcleo del psiquismo del sujeto.

De no ocurrir así, aparecen situaciones de vacío psicológico, percepción de la falta de inscripciones, desde las que se forman estructuras caracterizadas por sentimientos de vulnerabilidad. Estas personas viven en una constante situación de desamparo. Sus sentimientos de vacío, ligados a la falta de un buen equipo representacional simbólico, les impiden el despliegue del espacio psíquico de la fantasía y abren el camino a la acción directa corporal a través de la enfermedad somática. Toda situación crítica en la actualidad los lleva a la reedición del desamparo inicial.

El paciente somático no es protagonista de su cuerpo. Es alguien que asiste pasivamente a algo que su cuerpo le impone. Carece del deseo y del placer de la estimulación de su cuerpo. Sufre con el dolor de su deterioro. Cumple con trámites que debe llevar a cabo en relación al soma. No disfruta de él placenteramente, lo goza desde una imposición dolorosa, lo asiste compulsivamente. En estas enfermedades, el vínculo con un objeto humano es reemplazado por un vínculo compulsivo con el acontecimiento somático. En este acontecimiento se expresa un afecto que no participa de la vida psíquica por su indiscriminación. Para salir de este estado, este afecto requiere ser contenido, procesado y nominado por otra persona.

El acontecimiento somático encierra un vínculo pasado y tiende a otro actual. Tiene el sentido de generar un campo en el cual aparecen conductas adaptativas. En el pasado, el sujeto protege a la madre de la angustia cortando la conexión con sus propias demandas físicas. En la actualidad, facilita el recontacto con otros humanos que permiten una revisión de los vínculos interpersonales. Estas afecciones son siempre un intento patológico de readaptación de la vida del sujeto, ya que traen consigo el daño corporal. No obstante, no sólo repiten un pasado mudo, sino que generan la posibilidad de un futuro diferente si se accede a un tratamiento significativo.

La enfermedad orgánica correspondería a cuadros generados a partir de vínculos primarios con madres con patología de los ideales que transmitirían a sus hijos sistemas

de codificación errónea de sus percepciones interoceptivas. Sus puntos de fijación serían en momentos del desarrollo previos a la adquisición de la palabra. Las experiencias que los sustentan son mudas y no logran un adecuado acceso a la conciencia. Al no tener sus correspondientes engramas verbales las experiencias y los afectos se mantienen en un nivel de indiscriminación.

La cualificación de los estados perceptivos está alterada a partir de la incapacidad de la madre de hacerse cargo de los mensajes de su lactante y de cualificarlos primariamente. Las demandas de éste rompen la organización narcisista de ella. El hijo es una injuria para el intolerable y frágil yo materno. La madre no puede acercarse adecuadamente al hijo y transmitirle los códigos simbólicos para la conexión y transmisión de los estados afectivos. Ella no catectiza adecuadamente el cuerpo de su bebé al cual le faltan estímulos, y en consecuencia, la inscripción y representación mental de su cuerpo es deficiente. Ella no puede actuar arrendando su yo a las necesidades de su hijo. Si no satisface a su bebé, éste se angustia y ella se angustia por la angustia de él. No soporta las exigencias de lo que su bebé necesita y no puede suplirle los elementos necesarios para su desarrollo. Esto se debe a que ella tiene una incapacidad para decodificar las descargas motoras de su niño y darles un significado adecuado.

La ausencia de estas experiencias de satisfacción impide que el niño recurra a ellas en situaciones análogas de necesidad para poder perfeccionar sus actos. El proyecto que ella tiene para su bebé es independiente de lo que el hijo es. No puede leer ni sus demandas, ni sus deseos. Tampoco percibe sus sufrimientos, ni sus características y actitudes, imprimiéndole en cambio sus propias expectativas. Ella está constantemente preocupada por sus propias gratificaciones y siente las exigencias del niño como una interferencia a sus deseos personales.

Para resolver los estados de tensión, la acción se jerarquiza sobre el pensamiento. Es una acción de descarga directa por inundación de tensión en el yo. Estas descargas se dan tanto en el mundo externo como en ese espacio exterior al yo que es el cuerpo. El cuerpo del bebé como exterioridad a ella, a través de sus necesidades, es una fuente de angustia para la ya angustiada madre por no poder codificar adecuadamente las demandas del mismo, ni calmarlo según sus propias necesidades. Ese cuerpo es terrorífico para ella en cuanto no puede resolver la angustia de su bebé. Esto crea un creciente alejamiento entre la madre y el niño, quien vivencia sus necesidades corporales

como soldadas a la madre. El alejamiento de aquélla marca los primeros engramas de disociación en el niño.

Esta madre, al perturbar el desarrollo adecuado de su hijo, genera en él estados de extrema dependencia patológica con ella. EL niño tiene que cumplir con el proyecto de la madre ya que así regula la autoestima y la angustia de la misma. El vínculo adquiere características tiránicas y de distancia. Madre e hijo están a distancia pero no pueden dejar de estar juntos. Al tener que preocuparse más de los estados de la madre que de sus propios afectos hace que en el hijo cristalice una estructura en la cual la exterioridad del sujeto está más cargada que sus propios estados psíquicos.

La distancia entre el yo del sujeto y su cuerpo demandante, por un lado, y la fusión con la madre que requiere de su bebé para regular la autoestima propia, más allá de sus propios estados afectivos, por el otro, explicarían los estados de disociación y enajenación del paciente psicosomático. Su propio cuerpo le es ajeno y es muy hábil para resolver problemas en su entorno vital. Está más pendiente del otro que de sí mismo. Las madres de estos pacientes los han llevado prematuramente a adaptaciones para poder sobrevivir. Antes que nada están las necesidades que ella tienen para sentirse bien en detrimento del registro de las señales del propio cuerpo del lactante. El soma del lactante, desde sus demandas, se constituye en la exterioridad persecutoria capaz de inundar al yo con sus tensiones. Todo aumento de ansiedad pone en riesgo al yo al estar abolidas tanto la angustia señal como el registro de los aumentos de tensión corporal. El soma demandante no sólo es peligroso para el bebé, también lo es para su madre.

A las personas propensas a padecer de acontecimientos somáticos el cuerpo se les impone masivamente. Los signos de tensión o enfermedad no son percibidos adecuadamente, lo que los lleva a no poder pedir ayuda ni a cuidarse. Las percepciones interoceptivas están alteradas y hay al mismo tiempo una dependencia tiránica de la realidad externa. Son hijos de madres que miran a través de su propio cuerpo y no ven la demanda del cuerpo de su hijo. Ellas estimulan la desconexión y maduración prematura del yo de su hijo. El hijo no es un objeto de amor por lo que él es, sino por lo que la madre puede obtener de él. El bebé sólo cuenta como un objeto para los deseos maternos. Es una parte de la madre y, por lo tanto, ésta le imprime su propio desear. La frustración biológica se acompaña de una prematura seducción.

La adaptación prematura constituye el sometimiento de un cuerpo insatisfecho en sus demandas, que es significado desde un comienzo como sede del dolor y es

depositorio de las pulsiones agresivas del sujeto. Agresión basada en intensas frustraciones. Esto favorece los mecanismos proyectivos en el nivel mental y las acciones motoras equivalentes a los anteriores en el plano de la descarga sobre esa exterioridad angustiante y persecutoria que es el cuerpo. Estos fenómenos se dan en un momento del desarrollo en el cual no se han consolidado aún los procesos simbólicos y crean huellas que facilitan en lo sucesivo estas vías de descarga. Todo incremento tensional en el aparato mental encontrará esta vía exutoria.

Estas descargas reviven y representan hechos de la historia del paciente que éste repite porque tiene una aguda necesidad de hacerse consciente de ellos. El paciente informa de un fragmento de su realidad psíquica a la que le es difícil acceder por carecer de inscripciones simbólicas que le permitan su registro. Un aspecto positivo de estos productos es permitir que otros los cualifiquen como señales de alarma y les den un sentido. El cuerpo y sus acciones tienen como sentido mostrar -por repetición de un tiempo primordial -lo que el yo no puede decir ni pensar, necesitando de un otro que cualifique y dé significado a dicho estado.

Sólo con el estudio y el desarmado de las intelecciones que el paciente hace de su enfermedad somática y de su simbolización secundaria en el proceso psicoanalítico, es posible el abordaje y tratamiento del acontecimiento somático. Esta función se cumple a través del estudio de los signos corporales, entrecruzando los signos universales con la historia del paciente. De este modo, las construcciones sobre el desarrollo del psiquismo temprano constituyen hipótesis de gran valor para la reversión de la repetición en el tratamiento de estos pacientes. Aparece entonces la necesidad de la cura de dar cuenta de un sistema explicativo de los fenómenos del paciente somático, creando una psicomitología relacionada con su psiquismo temprano: lugar donde se ubica la falla. Esa construcción sólo es posible a partir de un minucioso estudio del campo transferencial.

Analizar, con estos pacientes, sería por lo tanto llenar un vacío, mentalizar la aún no integrada respuesta biológica a través de construcciones, aportadas por el analista, sobre el psiquismo temprano, prehistoria del paciente; facilitándole así modelos vinculares que le permitan por analogía plasmar su experiencia corporal en pensamientos, organizada y transmitida a partir de su denominación. Al mediar la comprensión del acto el pensamiento suplantaría a la acción corporal.

Es decir, desde la teoría psicoanalítica tomo al psiquismo temprano como las construcciones a las que apela el psicoanalista para organizar hipótesis sobre los

modelos vinculares que repite el paciente en su actualidad y en la transferencia. Constituyen un intento de introducir el elemento simbólico que corte el campo de la repetición automática y estereotipada.

Desde el punto de vista del analista, estas construcciones responden a una lógica interna que supone su existencia, y desde el paciente, aportan un elemento estructurante de la noción de sí. Creo que el analista no tiene que preocuparse si lo que él llama psiquismo temprano ha ocurrido o no en la realidad objetiva. Su valor justamente está en ser un modelo teórico que puede dar cuenta de y ejemplificar los vínculos objetales del paciente, permitiéndole a partir de la palabra un reingreso al mundo simbólico y evitar el drenaje corporal de la tensión.

El signo corporal es algo que intenta hacerse oír, y el paciente no se liberará de él hasta que no pueda hacerse comprender por medio de la palabra. Al hablar, el paciente ordena sus padecimientos y pone en evidencia las repeticiones que marcan su historia. La repetición es la expresión del inconsciente que se impone desde el primitivo escenario somático.

La palabra es el hito que delimita el psiquismo temprano del psiquismo del humano adulto y lo diferencia a su vez del animal, el hito que permite el salto de lo biológico a la cultura, El advenimiento del símbolo, el reconocimiento de la representación marca el fin de los procesos de repetición automática corporal.

La adquisición de la palabra sería el límite evolutivo del período que hoy nos ocupa.

SOBRE DEUDAS, PACTOS Y FETICHES.

DERIVACIONES PSICOLÓGICAS DE LOS ACONTECIMIENTOS SOMÁTICOS

Quiero abordar categorías que den cuenta de los conflictos mentales subyacentes en pacientes que incluyen el daño corporal en el discurso psicoanalítico. Hablaré de pactos, deudas y secretos significantes del acontecimiento. Primitiva o secundaria esta significación lleva a la construcción de una historia que hace que el soma devenga en un cuerpo sostén del sujeto psíquico.

Para ello apelaré al relato de un material clínico; luego haré algunas reflexiones sobre el mismo. Este material incluye tres entrevistas a una mujer de alrededor de cuarenta años, casada, con tres hijos y que en el momento de la consulta está en tratamiento psicoanalítico.

Siempre había sido exitosa en su trabajo, eje central de su vida, hasta que padeció un accidente vascular endocraneano que se resolvió quirúrgicamente y que la dejó con un ligero defecto. A partir de este acontecimiento se desencadenan sus penurias y las de los suyos.

Pocos días antes de que se cumpliera el primer aniversario de dicho acontecimiento somático, recibí el llamado para atender a Ana María. La primera comunicación la tuve con su marido, quien expresó una intensa preocupación por su mujer.

Ana María llega acompañada por él exhibiendo su anormal flacura. Sus ojos indagan mi rostro. ¿Trata acaso de pesquisar mis reacciones? ¿Busca en mi lo que debería sentir ella? Después de un silencio inicial habla en forma lastimosa de sí misma. Sus preguntas son: "¿por qué me tocó a mí?" "¿por qué fui elegida?" Siente bronca por la forma en que está. Por momentos, este estado cede paso a la pena. El marido interviene para contarme qué es lo que pasó y la define como una mujer soberbia, pero vencida por sus síntomas físicos.

Ella se muestra inteligente, con capacidad para anticipar pensamientos y respuestas; hipercrítica respecto de sí misma y de los otros. Su dicción, aunque ligeramente entorpecida, es perfectamente comprensible. Con todo, ella exhibe su defecto hablando reiteradamente de él. A lo largo de las entrevistas este problema y su delgadez son tanto un factor de preocupación como una extraña posesión que concita la atención de su grupo. Estos fenómenos, que ella esgrime con cuidado, generan un clima religioso, clima de veneración y odio hacia ella.

Hasta aquí, el personaje, la escena y la evocación de su situación. Situación en la que el cuerpo, su daño y el dolor nos remiten a la construcción mental de un objeto psíquico creado sobre lo corporal, objeto fetiche cuya función es ocultar una falta. En torno al daño se construye una religión que la paciente y su familia acatan. Culto, devoción y rituales que nadie se anima a transgredir.

Su síntoma, en su cualidad de extrañeza, es emparentado con otras obras de la cultura. Objetos materiales que, en tanto símbolos de poder, ocultan la herida narcisista de lo que en uno y en el otro, el que tiene y da y el que no tiene y recibe, en tanto polos de una situación de deuda, se aceptan como elementos de intercambio. El acontecimiento somático es prótesis capaz de actuar como parche allí donde se produjo un vacío; es objeto de quien sustenta un poder.

¿Y no es acaso la mirada suplicante de la paciente y su marido durante la entrevista, el pedido que les otorgue la convalidación a través de un conocimiento que ellos suponen que tengo en torno a su enfermedad, y que anhelan se lo entregue a través de un pago?

Este objeto fetichizado, síntoma del paciente-conocimiento del analista, es el que nunca tendrá que entronizarse para que ella pueda cambiar; para permitirle romper la omnipotencia de poseerlo todo, aún el don divino que permite otorgar o quitar la vida a sí misma y a los demás. Solo desde esta omnipotencia, que resulta de la imposibilidad de resolución de su narcisismo herido es que aparecerá una temática como la que paso a relatar.

En la segunda entrevista dice que tuvo un sueño que la dejó pensando. Piensa todo el día, tratando de hacer correlaciones con lo que le pasa. Relata el sueño:

"Yo estaba en un aeropuerto con toda la familia, sentada al lado de mi hija. Era la gran familia. El destino del viaje era migrar, cosa que nunca contemplé, ni me interesó. Acá hacía mucho calor y allá frío. Pensé que no llevaba ropa de abrigo e iba corriendo a casa a buscarla. Iba con la nena. La empleada estaba limpiando. Me sorprendió que yo me iba y todo quedaba en manos de la empleada. Llevaba ropa para mí y para la nena, para nadie más. Me venían a llevar porque ya no había más tiempo. La última imagen era la carterita de mi marido sobre la mesa del living. Pensaba ¿cómo se va a ir él sin la carterita? El nunca se separa de su carterita. ¿Qué habrá hecho con la fábrica?"

Este irse para siempre, para «toda la vida», mientras aquí las cosas siguen, sin saber ella qué va a ser de sus pertenencias, me orienta a indagar sobre ideas de muerte o suicidio. Habla de los distintos modos de ejecutarlo y los temores que le da.

"El tema del suicidio es angustiante y variable. Me joroba en serio pero sé que las ideas son ideas. Detesto y temo a la violencia y el sufrimiento. Imaginarme el suicidio es complicado. ¿Y si en un raptó de locura o desesperación lo hago? Creo que es improbable hacerlo pero temo perder la cordura y hacerlo".

Ana María se siente insustituible para la hija, piensa que de matarse lo hará con ella. Sin embargo, es la hija la que la ata a la vida, considera que no puede abandonarla. Por momentos se asusta, no sabe si es una actitud declamatoria o no.

"Quisiera un suicidio sin violencia". "No sé si lo que pienso es para asustar o para hacer". "Aunque no me descuide, pienso que soy tan cabeza dura que puedo hacerlo a propósito, como una venganza para los demás". "Si me suicido lo haré junto con mi hija para que ella no sufra" "Es una idea práctica, además no soporto la idea de que la niña pueda algún día olvidarse de su mamá"

Estos pensamientos han generado en su entorno la necesidad de crear un sistema de protección para Ana María, donde la principal cuidadora es su propia madre. Esta que había sido descrita como una mujer que nunca había hecho nada, tiene que dejar sus propias cosas domésticas para acompañarla. En los últimos tiempos se ocupa de vigilarla, y de que coma; es quien le cocina. Esta madre que acompaña a su hija reedita una situación anterior sobre la que la hija dice:

"Mi madre siempre fue insegura y no podía brindar seguridad. Nunca supo sostener una postura propia. Si papá decía algo, ella decía lo contrario. Cuando descubrió lo de... de... una rival tuvo una actitud que no sé si se puede criticar o no. Fue descontrolada, se le acabó el mundo. Nada le interesaba, salvo recuperar la posesión de papá" "Algo importante es que yo era muy apegada a la figura de mamá; necesitaba su afecto y me torturaba pensando que algo pudiera sucederle. La necesitaba y tenía que cuidarla, ya que papá era un ausente".

Pero a quien habría de sucederle algo a partir de este episodio de la infidelidad paterna es a Ana María, quien en ese entonces tenía quince años. Siente que se volvió muy exigente consigo misma, trató de ser como ellos no fueron. Describe a su padre como un hombre sumamente irresponsable, capaz de perder su dinero en el juego y que le brinda poca atención. El padre aparece en su relato como un personaje distante, mientras quien tiene peso es la madre. Ana María decide interrumpir sus estudios secundarios *"para tener plata para vestirse e ir al cine"*. Logra independencia económica y de actuar. A partir de allí *"yo hacía y deshacía, sin que nadie me cuestionara"*. *"Logré una separación que a mi misma me asombraba. Y "es que me despegué en una forma absoluta, me pasé al otro bando"*. Este estado domina su vida hasta el momento que irrumpe su problemática física.

Darfa la impresión que al pasarse de bando elude a un posicionamiento diferente de Ana María con relación a su propia madre. Rompe un estado de fusión y sometimiento

para identificarse con el rival. De objeto de deseo a rival es el camino que recorrerá a lo largo de su vida hasta que su enfermedad vuelve a fusionarla con la madre.

Su marido es descrito como un hombre que la asiste, pero que no tiene comprensión. Preocupado principalmente por la fábrica, comparte con ella un total desinterés por la vida sexual de la pareja. Estima que en el último año han tenido solo un acercamiento sexual. Según Ana María, él no puede admitir que ella no pueda sobreponerse a su enfermedad y se ha volcado totalmente a su trabajo que en los últimos meses no es exitoso. Aludiendo a él, probablemente como una pantalla de sí misma, dice: *"está triste, se le han derrumbado dos fortalezas: Ana María y la fábrica"*.

Se describe como una mujer que aunque no tenía una vida fácil podía jactarse de hacerse cargo sola de los problemas.

"Miraba como un bicho raro a quien pudiese recurrir a un tercero para pedir ayuda". "Solo ahora que empiezo a sentir miedo y sensaciones, tengo que pedir ayuda". "Lo único positivo de estar enferma es rescatar el cambio de valores que para mí puede ser reconocer que se puede tener ganas de no hacer cosas, lo reconozco en los demás y en mí".

"Un dato importante e indisoluble es el conflicto que tengo entre la molestia que me crea la dependencia económica que me lleva a salir a trabajar y la necesidad que los chicos tienen de mí y que hace que no quiera dejarlos".

"Hasta este momento, lo más importante para mí era salir a trabajar; ahora no puedo estar sola".

Idealización de la independencia y anhelo fusional están en pugna dentro de su mente.

Una observación personal es que en la historia de los pacientes en quienes aparece un quiebre somático hay una constelación infantil en la que la función materna sufre lo que en el ajedrez se llama enroque. Este enroque de la función materna coloca al niño en el lugar de su propia madre, quedando ésta en el lugar del niño. Esta exigencia es el núcleo de una formación caracterial que ha sido descrita como sobreadaptación. La demanda externa es más valorada que la interioridad del sujeto. Las necesidades básicas del niño son descuidadas en función de la incapacidad de la madre de hacerse cargo de ella misma y del hijo, colocando a éste como guardador de su vida. Desamparo y

exigencia llevan al desconocimiento del registro de los llamados corporales, situación que entrará en el circuito de la compulsión de repetición que signará el futuro de estas vidas.

Ana María lleva en su propio nombre la fusión de la Madre y la Hija. Este nombre implica el pacto de unión y prescindencia, ya que María es quien no se unirá carnalmente al hombre. Es un pacto entre mujeres del cual el hombre queda excluido. La omnipotencia narcisista niega la diferencia de los sexos y crea una sociedad donde las uniones son entre mujeres en la línea de Abuela, Madre, Hija, siendo el pivote de esta historia quien desde el lugar de madre se hace responsable de su propia madre y de su hija asignándose la ilusión de ser dueña de sus vidas.

Ana María supone que le ha dado sentido a la vida de su madre, dispone de ella; primero la emplea en su fábrica en funciones de control y, a partir de la enfermedad, la tiene como cuidadora. Por otro lado, dispone en la fantasía si su hija debiera vivir o no.

Dice la paciente:

"Mamá no podía sostener una postura propia, no podía contradecir a nadie ni ser segura. Ante una contrariedad se le acababa el mundo". "Yo era muy apegada a la figura, al afecto de mamá y me torturaba la idea que algo pudiera sucederle y, aunque yo hacía y deshacía, no pensé que fuera factible separarse de una madre con quien uno está tan pegada".

De igual manera, al referirse a su maternidad en relación con sus proyectos de estudio, plantea:

«Yo sabía que si traía un hijo no iba a estudiar porque mi función era criarlo; entonces planté bandera y me puse a esperar a que naciera el hijo. Pienso que el hijo no tiene que pagar el pato".

En estas relaciones es donde según Ana María circula el afecto y lo que no se da nunca puede recuperarse. Se establece en la mente de ella una cadena fusional donde hay un pacto en el cual uno no es sin el otro, y cualquier deseo de discriminarse y vivir con autonomía pone en riesgo al resto de la cadena generacional.

Ana María es una mujer que busca desde hace un año algo que le restituya su estado anterior. Su relato es monocorde, reflexivo y pausado. No hay altibajos afectivos. Tiene su historia coherentemente armada. En su discurso no hay manifiestamente fisuras, saltos o contradicciones. Todo estaba en orden hasta la explosión de su accidente somático; desde entonces su cuerpo se le ha impuesto y es su preocupación.

"Hay un largo camino para llegar a ser la de antes", dice entre desorientada y rencorosa. Desconoce motivó este quebrantamiento. Ha sido vulnerada su autoestima, ha perdido el control sobre sus cosas, y no sabe como sacarse de encima el temor a un nuevo episodio somático. La sensación de fragilidad, de romperse, hace que quede sometida a su soma, o que pretenda un repudio de su estuche corporal a través de la anorexia. Vive tanto en *"el estado donde no hay cuerpo"* como alucinando sensaciones idénticas a las que tuvo cuando se enfermó.

La aparición de acontecimientos somáticos en el campo del análisis nos deja en el mismo misterio en que nos incluye Shakespeare en cuanto al origen de la decisión del judío Sylock, cuando impone la cláusula de la entrega de la libra de carne en el contrato sobre la deuda que contrae con él Antonio. La extrañeza de esta cláusula remeda el misterio del sacrificio corporal que el daño orgánico impone a la lectura psicoanalítica. ¿Y acaso a los psicoanalistas no nos atraen los misterios?

Nuestros pacientes, como una inagotable diosa fecunda, nos incitan con los misterios de la generación. En esta eleusis participamos todos en la búsqueda de los orígenes, nuestro origen, el de los fenómenos que se nos imponen en el campo clínico desde el primitivo accionar somático.

En "El Mercader de Venecia" vemos teatralizado un drama humano: frustraciones, separaciones y pérdidas. Deudas que no podrán ser saldadas. Llantos que no son llorados por pérdidas que son inadmisibles. La búsqueda de lo imposible, búsqueda del retorno a un estadio anterior a la firma de un pacto que compromete a los personajes. Sylock ha perdido a su mujer, luego a su hija. Pierde sus posesiones, su oro, sus afectos. Por otro lado, Antonio ha perdido sus naves sus mercaderías y siente que se desestima su honor. En este lugar entra la metáfora de la libra de carne como solución del conflicto entre los personajes del drama.

¿Y cuál es el drama particular, cuyo texto tendremos que armar en cada paciente que ya ha entregado su propia libra de carne?

El dramaturgo nos muestra como los personajes son vaciados abruptamente de sus ideales. Ideales sustentados en la posesión, en el tener, y sabemos que toda posesión tiene como destino la pérdida. Ideales engañosos que tras ardidés y ocultaciones abandonan y dejan vacío al sujeto cuestionando su ser.

La paciente sobre la que hoy hablamos, tiene una fábrica, tiene una hija, tiene, (en sentido imperativo) que hacer cosas, pero no sabe definirse por lo que es. ¿Acaso, por lo que de sí ha perdido? Reiteradamente, se define por su nueva posesión: la enfermedad. Dice:

"De a ratos me siento víctima y otras veces victimario; entonces las preguntas son: ¿hasta cuando se puede resistir? ¿Cuál es el método para revivir?"

Agrega:

"Desde hace un año se me vino todo abajo",

y luego:

"También me tortura la impresión de que cualquier molestia de orden físico pueda derivar en otra catástrofe y como aún persisten sensaciones relacionadas con la secuela de la operación, la idea de la enfermedad está siempre presente y especialmente reforzada por la pérdida de peso que me devuelve una imagen de estar desapareciendo de a poco. Es como si, a pesar de estar recuperándome, existiera un cáncer que me está consumiendo".

En este vacío surge la libra de carne que saldrá lo insalvable por el rencor. El ideal ausente se materializa en un proyecto que se vuelve contra el sujeto. Allí donde queda carenciado y aparece el vacío se organiza una nueva entidad: el acontecimiento somático. Este, como vemos en el material clínico, aporta una forma de ser, de definirse para la paciente, a través de constituirse en una nueva posesión.

"He intentado algunas respuestas -a éste para mí un enigma -, y lo que últimamente he percibido es que tengo miedo de vivir. Miedo por haber sido tan vulnerada a nivel físico y emocional, y miedo por formar parte de una humanidad que siento cada vez más agresiva y alienada".

Como vemos, el acontecimiento somático la significa. A él ya no podrá renunciar, pues la rescata de la situación de vacío. Su "humanidad", su vulnerabilidad corporal le devuelve una noción de sí desde la vertiente de su agresión y falta de control de sus procesos. La literatura y la clínica tienen elementos en común, el descubrimiento o creación de una historia, el delineamiento de un personaje, sus afectos, amores y odios, sus relaciones con otros.

¿Con quién nos encontramos hoy?

Con una persona que no puede "encontrarle sentido a la vida", que no puede "llegar a comprender cómo después de haber tenido pánico de morirme a causa de mi enfermedad, hoy me pregunto para qué quiero vivir", y "con la imposibilidad de realizar cualquier actividad ya sea física o mental que pueda excitarme y derivar en una convulsión; por eso busco la quietud, el sueño, el no hacer"

Actualmente solo concibe a través del cuerpo la posibilidad de darle sentido a su existencia, habiéndose convertido el mismo en el eje de cualquier vinculación interpersonal, aunque sintiéndolo como una pertenencia extraña con la cual ella y su entorno mantienen un vínculo compulsivo. Por ejemplo dice de su marido:

«Él me asiste, pero no tiene comprensión.

Los estados afectivos no están cualificados, son vivenciados como aumentos o disminución de tensiones. Siente que todo se le ha venido abajo y apelará ante esta sensación a su madre y a su hija para "mantenerse unida a la vida". Esta protagonista de una historia a crear sufre. Pero no puede vivenciar su sufrimiento como tal. Ella no es actora de sus acontecimientos, sino objeto pasivo de una fuerza extraña que en cualquier momento la invadirá

"Puedo sobreponerme un poco, pero desde entonces surgieron los cuestionamientos acerca del valor de la vida y que todo lo que uno podía ser, hacer o desear no tenía sentido si la vida era tan frágil y la personalidad de un ser humano podía ser tan vulnerable".

En el drama clásico, el protagonista es proto-agon, el que puede hablar de su propio dolor. El dolor es su vida, su razón de ser en tanto humano. Ana María, en cambio, es un antihéroe en su propia historia; la escena está invadida por el soma, y desde esta posición sale a la búsqueda de un otro particular. Este otro, el antagonista del drama, es aquél que le brinda la ilusión de que el dolor está ausente. El antagonista es su hija. Protagonista y antagonista son inseparables.

"Pienso en suicidarme con mi hija, es para que ella no sufra por mi suicidio. Es una idea práctica, además no soporto que algún día se olvide de su mamá. Eso me llena de miedo.

Esta hija sobre cuya vida ella se siente con derecho a decidir, es quien le permite seguir viva. *"Si algo me ata a la vida es el no abandonen a mi hija".*

En la fusión del protagonista con el antagonista se creará una ilusión: la de la eternidad, donde el sufrimiento no existe, no hay diferencias y se desestima la mortalidad. Este estadio puede convertirse en el lugar donde se sella un pacto: *uno no existe sin el otro*. Y quien intente ser por sí mismo destruye al otro. Pacto de sangre que si se corta puede materializarse en el cuerpo, destruyéndolo. La libra de carne es lo que el pacto demanda frente a su ruptura.

Esta situación evoca los orígenes del sujeto humano, él no puede existir sin la madre y desde esta dependencia, a su vez, la completa, respondiendo al anhelo materno de obturar sus carencias con el hijo. A este punto el sujeto debe volver eternamente para cerciorarse que dicha unión no se ha roto. El pacto original debe perdurar para ser y no caer en el vacío. Si se rompe, aparece una deuda de eterno retorno que, en su intención de eludir a la muerte, lleva a ella.

El acontecimiento somático aparecería en el lugar en que se rompe el pacto original. Es un pacto incestuoso, que ha quedado materializado si el niño en algún momento ha sido para la madre el objeto libidinal más satisfactorio. Lo reencontraremos en cada situación vital en la que el actor pueda decirle al otro: “vos sos todo para mí” y “sin vos no puedo existir”.

Así parecería que le ha ocurrido a Ana María en el momento de su accidente somático. Este estuvo precedido de grandes tensiones por el riesgo de perder su seguridad económica. Las dificultades laborales y el retraimiento de su marido, socio, acompañante y sostén, la sometían al desamparo. Desde entonces “no sabe dónde está parada”. “Las cosas son, pero estoy alejada de ellas”. “No me siento comprometida con las cosas”. “No disfruto, tengo solo dolor y sufrimiento”. Todo es lo mismo, no hay diferencias. Solo temor a la repetición. Si las diferencias aparecieran, también discriminaría su ser de la madre de sus orígenes y tendría que pasar por el doloroso camino del duelo, por la pérdida de la fusión original fuera de la cual está convencida que no podrá vivir, y es posible que evite toda sensación de diferencia, ya que en ella tendría que enfrentar la injuria de reconocer su incompletud.

Tampoco su hija tendría que ser utilizada como un apéndice que oculta sus heridas. “Soy insustituible para ella, por eso si me mato pienso que lo hago con ella”. En el plano psíquico, obsesión y desestimación coexisten.

Ante cualquier situación de tensión, teme un nuevo despeño corporal. Es por ello que trata de prevenirse a partir de una creciente inactividad. Llega por momentos a

expresar una vivencia persecutoria, en la cual el ideal es el desconocimiento de su cuerpo como si fuera un delirio hipocondríaco.

Estas personas relatan lo que les pasa, dejando de lado los afectos que no pueden ser nominados. Describen situaciones de mayor o menor tensión. Estas reacciones aparecen en su expresión de descarga corporal.

El riesgo de un nuevo despeño en esta área y el constante temor a la inundación psíquica, por otro lado, hace que funcionen bajo el lema de que mientras haya síntomas físicos, su ser psicológico está protegido. Esto hace que vengan a tratarse para demostrar y demostrarse que el psicoanálisis, al igual que otras terapéuticas, con ellos fracasará. Este proyecto les hace mantener la ilusión de su omnipotencia constantemente amenazada. El fracaso del psicoanálisis les asegurará no tener que transitar por los difíciles caminos de dolor psíquico. Se establece una situación en la que el sujeto siente que nunca hace ni se hace lo suficiente en relación a sus problemas, problemas que son menospreciados o deificados.

Los pacientes que tienen estas afecciones pueden entregarse totalmente a los demás, creando una deuda que nunca va a poder ser saldada. El cuerpo u órgano enfermo es el elemento pagador; es la libra de carne que se entrega en pago. Esta deuda, inconsciente por cierto, alude a una escena de los primeros momentos de su vida, aunque la escenografía en la que se salda es moderna: es actual

La ceguera de Edipo es posterior a su pecado: el incesto, refusión originaria. Pacientes deudores de una deuda imposible porque no se puede saldar lo no vivido en su momento, entregando "la libra de carne" en la actualidad sin menoscabo de la vida. En este juego en el que el ideal impone un precio siempre superior a las posibilidades del sujeto, aparece la compulsión del "tener que hacer" para tapar el riesgo de la "sensación de no ser" incrementada desde la injuria narcisista que la lesión impone.

Este tener que hacer va desde la situación concreta de su hiperactividad a la organización en el plano psíquico de construcciones que tapan las carencias, con un modelo semejante al de la construcción del fetiche para el perverso. En esta posición imaginaria es posible el repudio de la castración. La herida narcisista es excluida y, en su lugar, se deifica al acontecimiento orgánico-fetiche. Con estas construcciones aparece la ilusión del sujeto de igualarse con su ideal.

El ejecutivo se considerará él mismo la empresa. Un cónyuge intentará colmar las aspiraciones o frustraciones del otro y de su familia de origen, aunque en estas deudas entregue su propia integridad física. La necesidad de entregarse totalmente a los demás, responde a un reproche subyacente que podríamos verbalizar como: “no me das nunca nada”.

Por lo tanto, el sujeto “debe hacer más”. Para conseguir dar lo que inevitablemente devendrá en nada.

En el terreno de lo imposible de saldar—terreno del narcisismo— el cuerpo es la prenda que se entrega para ejecutar el amor imposible. Es la lápida que recuerda lo que no fue y que presentifica reiteradamente la deuda. Es el recuerdo de una ausencia, de una carencia. Recuerdo de la ilusión de completud de la fusión original.

Los colosos de Mnemón no son, hoy, lo que fueron. El desierto y los siglos en su constante marcha, los han modificado. Sin embargo, se muestran majestuosos, dando la bienvenida a quien se disponga a visitar el Valle de los Reyes, lugar de la muerte, del eterno reposo. Estos monumentos señalan y esconden el lugar del sepulcro. Es función del visitante encontrar la clave para entender su significado. Este puede ser universal como un hito, presentificación de que algo ha ocurrido; pero, ¿qué es ese algo? En la respuesta dada, residirá el ingenio de quien los enfrente. En estas columnas la erosión ha hecho su trabajo. Cientos de visitantes han dejado en su basamento sus firmas. Coexiste en la actualidad el nombre del griego del siglo II a. C. y del romano del siglo II de nuestra era. Hoy nos actualizan una larga historia. Si esperando que el coloso hable estudiamos su superficie, tendremos que desplegar la historia y organizar lo diacrónico donde hay sincronía.

Cada acontecimiento somático al que se enfrenta el psicoanalista es un Coloso de Mnemón que lo invitará a desplegar una historia con significados y secretos. El secreto es el de la tumba del rey-dios muerto. El monumento señala su existencia, pero puesta en el lugar que desorientará al profanador. El dios muerto-niño Yo Ideal debe seguir yaciendo en su escondite pare poseer el goce de la eternidad. La mirada de quien descubra su secreto escondite transformará el mito divino en un cuerpo muerto, seco y desintegrado. Es la presentificación del acontecimiento somático. Solo el fantasma de lo que no ha sido hallado asegurará el eterno retorno a la ilusión de una presunta completud inmortal, la eterna búsqueda de recuperar el estado anterior al quiebre del narcisismo basado en el Yo ideal. Sobre la herida abierta por la muerte del niño rey, se edificarán distintos credos.

Antinoo deviene en dios. Su efigie, instalada tras la muerte, es el fetiche que encubre su destrucción. En el plano corporal, distintos órganos serán el sostén del goce del incesto materno.

Dentro de las grandes metáforas del psicoanálisis, encontramos la de la castración utilizada para aludir a la injuria narcisista. Injuria proveniente del descubrimiento de la alteridad, de la diferencia sexual y de la muerte.

Otra metáfora, la del pene materno—falo—dada como representante de una completud imposible. Estas dos metáforas nos acercan al terreno de los acontecimientos somáticos, al terreno del daño corporal, ya que la absorción del fenómeno por el sujeto lleva, con una cualidad de imposición, a tener que resolver el problema de la herida narcisista que implica el reconocimiento del menoscabo corporal y de la vitalidad del sujeto. Todo daño aproxima a la muerte. La finitud impuesta es otro de los sustentos del narcisismo herido. Repudio del hecho y escisión son las defensas que se implementan. La enfermedad somática, una vez establecida, incrementa las ansiedades de castración del sujeto, el daño a la integridad es su motor. Si estos fenómenos se dan es que hay procesamiento mental de lo que en su aparición fue una presentificación corporal de lo no elaborado psíquicamente. El cuerpo aparece como sede y ejecutante de las tensiones no soportadas por la psique. Son repeticiones de experiencias tempranas, de falta de procesamientos maternos de las necesidades corporales del niño. La madre sumida en su narcisismo no tolerará las demandas de su bebé. El desconocimiento que ella tiene para preservarse, deviene en falta de inscripción para su hijo. El cuerpo es usado en ausencia de representaciones que permitan la inhibición de las descargas. Las tensiones no discriminadas a nivel psíquico, se derivan somáticamente de acuerdo al principio del placer. Estos acontecimientos somáticos tratan de establecer un sentido a la existencia y al mundo. El soma es utilizado para reconectarse con la realidad objetiva, aunque es vivenciada como extraña por redistribución de catexias. Las explicaciones que da el sujeto de estas vivencias son intelecciones semejantes al delirio, como muestra nuestra paciente de hoy con las vivencias hipocondríacas instaladas sobre el daño corporal.

Se reconstruye a partir del síntoma un sentido nuevo a la vida, jerarquizando demandas previamente desconocidas, aunque las explicaciones que dé sobre lo que le acontece, tengan un neto corte restitutivo.

El incremento de las angustias de castración es sustituido por la fetichización del daño. El sujeto se reorganiza a partir del síntoma corporal fetichizado repudiando las lesiones. En el material que hoy nos convoca, se ve cómo la paciente se organiza en torno a los cuidados y preocupaciones que ella misma, su madre y el resto de la familia tienen que programar en relación con su alimentación.

Propongo la idea de fetichización del daño porque el síntoma somático comparte con el objeto de la perversión las cualidades de fijeza, burla a la vivencia de castración y de un goce que es mantenido en secreto. Lo que el paciente somático guarda en secreto es el goce del accionar compulsivo con su soma. Por momentos tiene conocimiento de este goce sustentado por una escisión. El placer que dicho accionar le da, es uno de los pilares de su nueva existencia.

El secreto de este goce se sustenta hoy ante el objeto actual, por ej. , ante el analista; habla de la deuda con el objeto primordial doblemente castrado: no solo por la ruptura de la unión narcisista con la madre, sino por el reconocimiento de su falta por ser mujer luego del pasaje edípico.

El fetiche retrotrae a la unión gratificante con la madre y representa el goce prohibido con su cuerpo. Situación innominada que también subyace al daño corporal. Así como para el fetichista la persona termina siendo un apéndice circunstancial—accidental—del fetiche, para el paciente con daño somático, la persona es secundaria a la parte del cuerpo dañado donde convergen todas las luces del escenario mental. La escisión yoica, la proyección y la renegación son los mecanismos a través de los cuales se organiza esta constitución

Así como el fetiche permite la sexualidad a costa de una restricción, el daño somático permite la vida en iguales condiciones.

Al igual que el fetiche, el acontecimiento somático obtura una herida, una falta, la ausencia de algo que debía estar y no está. La escisión del Yo hace que quede a mitad de camino entre el goce de la fusión con la madre y el reconocimiento de la castración. Deja entrever y oculta el vacío representacional que invade su psiquismo.

Dice la paciente, al hablar de sus dificultades:

“No sé para qué existo, para qué vivo, no quiero vivir más y empiezo a sentir el síntoma, el ardor en la cara, en las piernas. Se asustan todos y no hacen nada de lo que yo no quiero que hagan” “Solo me muevo por las necesidades de los chicos, si no, me quedo en la cama hasta el mediodía,

tengo miedo a hacer cosas, me siento frágil, puedo romperme”; “no puedo dejar la medicación porque no quiero correr el riesgo de otro episodio”; “el fantasma todavía está allí”.

“Sé que soy recuperable con tiempo, pero no tengo paciencia para esperar”. “Siento que me he puesto entre paréntesis”. “No sé si lo que siento es real o está relacionado al miedo que me da la indicación de que deje los medicamentos”.

Está en un momento de ausencia de significados para sus procesos, que secundariamente adquirirá valor simbólico a partir de enunciados como el siguiente: *“Siento que el ojo se me va a salir de la órbita”.* Es decir, no asume el conflicto psíquico y, en su lugar, como vemos a través de las entrevistas, se entroniza el acontecer somático como construcción sagrada e intocable. Se explica así que permanezca durante periodos sin atención y sin necesidad de recurrir a su médico, llevándose a sí misma a situaciones angustiosas, aunque adquiriendo una identidad a partir de ellas.

Es a través del acontecimiento somático que el sujeto se significa, adquiriendo una nueva identidad a la que le resulta dificultoso renunciar. Esta identidad de enfermo somático secundariamente entrará en el circuito psicológico, a partir de procesos hipocondríacos o histéricos establecidos a posteriori sobre el daño corporal.

Ana María continuó, a instancias mías, con el tratamiento psicoanalítico en el cual estaba cuando me consultó. Probablemente, la actuación que fue dentro de su proceso analítico la consulta que hizo conmigo, marcaba el comienzo del tránsito del doloroso camino que implicaba el reconocimiento de su omnipotencia herida. Solo el duelo por su propia desidealización podría restituirle un sentido humano—mortal—a su vida.

CAPÍTULO 6º: NARCISISMO Y TRAUMA

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA CONDICIÓN DEL OBJETO EN EL NARCISISMO DE LOS ORIGENES, DE LA REGRESIÓN Y DE LA RESTITUCIÓN DE VÍNCULOS EL OBJETO Y EL NARCISISMO TRAUMA Y CUERPO SUFRIENTE DE LA ANGUSTIA AUTOMÁTICA A LA HISTORIZACIÓN TRAUMA RESPUESTA SOMÁTICA E INFANCIA LOS PROCESOS SOMÁTICOS EN LA VEJEZ PATOLOGIA DEL DUELO Y SOMATOSIS SOBRE LA MELANCOLIA Y SUS FORMAS

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA CONDICIÓN DEL OBJETO EN EL NARCISISMO

Quiero expresar mi agradecimiento a la Lic. Norma S. Vinocur con quien he trabajado las ideas sobre objeto en el narcisismo.

La patología narcisista tiene múltiples expresiones. Variados cuadros pueden sucederse o coexistir en el devenir de un sujeto: somatosis, perversión, adicciones, tendencia a las actuaciones. Éstas, como expresiones de tal patología, son las diferentes maneras en que el sujeto intenta restituir su integridad y restablecer el contacto con la realidad, después de una injuria narcisista. Constituyen diferentes instrumentaciones para el reencuentro con un objeto indispensable para recuperar la autoestima perdida. De éste modo, el objeto deviene un personaje con distintos rostros.

En este capítulo presentaré algunas reflexiones, nacidas de la observación clínica en el campo psicoanalítico, sobre el objeto en el narcisismo, con especial énfasis en la fusión sujeto-objeto, el objeto en la restitución y la cualidad adictiva del vínculo; vínculo nacido de la necesidad para sostener el ser del sujeto.

DE LOS ORIGENES, DE LA REGRESIÓN Y DE LA RESTITUCIÓN DE LOS VÍNCULOS.

El ser humano nace inmaduro e indefenso. Esto marca su origen como un estado de dependencia total, y la necesidad de ayuda por parte de un auxiliar, para resolver sus propias necesidades.

Sólo la presencia de otro asegura su sobrevivencia. Mas este encuentro lo envuelve en el mundo de los deseos. Surge así que la necesidad del otro, del auxiliar, del otro significativo en su función de cuidador primario, lo introduce en el universo de la sexualidad.

El otro es quien organizará, como soporte y modelo, los procesos psíquicos. Organizará las percepciones, el mapa pulsional y el Yo con relación a sus exterioridades: el soma y el mundo exterior.

Estas organizaciones encierran modelos vinculares, que establecen las modalidades de relación en las que la investidura y desinvestidura del objeto, la resolución de la tensión, de la agresión y del amor, y la elección de órganos ejecutores darán cuenta del abandono o recontacto con el otro.

El manejo de las gratificaciones o frustraciones constituye un ejemplo de la repetición de las situaciones originales. La implicación, la sujeción, el desafío y la discriminación son distintas modalidades de estar dentro o fuera de un vínculo y siempre tendrán un anclaje que remitirá al modelo del vínculo original.

Repetición o transformación serán a lo largo de la vida maneras de resolver la frustración, epifenómeno ineludible del desamparo y desconsuelo original. La solicitud del auxiliar escribirá un contrato que pronto se romperá. El objeto será así no sólo contingente, como dice Freud, sino que además no será (ni debería serlo) incondicional.

Las frustraciones, que implican el desencuentro con el objeto, remiten por vía de la regresión a la búsqueda de un reencuentro con el objeto de los orígenes, aquél que rescató al sujeto de la indefensión. Esta vía regresiva genera nuevamente un campo, donde lo predominante es la necesidad del otro como soporte de la vida; situación que confiere una cualidad adictiva al vínculo. El objeto es, una vez más, el único capaz de mitigar y tapar la ansiedad que crearía su ausencia. La ausencia del objeto correspondería al vaciamiento del sujeto, de allí lo perentorio de su permanencia.

En el historial de Schreber, Freud propone un modelo sobre el enfermar que, precisamente, incluye la regresión a un punto de fijación en la etapa narcisista. La desinvestidura de la realidad y sus objetos, debida a la frustración, marca un recorrido de la carga de la pulsión, recorrido que pasa por el Yo (megalomanía) antes de reinvestir al objeto. La restitución de la carga al objeto, y sus variadas modalidades, es lo que definirá las distintas patologías narcisistas.

En estas variadas modalidades de recontacto con el objeto en la realidad, como salida del encierro narcisista, se juegan nuevamente las características de las modalidades culturales de la familia del sujeto, al ponerse en marcha la repetición de los modelos primarios. Encontramos siempre la ilusión de la restitución de un estado ideal, en el que la frustración no existe y en el que se gratifican omnipotentemente todos los anhelos del sujeto.

La cualidad adictiva del vínculo es la marca de la necesidad de un objeto, que se instaúra a través de sus aportes, como regulador de la autoestima del sujeto y restaurador de su Yo.

En síntesis, mis hipótesis son:

a) Ante la frustración se produce una regresión que, en las estructuras narcisistas, es a un punto de fijación anterior a la adquisición de la palabra. Se reestablece así un vínculo de naturaleza adictiva, repetición de los vínculos de los momentos primordiales, momentos en los que predomina la acción por sobre el pensamiento.

b) Según las modalidades de comportamiento aportadas en los primeros momentos de la vida por la cultura familiar, se establecerán los distintos cuadros de la patología narcisista. Desde el vector de la restitución, según donde quede ubicado predominantemente el objeto de la restitución y siguiendo el modelo de Bleger y Pichón Riviere respecto de las áreas de expresión de la conducta, sería posible formular el siguiente cuadro:



Consideramos que la prevalencia de cada uno de estos cuadros constituye la manera de reestablecer un tipo de vínculo con el objeto que regula la economía libidinal narcisista.

C) El objeto en la patología narcisista tiene características constantes y comunes, aún en cuadros con diferentes formas de expresión. Lo variable es la instrumentación del reencuentro después de la desinvestidura provocada por la frustración que genera una injuria narcisista. Este reencuentro cumple no sólo con la finalidad de sacar al sujeto de la infatuación megalománfaca, sino que apunta a mantener la ilusión de un estado de completud en el cual las frustraciones y los duelos están ausentes.

EL OBJETO Y EL NARCISISMO.

En las estructuras narcisistas el sujeto no atraviesa el momento simbólico en el que puede diferenciarse del objeto. Se presenta una situación paradójica: si bien para el observador hay dos, hay sólo uno en el plano vivencial del sujeto. Sujetobjeto, fusión original donde el uno no puede ser sin el otro.

Explicamos la persistencia de esta situación en el sujeto como elección de objeto narcisista, donde éste representa a una parte del ser de aquél. Todo intento de separación que amenace este estado, en el que no se ha dado aún el clivaje de la fusión, es vivenciado como una herida por la cual drenará libidinalmente el sujeto: uno no puede ser sin el otro; ser uno significa riesgo de muerte.

El vacío acecha constantemente al sujeto. Si se produce, aparece la necesidad de encontrar algo que funcione como un tapón ante la efracción de su ser. Este algo es el objeto de la restitución.

Una vez hallado, el sujeto se adhiere confundándose con él, pierde sus límites. En cada intento de separación se correrá el riesgo de sucumbir. ("Arráncame la vida", como en la letra de la canción en la que un objeto de amor narcisista se aleja).

Comentaremos algunas de sus características. La función del objeto es evitarle al sujeto la vivencia de injuria narcisista. Su presencia mantiene la ilusión de una estructura con organización, mientras que su ausencia pone en evidencia la desorganización y falta de un proyecto personal con posibilidad de ser sostenido. En este sentido, podemos decir que su función básica es la de ser un objeto antiduelo sostenedor de la omnipotente ilusión de invulnerabilidad y completud narcisistas.

Este objeto, que tiene características de doble y protege al Yo de su desorganización, es una construcción defensiva. Aunque altere los mecanismos de autoconservación, aporta al sujeto la ilusión de resolver un duelo inelaborable: aquél que no es por el objeto de amor, sino por el sí mismo en su posición de ser vulnerable. No se trata de una problemática del deseo, sino de la del objeto de la necesidad y de la dependencia extrema en este tipo de situación.

El objeto narcisista se sostiene a expensas del vaciamiento del mundo y del sujeto, que sólo adquirirán atractivo a través del objeto-apéndice del Yo. Este último se transforma en un doble grandioso del Yo omnipotente de los orígenes, desplazándose sobre cosas concretas de la realidad. Podemos mencionar como tales objetos al acontecimiento somático en las enfermedades psicosomáticas, a las drogas en las adicciones y al fetiche en la perversión.

La vivencia de hastío e indiferencia que domina al mundo vivencial del narcisista sólo se aviva bajo el influjo de estos objetos concretos que intentan resolver la ilusión de perfección grandiosa. Aportan el goce de la satisfacción sensual, modalidad de expresión del Yo Ideal. Para poder mantener el reestablecimiento del Yo Ideal es necesario falsear la realidad a través del cuidado compulsivo del objeto narcisista de la restitución.

La regresión desde el Ideal del Yo al Yo Ideal implica un retorno a la magia, a nivel del pensamiento, ya que se le atribuye al objeto concreto -cosa- un don divino. El objeto de la restitución se opone siempre al símbolo. El símbolo tiene una función evocadora de algo ausente, su característica esencial es que enfrenta constantemente al sujeto a la angustia por sus carencias. Por el contrario, el objeto de la restitución narcisista, variable, según qué forma de restitución lo sustente, es siempre un elemento concreto que ocluye al sujeto en su cualidad de deseante.

Este objeto narcisista, aunque inanimado y destructivo para el sujeto, se sostiene doblemente. Por un lado, evita la sensación de indefensión y vacío, al ser obturador de la angustia; y por el otro, se apoya en una vivencia de rabia y odio frente al riesgo de perder la posición de Yo Ideal. La frustración que amenaza con la pérdida del lugar de Yo Ideal reinicia el circuito regresivo y enmarca al sujeto en lo demoníaco de la repetición.

Se escribe así una historia acerca del dominio del objeto sobre el sujeto, historia marcada por el modelo del predominio del deseo de la madre fálica respecto de su hijo, que ha adquirido el valor de falo. Dominio y dependencia son elementos imprescindibles para mantener a "su majestuoso bebé", núcleo del Yo Ideal.

El estado de Yo Ideal representa para el sujeto un camino regresivo que implica la desinversión del propio sujeto, del objeto de amor, y de los valores de la realidad. Consecuentemente las inversiones del propio cuerpo, las del objeto de la pulsión y las de las representaciones del Ideal del Yo son resignadas en aras del objeto de la restitución.

No importa cuáles sean sus variados matices en las diferentes patologías de la estructura narcisista, el objeto cumplirá con una meta en común: ocluir el deseo, las ausencias y carencias del sujeto instaurándose como un objeto antiduelo. Al no permitir el pasaje de una representación a otra, que involucraría el riesgo de la percepción de lo faltante, somete al sujeto a la dependencia de un elemento concreto. Este vínculo adictivo con el objeto de la restitución narcisista, genera una sensación ambivalente entre la necesidad idealizada y el odio, sensación que satura cualquier posibilidad de aparición del deseo.

Anteriormente explicamos que este proceso se sostiene por una regresión al pensamiento mágico que atempera el desconsuelo infantil. Se sustenta sobre creencias precarias que, junto con la megalomanía y la autosuficiencia inherentes al Yo agrandado por la retracción libidinal, falsean insistentemente la realidad, facilitando la reubicación del sujeto fusionado con el objeto en la posición de Yo Ideal.

En este punto, hasta lo inanimado puede ofrecerse como sustituto frente a la realidad de lo vivo, lo deseante y lo sufriente que bordea siempre la vivencia de ausencia y vacío. Vacío que sólo puede ser desmentido mientras se mantenga el vínculo adictivo con el objeto narcisista, mientras se repudien los sentimientos de frustración, abandono y odio que sobrevendrían si adviniera el reconocimiento del anhelo del otro, a partir de la reedición constante de la dependencia original.

Para concluir, diremos que:

Proponemos una conceptualización del objeto de la patología narcisista desde dos vertientes: La primera enfatiza el estado de indiscriminación Sujetobjeto, el objeto es tomado como una parte del sí mismo, como un apéndice narcisista que regulará la autoestima a través de la ilusión de completud.

La segunda vertiente, enfoca predominantemente la búsqueda del objeto en los fenómenos de la restitución.

Este objeto de la restitución tiene por finalidad recuperar el contacto con la realidad, actuar como ocluidor frente al drenaje libidinal que produce la herida narcisista.

Se funde con el sujeto (o el sujeto con él) y le impone su propio estatuto. Se pasa así del deseo de objeto a una necesidad adictiva del mismo.

El sujeto, absorto en el goce sensual que provoca el objeto y bajo la infatuación megalomaniaca, puede desconocer funciones básicas de autoconservación, poniendo en riesgo su vida. Las diferentes modalidades instrumentales de contacto con este objeto constituyen los distintos cuadros psicopatológicos de las estructuras narcisistas.

A esta altura del trabajo tendríamos que plantearnos nuevos interrogantes, ¿Qué entendemos por sobrecarga tensional? ¿Qué entendemos por trauma? ¿Qué sentido tiene la respuesta somática? ¿Cuál es su relación con la posibilidad de un procesamiento psicológico en el ámbito de lo mental? ¿Cuál es el registro que queda de un hecho, de un estímulo en este nivel psíquico? y ¿qué marco le damos a nuestras preguntas según su ubicación en cada etapa evolutiva?, sobre todo en las caracterizadas por la existencia y dependencia concreta del objeto real, ¿cuáles son los procesos según la organización de la estructura y del objeto interno, del objeto ideal y la búsqueda o rearmado de la propia identidad?

En función de estos interrogantes planteo algunos temas en los próximos capítulos dedicados a la temática del trauma, la niñez y la vejez.

TRAUMA Y CUERPO SUFRIENTE.

Dos conceptos: trauma y cuerpo. De cada uno de ellos se puede tener una conceptualización, implica un trabajo de estudio, revisión y reordenamiento de ideas que siempre se constituyen en un acto enriquecedor. Pero el interjuego de ambos genera un campo interaccional que complejiza y profundiza el pensamiento. Esta densidad aumenta además cuando el cuerpo se convierte en "cuerpo sufriente". La adjetivación: sufriente, nos impone nuevas reflexiones, por eso creo que merecerá ser considerada en forma independiente.

Dentro del edificio teórico psicoanalítico el concepto de trauma es una ecuación compleja con múltiples factores. En el presente apartado trataré de tomar algunos elementos de dicha ecuación. Parto de la idea que trauma es una relación entre una cantidad y una estructura. La cantidad impactará en la estructura y pondrá en marcha un proceso o desintegrará dicha estructura.

Creo que corresponde hacer algunas precisiones semánticas, ya que estamos en una franja limítrofe con el pensamiento médico. El pensamiento psicoanalítico acuñó algunos términos propios, v.g. Superyo, inconsciente, neurosis de defensa. Otros los tomó de ramas diversas del pensamiento científico, como ser la biología, las leyes o la medicina. Trauma está tomado de esta última ciencia. En ella, trauma significa "detrimento físico" que transferido a la vida psíquica significará "shock emocional" y así aparece en la literatura psicoanalítica desde la época fundacional.

Bajo el estado de shock se rompe el equilibrio funcional del organismo, lo mismo ocurre a nivel del psiquismo. La desorganización psíquica es un resultado de un aflujo abrumador de estímulos. El aparato psíquico claudica en sus funciones y esto afecta todo el devenir del sujeto. Las reacciones emocionales pueden ir desde el enojo a la furia, del atontamiento a la inactividad e inercia total. Las diversas salidas de este primer momento de sorpresa pueden ser: desde el intento de control, a la repetición como una forma de ligadura. En casos más extremos el repudio y la desmentida como formas de resolución mental o los cuadros de desmentalización y desorganización somática.

Creo que es conveniente hacer algunas precisiones sobre dos entidades distintas que a veces son tomadas como sinónimos. Aunque resulte reiterativo en este escrito, agrego algunas precisiones.

La primera de ellas es soma. El soma, es el soporte carneo de nuestra existencia, habitualmente es silencioso. También es una entidad del discurso médico. Sólo se expresa cuando tiene alteraciones. Ante sus diferentes alteraciones, las expresiones de lo biológico son previsible y universales. Quién mejor que la semiología médica para dar cuenta de ello.

Paso a hacer referencia a la segunda. Algo diferente ocurre con su doble representacional: el cuerpo. Éste, que es una construcción mental, interviene en el conflicto psíquico. Sus expresiones, fruto de transacciones inconscientes, tienen un carácter individual que muestra la marca de lo singular de cada sujeto.

Mientras las expresiones del soma, guardan la marcada universalidad del orden biológico; las del cuerpo al ser del orden de lo simbólico, tienen una expresión polifacética quedando teñidas por lo singular de cada individualidad.

Para aproximarme al tema, desde el psicoanálisis, comenzaré con tres citas freudianas relacionadas a un enfoque económico del interjuego existente entre lo psíquico y la representación de lo corporal. La primera de ellas es del texto: "Introducción del

Narcisismo". En él Freud dice que las sensaciones penosas provenientes del cuerpo están sustentadas en alteraciones de la carga libidinal de las representaciones que marcan la erogeneidad del órgano lesionado. "A cada una de estas alteraciones de la erogeneidad en el interior de los órganos podría serle paralela una alteración de la investidura libidinal dentro del Yo. En tales factores habríamos de buscar aquello que está en la base de la hipocondría y puede ejercer, sobre la distribución de la libido, idéntico efecto que la contracción de una enfermedad material de los órganos". Plantea que la tensión y las sensaciones penosas tienen por origen un éxtasis libidinal (libido yoica) "una cantidad del acontecer material es la que traspone en la cualidad psíquica del displacer", pone el énfasis que no se trata de la cantidad absoluta, sino que el displacer se relaciona con una función de la cantidad. En el órgano hipercargado afluyen nuevas cargas de excitación para ser ligadas. Esta función es la que traspasa la posibilidad de significación que la incluye en el devenir psíquico. "Nuestro aparato anímico... ha recibido el encargo de dominar excitaciones que en caso contrario provocarían sensaciones penosas o patógenas". Es interesante recalcar la alusión a la hipocondría, esta entidad está más cercana al delirio que a la enfermedad somática; es por ello que podemos poner el énfasis que nos manejamos a nivel del universo representacional.

La segunda referencia freudiana es de los enunciados que figuran a continuación y que están tomados del trabajo "Más Allá del Principio del Placer", precisamente en el Cap. 2°. En él Freud aporta la observación que "la aparición simultánea (al trauma) de un daño físico o la herida contrarresta en la mayoría de los casos la producción de una neurosis". Por otro lado en el cap. 4° del mismo artículo define al trauma como "las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo". Continúa diciendo: "Es probable que el displacer específico del dolor corporal se deba a que la protección antiestímulo fue perforada en un área circunscripta". Por ese lugar afluirían excitaciones continuas que deben ser procesadas por el aparato mental. El uso de grandes cantidades de conrainvestidura empobrece todos los otros sistemas psíquicos, de suerte que el resultado es una extensa parálisis de cualquier otra operación psíquica. Freud aclara que con esta conjetura apuntala sus modelos metapsicológicos. Plantea además que la sorpresa y el apronte angustioso son últimas fronteras para la vulnerabilidad en el primer caso o protección de la barrera antiestímulo cuando se trata de la expectativa angustiosa. La barrera antiestímulo es considerada dentro de la obra de Freud como una capacidad funcional, capaz de resolver las cantidades de estímulos

provenientes desde el exterior con la finalidad de no saturar las posibilidades de trabajo dentro del aparato psíquico. A la ruptura de esta última se la considera la situación traumática, siendo su resultado un estado de inundación y de incertidumbre para el sujeto, acompañado de una sensación de profundo dolor.

En ese mismo trabajo agrega que: “...Las posibilidades de contraer una neurosis traumática disminuyen cuando el trauma es acompañado por una herida física y esto se debe no sólo a la sexualización de la excitación y el dolor sino a la redistribución libidinal que ligaría el exceso de excitación que impone la sobreinvertidura del cuerpo dañado”.

La percepción que el aparato mental hace del cuerpo y el procesamiento del cambio que ocurre en las redes representacionales del esquema corporal con el consiguiente trabajo de duelo de la imagen del cuerpo transformado por el impacto del trauma. La injuria narcisista es cuando la imagen del cuerpo, por acción del trauma, se distancia del ideal corporal que el sujeto guarda de sí.

La postura de que la mitigación de lo traumático tiene una explicación económica por redistribución de las catexias libidinales, es diferente al planteo que hace en “El Problema Económico del Masoquismo” donde dice: “...es instructivo enterarse de que, una neurosis que se mostró refractaria a los empeños terapéuticos puede desaparecer si la persona... contrae una grave enfermedad. En tales casos una forma de padecer ha sido relevada por otra, y vemos que únicamente interesa poder retener cierto grado de padecimiento”. Aquí Freud apela al conflicto interestructural. Bajo el concepto de resolución del conflicto por la necesidad de castigo del Superyo. En este contexto cuentan los sentimientos de culpa, constituyendo el sufrimiento corporal el castigo ansiado por el Superyo; siendo el daño corporal y el sufrimiento que este implica al sujeto, la ofrenda sacrificial que el Superyo reclama.

Una vez tomada esta base freudiana pasaré a hacer algunos planteos personales, por mi parte he postulado en distintos trabajos que lo somático se constituye en el último recurso frente a la claudicación de los procesamientos psíquicos. Esta idea que ya aparece en los primeros escritos psicoanalíticos marca una neta diferenciación con los fenómenos conversivos, con la hipocondría y los delirios, ya que estos pueden ser tomados como el paradigma del trabajo mental patológico. Pondría la atención en las situaciones de claudicación del trabajo mental, en éstas la tensión utiliza vías somáticas para su drenaje, la tensión que no puede adquirir cualidad psíquica por su unión a representaciones, encuentra como vía exutoria el drenaje en el nivel biológico.

Es decir, ante la falta o claudicación de una organización que permita el procesamiento y transformación psíquica de los estímulos, ya sea por desborde o por carencia de estructuración del psiquismo, reaparece el nivel biológico como un intento de resolver la intrusión de lo real.

Podemos, por lo tanto, considerar que el escudo protector contra los estímulos es la capacidad de representar, ligar investiduras y atribuir sentidos a un hecho. La exclusión del hecho de las cadenas asociativas lo transforma en trauma. La capacidad de simbolizar posibilita un salto del hecho en sí a su reconstrucción en la fantasía. Inaugura el pasaje del nivel biológico al psicológico, del mundo físico al psíquico. Del mundo de las causas o noxas físicas al mundo de las significaciones, al devenir representacional y al uso de la palabra. Este camino es una constante espiral a lo largo de la vida del sujeto, alternándose las posibilidades de expresión o respuesta ante los estímulos, tanto a nivel de lo mental o en lo somático.

"Trauma" no implica necesariamente un hecho ocurrido. La falta de redes representacionales, que permitan la transformación de cantidad en cualidad es, en sí misma, una vía facilitadora a lo traumático. Marca la carencia de una estructura que realice el trabajo de transformación cuyo resultado será la historización: materia constitutiva de la realidad psíquica, de la realidad simbólica. En los casos en los que ha habido una claudicación o deficiencia del procesamiento psíquico, que se ha vivenciado un exceso o sobrecarga de requerimientos de resolución y transformación de excitación; queda constituida lo que denominamos "situación traumática", en estos casos es lícito pensar que una resultante pueda ser un acontecimiento somático, transformándose el conflicto psíquico en sufrimiento somático.

Resumiendo, *diremos que dentro de una concepción freudiana, el trauma es una situación sin sentido, disruptiva, que inunda al aparato psíquico con cantidades de excitación inmanejables y cuyo resultado es la desorganización psíquica. El drenaje de la tensión en lo somático, como una forma arcaica de reacción, es facilitada por el trauma.* Como dicen los Baranger y Mom, el trauma puro tiene en común con las neurosis actuales, el carecer de sentido. El psicoanálisis, al llenar las lagunas mnémicas se instaure contra ese trauma, dando explicación a lo sin sentido, a lo sin nombre, ubicándolo en una historia del sujeto. La psiconeurosis son traumas con historia. Las neurosis actuales y las descargas somáticas son traumas no historizados. Lo actual de las neurosis actuales no es del orden biológico, orden que constituye su forma de expresión,

sino del "acto": un muro infranqueable que impone al sujeto la necesidad de historización de algún sector de su existencia. Se trata de lo que queda innominado en las situaciones donde el psiquismo fue desbordado por la excitación.

El dolor que provoca la evocación de los fragmentos de la historia que representan el acontecimiento traumático, elude la representación de las percepciones pasadas. Quedan repudiadas las percepciones con relación a los vínculos conflictivos, y tanto el pasado como el futuro se vacían defensivamente quedando sumergido en la inmediatez del presente. Dentro del funcionamiento mental se establece una claudicación del trabajo psíquico, trabajo de representación y de evocación, y el sujeto queda inmerso en el universo perceptual. La sobrecarga que este funcionamiento impone intentará ser resuelta por lo evacuativo del acto.

El fracaso puede quedar instalado o ser una claudicación temporaria. Existen referentes empíricos para evaluar el funcionamiento del aparato psíquico: el soñar, el duelo, la expresión simbólica, como muestras de actividad; y el paso al acto como expresión de claudicación. Es en el caso del paso al acto donde podemos pesquisar el rebalsamiento y la claudicación del aparato psíquico frente al embate de la cantidad de excitación, manifestándose su carácter pulsional por el accionar repetitivo.

Cuando por la situación traumática el dolor se hace muy intenso, claudica el trabajo psíquico de ligadura con los complejos representacionales. Las cargas se derivan a los polos perceptual o motor y el funcionamiento se inclina al pasaje al acto como forma de derivación del aumento de excitación.

Situación traumática es aquella en la que queda atacada la investidura narcisista, el resultado es la vivencia de desvalimiento. La desesperanza que aparece en estos momentos está dada por la claudicación del aparato psíquico para realizar su trabajo de reinvestidura. Los sujetos se quejan de una vaga sensación de vacío, trastornos difusos e indecibles e inmersos en un universo pleno de carencias y con una difusa excitación. Las sensaciones de estallido son un fantasma que está al acecho dentro de un marco de sin sentido. Esta excitación, que se realimenta a sí misma, se hace objeto de su propia investidura, aumentando su carga propia. Estas sensaciones no dejan lugar a una emoción propiamente dicha. Emoción que sustente una escena con posibilidad de ser evocada; una fantasía que pueda ser retrabajada y constituirse en un núcleo historizable. En muchas oportunidades vemos aparecer el devaneo hipocondríaco como una forma de restituir el contacto con el mundo objetual. Estos pensamientos y excitaciones masivas, no

cubren nada definible y a pesar de sus apariencias de una sexualidad primitiva; a veces el sexo es menos la causa que un instrumento privilegiado de descarga puesto a servicio de la repetición

Para concluir tenemos que ocuparnos de lo que ha quedado pendiente de la propuesta inicial y es hacer algunos comentarios sobre el término "sufriente" y el interrogante acerca de: ¿quién sufre? ¿Sufre el cuerpo o el sujeto? ¿No es acaso el yo el procesador del dolor en sufrimiento? Sufriente es un participio activo, es decir que denota un estado en el cual una actividad se está cumpliendo. Estado activo y estable, en el cual el cuerpo quedó involucrado. En este caso el participio está usado como adjetivo, connotando una cualidad del cuerpo, a través de la cual queda definido.

Una pregunta que me hice repetidamente es si cuerpo sufriente es lo mismo que el concepto que he usado reiteradamente de sufrimiento corporal. Pienso que sufrimiento corporal, en este caso el sufrimiento es el sujeto del enunciado y lo corporal su adjetivación, lo corporal alude mas a una situación transitoria y circunstancial de un momento de un proceso. Tanto el "cuerpo sufriente" como "el sufrimiento corporal" requieren ser contextualizados e incluidos en un devenir temporal.

De por sí mismo el uso del termino cuerpo, implica que estamos considerando que hay una entidad biológica que está siendo pensada y representada. Si bien en la situación traumática pueden ocurrir procesos y alteraciones en el soma, éstos se cualifican como sufrientes y en otros casos como placenteros, a partir de un sujeto (Yo) que lo percibe, piensa y representa.

Reclamo la necesidad de diferenciar desde el psicoanálisis "soma" de "cuerpo" ya que este es el resultado de un trabajo psíquico. Trabajo realizado por un sujeto que queda desarticulado por el trauma. Solo con su reorganización pasaremos del dolor lacerante al sufrimiento. Pasaremos de la expresión somática al sufrimiento con representación corporal.

VIÑETA CLÍNICA: DE LA ANGUSTIA AUTOMÁTICA A LA HISTORIZACIÓN

Dentro del ámbito psíquico, los símbolos permiten la elaboración de la capacidad de la renuncia al objeto concreto gracias a los procesos de desplazamiento y sustitución por el objeto representacional, construcción mental. En términos generales, ante hechos traumáticos, podemos usar un esquema económico y evaluar los hechos en categorías de cantidad y cualidad. Para la primera categoría, tenemos el concepto de angustia

automática que nos remite al concepto de trauma puro; para la segunda, que es la cualidad, nos ubicamos en el plano psicológico, que es el del discurso, de la historia, de la inscripción en un orden significativo y temporal, dentro de un esquema de relaciones objetales. Si estas formas de ligadura o transformación psíquica, no se dan, aparecerán caminos regredientes en los que se producirán drenajes de la tensión a través de formas primitivas de descarga. Estas descargas nos introducen en el terreno del acto que se presentificará como acontecimientos somáticos, pasaje al acto o acting out.

El impacto de la carga puede hallar ausencia de estructura e imponer un trabajo que implique la creación de la misma. Aquí nace el símbolo psíquico. La metáfora será su expresión en el habla. La metáfora permite nombrar sustitutivamente al objeto real y aludir así a una gratificación compensatoria como es la creación del objeto psíquico. Este proceso implica un trabajo psíquico semejante al del duelo.

La capacidad de transformación simbólica corresponde desde una perspectiva psíquica a la entidad que Freud llamó escudo protector del aparato mental. La ausencia o claudicación de dicha función lleva al sujeto a una situación equivalente a la del trauma.

En el caso de poder realizar las inscripciones mentales se producirá el salto del mundo biológico al psicológico en tanto que la estructura iniciará una transformación de la cantidad en cualidad. En las situaciones donde lo anterior no se realiza aparecerá el trauma. Es decir, ante la falta o claudicación de una organización que permita el procesamiento y transformación psíquica de los estímulos, ya sea por desborde o por carencia de estructuración del psiquismo, reaparece el nivel biológico como un intento de resolver la intrusión de lo real.

Pensamos que la defensa más exitosa es la inclusión y ligadura del hecho en una cadena significativa del pensamiento. Desde el Libro de la Histeria de S. Freud en adelante, pensamos que la inclusión de un suceso en una cadena asociativa y la comprensión del mismo no afecta al sujeto: mientras que sí lo hace su exclusión. Podemos, por lo tanto, considerar que el escudo protector contra los estímulos es la capacidad de pensar y atribuir sentidos a un hecho. La exclusión del hecho de esa cadena asociativa lo transforma en trauma. La capacidad de simbolizar posibilita un salto del hecho en sí, su reconstrucción en la fantasía. Inaugura el pasaje del nivel biológico al psicológico, del mundo físico al psíquico. Del mundo de las causas o noxas físicas al mundo de las significaciones. Este camino es una constante espiral a lo largo de la vida

del sujeto, alternándose las posibilidades de expresión o respuesta a nivel mental o somático.

En el universo representacional cada símbolo funcionaría como un imán que atrae hacia sí cantidades de energía, que una vez transformada en cualidad daría lugar a la aparición de multisignificados que devendrían historias que otorgan sentido y explicación a los avatares del sujeto. Sólo en el caso de que emerja alguno de estos sentidos para el sujeto, se neutraliza la situación de trauma, de vacío.

Ilustraré las anteriores consideraciones con una breve viñeta:

La señora A. inicia un análisis sin tener conciencia de la incidencia en su vida de la muerte de un hijo, producida siete años antes. En un momento psicótico de su tratamiento viene a sesión con una intolerable sensación de angustia que no puede referir a ningún hecho pero que la sume en la desesperación. No tolera ese estado que la inunda y que le hace pensar en matarse para liberarse de ese apremio.

Como no puede poner en palabras, ni historizar o encontrar antecedentes a dicha situación, deambula por el consultorio en un ir y venir sin parar.

Le interpreto que una parte de sí le ha secuestrado las palabras.

Ocurre la magia de la interpretación. Se sienta y me contesta sin la excitación que inundaba hasta hacía pocos segundos a la sesión: "Lo que me angustia es que nunca hablé lo suficiente acerca del secuestro de mi hijo..."

Este episodio de la vida de la paciente, aunque muy doloroso, es más tranquilizante que la angustia sin nombre que la inunda.

¿Qué es lo traumático: el secuestro del hijo (que luego muriera) o la ausencia de una historia, de un texto que ligue la angustia y le permita trasponer y discriminar estados afectivos que la invaden y desorganizan?

El repudio de un duelo retorna como acción. El caminar sin sentido en los comienzos de la sesión logra transformarse en recordar, pensar, sentir y revisar un momento penoso de su vida.

El secuestro del hijo aparece en el tercer año de su tratamiento psicoanalítico bajo la forma de un brote psicótico. Re-emerge además el tema de la muerte del hijo que había estado escindido y repudiado hasta ese momento.

El recordar corta con el fenómeno de descarga somática, corta con un deambular sin sentido, puesta en acto que tiende a descargar en la acción lo que no puede ser contenido y ligado en el ámbito de lo mental.

En el psiquismo lo opuesto al trauma es el trabajo de duelo. El duelo implica transformación. Genera nuevas investiduras de objeto que complejizan el entramado de la estructura psíquica que consecuentemente funcionará como dique frente a nuevos impactos de estímulos de la realidad.

La desinversión y reinversión del objeto, la identificación posterior, dan por resultado una mayor dotación yoica y resistencia frente al trauma. Se construye de este modo un dique de contención para el drenaje de la tensión por vías somáticas, como lo describiera en el capítulo sobre patología del duelo y somatosis.

Resumiendo, diremos que dentro de una concepción freudiana, el trauma es una situación sin sentido, disruptiva, que inunda al aparato psíquico con cantidades de excitación inmanejables y cuyo resultado es la desorganización psíquica con formas arcaicas de intentos de resolución de las tensiones que abruman al sujeto.

TRAUMA, RESPUESTA SOMÁTICA E INFANCIA

La infancia es un momento clave ya que se recurre a los objetos parentales reales para resolver la tensión. La presencia de los padres aporta los modelos psíquicos para transformar cantidad en calidad. Se ponen a prueba estos modelos psíquicos de trabajo mental y además el sujeto se inscribe en la ubicación frente a su propia historia desde el lugar asignado por los padres. Es en el transcurso de la infancia que se produce el pasaje del objeto real, concreto en la realidad al objeto representacional. Es el momento de pasaje de lo biológico a una progresiva psiquización.

Considero la aparición del acontecimiento somático en este período; precisamente como una falla en el proceso de psiquización. Marca la carencia de una estructura que realice el trabajo de transformación, cuyo resultado será la historización: materia constitutiva de la realidad psíquica, de la realidad simbolizante.

Desde esta perspectiva, la respuesta somática, primariamente carecería de significado, tendría como función liberar temporariamente al psiquismo de la tensión. Secundariamente, podría incluirse en una cadena significativa y adquirir sentido dentro del devenir histórico del sujeto.

En los casos en que la resultante es el acontecimiento somático es lícito pensar que ha habido una claudicación o deficiencia del procesamiento psíquico, que se ha vivenciado un exceso o sobrecarga de requerimientos de resolución y transformación de excitación. Constituyéndose lo que denominamos "situación traumática" en la que el

drenaje de la tensión en lo somático, como una forma arcaica de reacción, es facilitada por el trauma. Los acontecimientos somáticos son traumas no historizados. El acontecimiento somático es un muro infranqueable que impone al sujeto la necesidad de historización de algún sector de su existencia. Se trata de lo que queda innominado en las situaciones donde el psiquismo fue desbordado por la excitación.

Pasaré a ilustrar esto con un relato de la clínica que permita visualizar las hipótesis que enunciara, a saber: embate traumático, desmentalización por rebalsamiento y acontecimientos somáticos como forma de expresión del conflicto no experimentado como psíquico. Las respuestas somáticas no tendrían significación primariamente. Esta sería adquirida a posteriori, como un intento de incorporar en el devenir mental el acontecimiento somático, anteriormente extraño al psiquismo.

Hacia varios días sabía que me llamarían los padres de Luís, de 9 años, internado en ese momento en un hospital a causa de hemorragias digestivas.

Los médicos que lo remitían a la consulta psicológica estaban alarmados por la gravedad del estado del niño.

Sin embargo, el primer contacto con los padres creó en mí una sensación de desconcierto al encontrarme con un relato totalmente inesperado, centrado tanto en el disgusto que les creaba las peleas del niño con su hermano mayor como en la necesidad de que éstas desapareciesen.

Ambos eran profesionales, aparentemente reflexivos, interesados en resolver los problemas que el niño le planteaba al medio familiar.

El objetivo básico era resolver las peleas que agitaban a la familia.

Estaban convencidos que la internación no había dejado huellas en el niño y no consideraban las hemorragias como un problema. Deseaban restablecer la calma en la familia, no considerar la enfermedad de Luís.

El padre del niño y el abuelo materno eran ulcerosos, como así también un tío. Este signo era tomado como un elemento constitutivo de la identidad masculina, tema que era incuestionable. Quien relata en forma distante y desafectivizada los avatares de la enfermedad de Luís es su madre.

Durante las entrevistas, ella, que era hija única a causa de las enfermedades de su propio padre, gastrectomizado y asmático, marcaba los momentos en los que su marido podía hablar.

Ambos padres enfatizaban en todo momento la intención de hacer las cosas bien, la intensa unión y armonía entre ellos y el poco espacio que les quedaba para los niños. Se mostraron como dos personas sobrecargadas, débiles y asustadas, delegando ciertas funciones en los abuelos maternos que vivían en la misma casa. Todo el sistema familiar giraba en torno a la función de hija única de la madre de Luís. Los hombres irrumpían en la escena a través de los fenómenos somáticos que debían ser resueltos médicamente con premura. En la familia existía un conocimiento médico que permitía resolver las urgencias con el menor grado de angustia.

Había temas incuestionables como la unión de masculinidad y úlcera o el sofocamiento de los afectos.

El sofocamiento afectivo se traslucía en sus palabras:

"Para Luís la internación fue como una fiesta, es la inocencia, la vivió con inconsciencia. Al tercer o cuarto día comenzó a reaccionar un poco. Contaba cuántas inyecciones le daban en cada brazo. Le dieron muchas inyecciones, le hicieron transfusiones. No entendía por qué le sacaban y le ponían sangre. Decía que los médicos no se decidían. Se portó muy bien, era un caballerito. Se dejaba hacer las cosas sin reaccionar".

Después de la internación Luís comenzó a quejarse de pinchazos en la cabeza y observó una conducta hostil hacia su maestra, se mostró renuente a ir a la escuela y constantemente peleaba con su hermano mayor.

Los padres coincidieron en que este hermano siempre había agredido a Pablo; sin embargo, no toleraron y se sintieron angustiados ante el cambio de dirección de la agresión en la familia.

La posibilidad del niño de hacer este desplazamiento se había constituido en una situación insoportable para los padres, ya que se rompía con un equilibrio familiar donde los acontecimientos somáticos eran comunes y enmascaraban la agresión del medio.

La posibilidad de expresar las emociones chocaba con la necesidad de sofocamiento de las mismas por parte de los padres.

¡En qué extraña alternativa queda ubicado el campo transferencial cuando el paciente o su familia se aferran al síntoma como un bastión que regula la economía libidinal requiriendo el tratamiento para disolver salidas más operativas!

La historia de la enfermedad de Luís se armó durante las entrevistas. Era un tema eludido por los padres del niño y tuvo varios puntos de abordaje: el momento de la

internación, un llamado que recibe el niño comunicándole la muerte de su abuelo paterno (situación traumática) y los antecedentes inmediatos de enfermedades infecciosas y accidentes.

Luís empezó a sufrir dolores abdominales pocos días después de haber recibido el llamado de unos familiares notificando la muerte del abuelo paterno. Se encontraba solo en su casa en ese momento porque estaba con anginas. Esperó a que llegasen los padres para comentarles el llamado.

En los últimos dos meses se había quejado con frecuencia de dolores abdominales. No se lo había escuchado. La madre, acostumbrada a estos cuadros por la enfermedad de su marido y su padre, que además era asmático, fue quien hizo el diagnóstico de hemorragia digestiva por el color de las deposiciones del niño. Fue internado de urgencia con una grave anemia. Durante los últimos meses había estado frecuentemente enfermo con anginas y gastroenteritis a repetición y sufrió además una caída donde perdió parcialmente sus dientes frontales superiores. El padre de la madre había padecido durante el último año de úlcera, una antigua dolencia, que reapareció después de un accidente automovilístico.

Observamos una familia donde la expresión somática y traumatofilia son formas habituales de expresión del conflicto y sustentan las líneas de identificación masculina, mientras que la madre figuraba como el único personaje femenino que, sin embargo, a su vez encerraba a la enfermedad del abuelo materno: "Fui hija única a causa de la enfermedad de mi papá" o "mis padres no querían que tuviese a Luís porque temían que el embarazo me dañara la salud".

Este relato da cuenta de un pacto narcisista donde el sujeto es y tiene un lugar en la historia a través de las enfermedades, y donde hay un registro del cuerpo como un saco sanguíneo en constante riesgo de vaciarse por efracción. Un saco sin estructura interior que manifiesta una deficiente organización mental.

Esta situación fue plasmada por Luís en el modelado en plastilina roja de un niño atendido por un personaje azul y blanco que representaba al médico durante la internación.

En el dibujo de un árbol el niño representó en el interior de la copa ramas que formaban como un retículo del cual colgaban frutos de un intenso color rojo. Esto puede interpretarse como la expresión de la fantasía de su tracto digestivo con múltiples efracciones hemorrágicas. En los dibujos se preocupó por la ubicación de caminos de

unión entre las casas y el suelo, caminos que representarían su tracto digestivo. En la temática de sus dibujos predominaron tres temas: la agresión, la alimentación, la búsqueda de emblemas patrios, realizados en un clima maníaco de canturreos y chistes.

Luís vivía en un medio donde predominaba un sistema en el que las tensiones terminaban en la explosión de un acontecimiento somático, junto con una imposibilidad de intercambio afectivo. Las vivencias emocionales eran eludidas ya que constituían la antesala a una sensación de angustia inundante.

Abordar estas sensaciones es correr riesgo de perder la integridad, mientras que lo somático siempre brinda la posibilidad de un manipuleo compulsivo para su resolución. Se deja así en paz a la estructura familiar a partir de sentir que "se ha hecho lo correcto". El accionar se jerarquiza sobre el pensamiento, siempre considerado como un peligro ya que obliga a enfrentar afectos que pueden poner al sujeto en contacto con su agresión, con sus duelos y su culpa.

Tanto en los dibujos y juegos como en "los pinchazos en la cabeza" podemos encontrar una intención metaforizante en la actitud del niño.

Esta es la materia desde la cual un tratamiento psicoanalítico inscribiría y daría sentido a distintas actividades que permitirían un registro e instrumentación psicológica de la tensión. Para que esto ocurriese hubiera hecho falta que toda la estructura familiar hubiese tolerado el embate del cuestionamiento que el análisis hace del acto para permitir su inscripción y sentido en lo mental.

LOS PROCESOS SOMÁTICOS EN LA VEJEZ

Habiendo realizado una serie de reflexiones sobre la aparición del acontecimiento somático en la infancia y habiendo planteado un eje evolutivo con la variante de las dependencias hacia el objeto real hago un salto al extremo opuesto de la existencia y paso a hacer un comentario sobre los procesos somáticos en la vejez.

Después del periodo de máxima vitalidad y energía el ser vivo evoluciona progresivamente hacia un debilitamiento real de sus potencialidades, facultades y funciones, todo esto condiciona diferentes niveles de retracción y regresión narcisista que facilita la aparición de acontecimientos en el polo somático del sujeto.

Las lesiones orgánicas que provocan o precipitan tal proceso que puede ser designado como involución. Se manifiesta como un conjunto de fenómenos regresivos, hasta el punto de producir los fenómenos fisiológicos e intelectuales que conocemos

como patología del envejecimiento. En estos estados son básicas las problemáticas de la ubicación del conflicto en las relaciones subjetivas con el cuerpo. Éste se caracteriza por un neto decrecimiento, pérdida energética por los procesos biológicos de las transformaciones regresivas de la vitalidad orgánica. Estos procesos que se inician desde el comienzo de la vida se acentúan a partir de la quinta década.

Aparecen en este momento en forma ineludible la necesidad de recurrir a distintos auxiliares para resolver el dolor y las carencias. El viejo como el niño no resuelve su indefensión sin la ayuda de un auxiliar. Este auxiliar puede ser tanto un semejante como objetos inanimados, como son los medicamentos. La regresión narcisista a la que lleva la injuria del decaimiento energético toma al cuerpo como objeto redoblando la preocupación por el mismo. Éste es objeto de la atención y de las miradas. Se constituye en un cuerpo de necesidades impostergables antes que en la sede del deseo. Más como el lugar del sufrimiento que del placer.

El dolor y el progresivo deterioro inician procesos de desapego libidinal con el cuerpo, del que terminan separándose hasta que un acontecimiento somático lo vuelve a imponer como fuente de una necesidad de cuidados impostergables. El cuerpo se fragmenta, se parcializa y desde sus afecciones se enfrenta al sujeto escindido. "Yo estoy bien lo que no me deja vivir bien son las rodillas que duelen". El cuidado de la parte enferma se ofrece como objeto sustitutivo del objeto libidinal, por una manipulación compulsiva tendiente a disminuir la tensión dolorosa. En este momento se vuelve a perder la integración de las representaciones corporales adquiriendo el acontecimiento somático el valor de un organizador parcial. Estos objetos parciales concentran la excitación somática.

Los estados psíquicos regresivos transitorios a etapas infantiles del desarrollo, a su vez aumentan los beneficios secundarios con los que se busca ser atendido, protegido y querido, como así también incrementar la comunicación con sus seres queridos.

Se revierte el interés por el mundo exterior, el interés por las actividades sublimatorias y se concentra en el tirano injuriante que es el propio soma. Desde esta perspectiva el cuerpo enfermo se convierte en un objeto restitutivo que regula la economía de la regresión narcisista.

Sólo es fácil envejecer mediante un constante trabajo de duelo. Duelo relacionado con la representación del propio cuerpo, duelo por el cuerpo que fue, el cuerpo perdido, duelo que anticipa lo ineludible, es decir la propia muerte. La ruptura y la pérdida están

sostenidas por la representación narcisista del soma catectizado libidinalmente en la temprana infancia. Imagen que cambia y sufre alteraciones en el devenir temporal.

El armado de una imagen corporal ideal puede atormentar al sujeto con las marcas que el pasaje del tiempo ejerce sobre su imagen.

Toda regresión narcisista implica la dualidad del goce incestuoso con la madre mítica del origen, a través de la recarga de los órganos, o el dolor de aceptar las angustias de castración que impone el duelo por la percepción del hiato existente entre el cuerpo del Yo-placer del narcisismo y la representación del cuerpo real.

Una condición necesaria y fundamental para la aparición de enfermedades somáticas en la vejez, al igual que en otras etapas de la vida, es la regresión a una fijación a un estadio narcisista donde el sujeto queda adherido a la imagen del cuerpo del narcisismo del Yo-placer en lugar de una relación más integrada con las transformaciones que el devenir vital ha obrado sobre el cuerpo y su imagen.

La elaboración del envejecimiento y la inclusión de la idea de la propia muerte son factores disponentes para el retraimiento narcisista. Esta vulnerabilidad se incrementa frente a la desinvertidura de los objetos de interés y amor de la realidad. En estas condiciones pueden iniciarse los caminos regresivos que culminen con la expresión somática del conflicto. Si los procesos de duelo permiten elaborar una salida creativa con carga libidinal de los objetos en el mundo, los procesos regresivos que toman al soma pueden ser contenidos y postergados.

PATOLOGIA DEL DUELO Y SOMATOSIS.

Para comenzar a pensar este tema haré algunas disgresiones acerca de la muerte. La muerte está siempre presente, actuante en el ser humano. En forma insidiosa, muda unas veces, ruidosa en otras, actúa a lo largo de toda su existencia. .

Dice J. B. Pontalis : que "todo psicoanálisis nos habla de la muerte insinuada en la vida.

En un primer momento, en los orígenes del sujeto psíquico, el soma con sus demandas corporales, con la imposición de sus necesidades en la situación de inmadurez somete a la sensación de desamparo. Esta vivencia presentifica a la muerte. Desde allí se parte a la búsqueda de un otro, auxiliar, para vencer el accionar de la misma, vivenciada como una inundante angustia. A estos estados de angustia catastrófica se retornará en los momentos de pérdida de objetos significativos.

Un segundo momento, momento de dirección progrediente, está caracterizado por la pérdida de lo instintual y ya en el reinado del "trieb", de la pulsión, la muerte se expresa de diferentes maneras en el plano de lo mental. Este segundo momento es el de las ansiedades de castración. En este momento podemos hablar de un sujeto relacionado con la idea de muerte con la posibilidad de realizar el trabajo de duelo frente a las pérdidas de objetos valorados en la realidad objetiva y los movimientos concomitantes en su mundo intrapsíquico.

A diferencia del momento anterior ya hay diferenciación entre externo-interno, no yo-yo y lo intrapsíquico a través de lo representacional es el material de trabajo del duelo. Puede por este trabajo desprenderse de sus objetos de gratificación libidinal e ir a la búsqueda de otros. Desde los objetos concretos hasta los ideales, necesitará matarlos en su interior para desprenderse de ellos y continuar su marcha por la vida.

Por último consideraremos un tercer momento, de dirección regrediente en el cual el sujeto falla en el trabajo metafórico de "matar lo muerto para no morir". Este es el trabajo que falla en los pacientes con actualización somática. Este tercer momento regresivo de retorno a lo somático, momento en el que la muerte es actuada desde la repetición de procesos primordiales, momento en el que lo emocional se expresa corporalmente. En este tercer período hay una disminución en los procesos mentales de simbolización y la actuación domina el campo. El soma del sujeto expresa un estado emocional transformándose en un "cuerpo extraño" rechazado desde el cuerpo libidinal (instancia psíquica). Nos encontramos ante una "doble muerte". Muerte mental dada por los procesos de desinvestidura, vacío psíquico y operatoriedad, además del riesgo de muerte real por aparición de un acontecimiento somático.

Entendemos por somatosis una serie de acontecimientos en los que aparece una lesión o alteración orgánica reconocible relacionada con un momento de crisis emocional en que los procesos mentales funcionan deficitariamente. Estas son situaciones que encontramos con frecuencia en el transcurso del psicoanálisis de un paciente. Por otro lado es muy abundante el material dentro de la literatura médica que marca con insistencia el aumento de patología somática grave en pacientes deprimidos o en situación de duelo.

En los textos psicoanalíticos se relaciona la aparición de las llamadas patologías psicosomáticas con situaciones de cambio, crisis, migraciones, es decir situaciones que

imponen al psiquismo la necesidad de resolver duelos por importantes pérdidas objetales. Esta relación también se da entre duelos no resueltos en la generación de los padres y las patologías somáticas de los hijos.

Para ser más precisos y teniendo en cuenta que el duelo, como el sueño, es un proceso normal del sujeto, la relación que nos interesa es entre las formas patológicas del duelo y la somatosis.

En nuestros consultorios, los acontecimientos somáticos se constituyen en un obstáculo resistencial. El paciente centra su atención en ellos y se desvía del sentido del proceso analítico. La sobrecarga de trabajo psíquico y el déficit de procesamiento mental dan como epifenómeno la aparición de dichos acontecimientos. Esto me ha llevado a la necesidad de indagar una serie de ideas y relaciones acerca del duelo y la somatosis que paso a describir.

Para aclarar estos conceptos formulo las siguientes preguntas: ¿Es la somatosis una forma de la expresión de un duelo patológico? En caso de una respuesta afirmativa: ¿Cuál es el camino de la configuración de esta falla en el proceso de expresión del conflicto psíquico que se expresará en otro campo, en el del soma en vez de ser un proceso mental?

El trabajo de matar lo muerto para no morir se despliega en el campo de lo mental, es intrapsíquico y se realiza sobre representaciones, objetos ideales y fantasmáticos. Según Freud es la repartición de la muerte global del objeto en una serie de pequeñas muertes. Desde el punto de vista del sujeto representa una serie de renunciaciones parciales, estas son desinvertidas de los distintos aspectos de la relación del yo con el objeto, de los recuerdos que mantenían viva esta relación. En este trabajo interviene en forma decisiva el examen de la realidad, y consiste en una sucesión de desinvertidas. Recordemos que la investidura mantiene viva a la representación.

Conuerdo con C. M. Aslan que ante la pérdida de objeto hay un primer momento de hipercatexis de la representación mental del objeto perdido. La consecuencia es un incremento de la vida psíquica. El sujeto en duelo se encuentra ocupado mentalmente con pensamientos, afectos y recuerdos de la vida con el objeto perdido. Esta hipercatexis produce una condición económica semejante a la de la situación traumática y genera procesos regresivos que tienden a la desorganización. El sujeto se reviste de los aspectos del muerto, se identifica con falencias, rasgos negativos, enfermedades y con la

muerte del objeto. Estas cualidades negativas se basan en la situación de abandono y hay un predominio de las identificaciones tanáticas.

Este es la situación de máximo peligro para el sujeto del duelo ya que puede quedarse afincado en ella, si no interviene un aporte erótico que permita la superación de esta etapa. La hipercatexia erótica es la que lleva a no compartir el destino del objeto.

La pérdida de lo sensual con el objeto se desplaza y repite compulsivamente en el “organ lust”, es decir el goce con el soma hipercatectizado por la retracción de la libido narcisista.

Así como el sueño falla en la pesadilla, el duelo puede fallar por condiciones económicas de incremento de cargas, carga hostil por fantasías de ataque al objeto perdido, objeto de características narcisistas, donde el sujeto se ve envuelto en acusaciones y recriminaciones. En la pesadilla conocemos el abrumador sentimiento de angustia, persecución y miedo. En el despertar de la pesadilla, la realidad tranquiliza frente al sin sentido del soñar fallido.

La dificultad de salida y resolución del duelo patológico nos enfrenta con un mundo en el que el sentido de realidad está siempre alterado para defender al sujeto del abrumador sentimiento de responsabilidad y vacío por el objeto perdido.

SOBRE LA MELANCOLIA Y SUS FORMAS

En términos generales reconocemos a la melancolía como un fracaso en el proceso del duelo acompañado de una severa retracción narcisista. Desde este cuadro puede haber derivaciones hacia formas paranoides e hipocondríacas en las que la angustia por el ataque y destrucción del objeto se expresa a predominio en el área de lo mental o corporal respectivamente pero como alteraciones en el proceso de pensamiento. La somatosis se presentificaría en ciertas formas de las patologías anteriormente descritas en las que encontramos un brusco desplazamiento en la ubicación del conflicto, por claudicación del procesamiento psíquico se manifiestan en el plano de lo somático.

Este desplazamiento es en doble sentido desde del pensamiento al acto, y desde lo intrasistémico a lo intersistémico; es decir del conflicto psíquico a una ubicación en la exterioridad somática. El conflicto ya no es vivenciado en el ámbito mental, es decir como una lucha del sujeto consigo mismo, del sujeto con su mundo representacional sino que es experimentado como una lucha del sujeto con una exterioridad no vivenciada como

propia, exterioridad que por añadidura lo somete. Se genera consecuentemente un vínculo compulsivo con lo somático basado en mecanismos de escisión.

Según el modelo que Freud plantea para la psicosis (Schreber), en el que se produce una retracción libidinal al yo y un paso posterior reconstitutivo, lo somático haría su aparición imponiéndose como un intento de restitución, de reencuentro imaginario con el objeto original. Sería un volver a empezar la historia del sujeto. Reencuentro con aquel objeto primordial que transformaría el soma y su percepción en cuerpo erógeno, que haría soportable la vivencia de desamparo, que permitiría tolerar la injuria narcisista de las primeras pérdidas, la ruptura de la omnipotencia alucinatoria e introduciría al niño en el campo psicológico donde el símbolo sustituye al objeto real.

El camino prospectivo es pasar de lo somático y su percepción a la organización de una instancia psíquica tal como lo podemos encontrar en "El yo y el ello". En esta obra Freud plantea que el yo ante todo es un yo corporal, la representación de una superficie corporal percipiente y desde allí se va organizando como instancia. Como resultante del intercambio del sujeto con sus fuentes de tensión (super yo, ello y realidad externa) se puede iniciar un camino regresivo donde la psiquis se vuelve a hacer soma. Este resultado fallido de los procesamientos mentales tiene un carácter defensivo donde lo somático preserva regresivamente la fragilidad de la estructura mental.

Pienso, como he encontrado que también lo hacen Andre Green y Joyce Mc Dougall, que existen los síndromes psicósomáticos en los cuales el precio a pagar por la liberación de las angustias destructivas, cuando ellas se dirigen al cuerpo, es el bloqueo del funcionamiento mental. Es en este caso en donde la desinvertidura es activa, al punto de determinar la parálisis del funcionamiento psíquico, como si cada funcionamiento psíquico arriesgara a despertar, por anticipación, la fase corporal del conflicto. Paradójicamente, el acontecimiento somático sirve de defensa contra la corporalidad, donde enfatizamos la idea que el cuerpo es una instancia psíquica, una organización representacional, que el acontecimiento somático no es sólo un bloqueo somático como se mantiene en las teorías de las neurosis actuales, neurosis no simbólicas.

Lo que sucede en los pacientes somáticos, para los cuales el cuerpo es una especie de tumba de carne, está en relación, por un lado, con el problema del dolor y del duelo y, por el otro, con la impotencia del yo y la posición megalomaniaca de liberación del

cuerpo, como lo observamos en la psicosis. La enfermedad somática logra reducir al silencio el sufrimiento psíquico, el dolor propiamente psíquico.

Para Freud en Duelo y Melancolía "el paso del dolor corporal al dolor psíquico corresponde a la transformación de la catexia narcisista en catexia de objeto". Resulta claro entonces el carácter doloroso de la prueba de realidad ante la pérdida objetal. Si el objeto fuese además de elección narcisista hay un vaciamiento del yo y aparición de lo somático con dolor físico. El dolor es nuestro acompañante para entender aquellos estados en los que se rompen las fronteras entre lo interno y lo exterior y se sustituye el área mental por el soma. Donde hay dolor lo presente es el objeto perdido. En la psicopatosis el yo queda defensivamente fuera de conflicto por la ubicación de lo perdido como elemento real en el soma.

En sus manuscritos Freud alude a la melancolía como una afección de apariencia somática porque los procesos cíclicos de la misma le evocan los ritmos biológicos. Encontramos aquí el concepto de repetición, donde el destino del objeto, que es siempre la desaparición, lleva a sensación de vacío en el yo y en el mundo, con la concomitante sensación de disminución de la autoestima y repudio de lo corporal. Estos estados tienen como base una alteración del juicio de realidad por sujeción a un objeto primario de amor que repudia las percepciones corporales vivenciadas como displacenteras.

Son situaciones repetitivas de momentos donde la madre no ha ayudado al sujeto a la inscripción psíquica de los procesos somáticos, ya que estos aumentaban la angustia de ella por no poder controlar las demandas del cuerpo ajeno, del cuerpo de su niño. Estas madres que enloquecen al no poder controlar y descifrar las demandas somáticas del hijo estimulan modelos de repudio sobre lo corporal; se constituyen en un núcleo de baja tolerancia ante la frustración del Yo del sujeto.

Volvamos a las ideas de Freud sobre el duelo. Con él hemos aprendido que el pasaje desde el proceso normal de duelo a duelo patológico se basa principalmente sobre tres factores: la regresión, la cualidad narcisista en la elección de objeto y la ambivalencia afectiva en el vínculo con el objeto perdido.

Por otro lado el pasaje a la melancolía se da por una regresión de la relación con un objeto de elección narcisista al narcisismo originario. El yo es el objeto del nuevo estado (megalomaniaco) donde el conflicto se da entre el yo crítico y el que está modificado por la identificación con el objeto perdido. En esta identificación se ha resignado el vínculo con el objeto, la carga ha sido retrotraída al yo. En la histeria los vínculos persisten

aunque sujetos a desplazamientos, lo mismo ocurre en el duelo ya que se cargan otros objetos. En la melancolía existe una eterna lucha con el objeto maltratado en el yo. En esta pelea queda preso el sujeto. Es una constante repetición sustentada en la ambivalencia. En esta problemática del duelo patológico Willy Baranger describe el enfrentamiento entre el objeto muerto-vivo y el idealizado, donde el yo empobrecido y frágil necesita de objetos fuertes e intensamente vivos para subsistir. Paradójicamente pienso que el acontecimiento somático con lo que conlleva de destrucción es una forma de objeto ideal que brinda un refugio al yo, por su capacidad de ofrecer contención a las fantasías sádicas y su puesta en acto. La angustia queda controlada por el salto al registro somático y la atracción de la libido narcisista por la lesión.

Habría un doble movimiento libidinal: el primero, regresivo a un estado de narcisismo primario con desconexión con todo lo que rodea y un segundo movimiento de reconexión a través del acontecimiento somático, expresión de los fenómenos de la restitución. Se generarían en este punto nuevos vínculos y cuidados. Este acontecimiento es el soporte de la búsqueda de un goce sensual encontrado en la excitación que genera la lesión. Es un encuentro sin ternura ni conflicto, una sensualidad vacía sin fantasmas. Estos acontecimientos somáticos repiten vínculos tempranos con dificultades en la circulación del afecto. El contacto no es amoroso sino compulsivo. Vacío de pensamientos, vacío de afectos, sensación ambigua de sobrecarga e inexistencia y pasaje al acto son observables que acompañan al establecimiento de la lesión somática. Esta actuaría a la manera de una zona erógena aislada, pero despertando una actividad excitatoria privada de sentido erótico.

El acontecimiento somático no sólo drena el exceso de excitación sino que actúa como un objeto obturante del vacío que en el ámbito de lo mental caracteriza los momentos de inicio de los cuadros melancólicos.

CAPÍTULO 7º: PROCESAMIENTO MENTAL Y ACTO

LAS HIPOCONDRÍAS MÁS ALLÁ DE LA REPRESENTACIÓN: EL ACTO.

LAS HIPOCONDRÍAS

Al abordar las patologías del duelo con relación a la aparición y percepción de alteraciones corporales he nombrado la aparición de vivencias hipocondríacas. Es el momento de introducir algunas ideas sobre esta forma patológica que involucra trastornos de la imagen del cuerpo. Es una de las patologías en las que el cuerpo se presenta en el discurso del paciente. Las hipocondrías son entidades patológicas más cercanas a los delirios que al acontecimiento somático. En el desarrollo de las ideas que figuran a continuación he tenido la colaboración de las Lic. Beatriz Agrest de Wainer e Isabel Eckell de Muscio.

Nuestro interés por revisar el tema de las hipocondrías nace del tratamiento de distinto tipo de pacientes. En los análisis las vivencias hipocondríacas surgen en forma recurrente. El enfrentamiento del sujeto a sus propios límites lo introduce en la insoportable situación doliente. De este dolor puede responsabilizarse a otro y cuando la proyección no es sostenible, lo vivenciado como ajeno se ubica en el estuche carneo, que desde su dimensión biológica le permite el acceso a otros discursos, que pueden ser más mensurables y controlables que el del dolor psíquico.

¿Qué entendemos por hipocondría?

Es un estado subjetivo en el que la persona está angustiada y teme por el destino de su cuerpo. Es la creencia de que síntomas reales o imaginarios son signos de una enfermedad seria a pesar de que la investigación médica no pueda confirmarlos. Dice Ch. Rycroft con relación al hipocondríaco: "adjetivo referido a la persona que imagina estar sufriendo de una enfermedad física, como a los delirios y fantasías de esas personas." De aquí "hipocondriasis", término usado en la literatura científica para designar a una psicosis, en la cual el principal síntoma es la creencia del paciente de que padece una enfermedad física incurable.

Hipocondría es un concepto polisémico que, de acuerdo al contexto donde se lo ubique, tiene diferente significación. Preferimos la utilización del nombre en plural: "las hipocondrías", pues consideramos que hablamos de diferentes entidades. Bajo el nombre de "las hipocondrías" se describen sensaciones y angustias, ideas obsesivas, vínculos objetales, se habla de la proyección del perseguidor en el cuerpo, de ataque al y retaliación del objeto. Son distintas conceptualizaciones de estados que no siempre remiten a causas idénticas, y que tienen distinta conexión con el sentido de realidad, aunque se sustenten en mecanismos de escisión, proyección y desmentida. Estos pacientes viven bajo un intenso sufrimiento, no tienen conciencia que procede de un conflicto psíquico y mediante los mecanismos de escisión y proyección aluden al sufrimiento como algo corporal.

S. Freud trae a la hipocondría como el temor o la fobia a estar enfermo del cuerpo. Sin embargo, describe desde muy temprano en su obra dos entidades con sentido diverso. Con este nombre se refiere a dos problemas: la angustia hipocondríaca es diferente de las ideas hipocondríacas.

Bajo esta denominación, Freud incluye tanto a la angustia hipocondríaca, la tercera neurosis actual, estado preliminar de cuadros psicóticos, donde lo predominante es la angustia automática, problemática de lo cuantitativo, como a ideas o delirios hipocondríacos. Estos últimos son productos defensivos, son el resultado transaccional - sintomático- del conflicto. El sujeto intenta tramitar por esos medios sus estados emocionales, aunque se encuentre con dificultades para resolverlo. En este extremo, las hipocondrías serían fantasmáticas con un mecanismo de producción cercano al de la fobia y al de las ideas obsesivas; es decir, la ligadura a la representación de un objeto para fijar la angustia inmundante. Éste es un retorno, por vía de la regresión, al vínculo con un objeto de naturaleza primaria, objeto soldado a las percepciones del arcaico yo corporal, que brinda soporte representacional para ligar el embate de la cantidad.

Es así como las hipocondrías se constituyen en un estado intermedio entre lo psíquico y lo somático donde se subjetiviza el dolor a través de un cuerpo sede de necesidades insatisfacibles, de imágenes inencontrables y de una inmortalidad imposible. Este cuerpo se ofrece como el soporte representacional de injurias y dolores de un sujeto en lucha constante por repudiar un sufrimiento que retorna como malestar, temores o dolor corporal.

Las hipocondrías se constituyen como un estado intermedio, no sólo en la entrada a la enfermedad mental, como lo describiera clásicamente S. Freud en relación a las psicosis, sino también como una fase de salida de aquellos cuadros donde predomina la concreción, operatoriedad y alexitimia. Estas hipocondrías, que llamaremos secundarias, son un intento de restitución de la relación mente-soma, de reintegración psicosomática y de recuperación de la vida emocional. Son estadios donde la significación y el sentido inconsciente vuelven a instalarse. Se produce la restitución de un vínculo objetal, un intento de ligadura con un objeto en el Yo a través de su proyección somática. Las hipocondrías son un puente entre lo psíquico y lo somático, expresión de la pulsión que también surge en este límite. Desde el punto de vista de la economía libidinal, no habría distinción entre la enfermedad somática y la hipocondría, ya que en ambas la alteración corresponde a un aumento de la libido sobre el órgano lesionado en la enfermedad somática, o hipercatectizado por la retracción libidinal en las hipocondrías. Son trastornos de la distribución libidinal con un aumento de erogeneidad en los órganos aludidos. Esta alteración en la distribución libidinal tiene el mismo efecto para el psiquismo que la lesión orgánica, y ambas pueden manifestarse en forma conjunta e intrincada.

La incapacidad para enfrentar el dolor mental, para encarar los duelos y la demanda de procesamiento psíquico, puede deslizarse hacia una resolución fallida por vía regresiva en la concreción de sensaciones corporales. Aparecen luego ideas hipocondríacas en las que el objeto de las mismas es el doble del Yo maltratado (Yo del desamparo inicial), que es proyectado en el propio cuerpo. Desde otra perspectiva las hipocondrías tienen una función aplacadora del Superyo. Podemos tomar el sufrimiento del hipocondríaco como una forma de mitigar el rigor de la instancia crítica del sujeto y su demanda de castigo a una organización que responde desde un yo débil.

Consideramos por lo tanto dos polos: el de la neurosis actual y el del conflicto psíquico, pudiendo en ambos expresarse las hipocondrías. Las hipocondrías que van desde ideas aisladas a delirios estructurados son estados que manifiestan un conflicto subyacente y permiten el acceso a un tratamiento significativo.

Las hipocondrías pueden aparecer en diferentes estructuras psicopatológicas y corresponden a una recarga narcisista de representaciones del propio soma. A diferencia de la conversión histérica, no aluden al cuerpo erógeno sino a un soma aún no integrado como totalidad deseante en sus registros mentales. Éste es el soma de los registros perceptuales descrito por Freud como núcleo original del Yo -yo-corporal- en el Yo y el

Ello. También se diferencia de las manifestaciones del psicósomático que poco o nada tiene que decir de sí o de su cuerpo repudiado, que es vivido concretamente en su vertiente biológica.

Si intentamos describir las hipocondrías desde el discurso del paciente, éstas refieren a una serie de estados en los que el decir queda monopolizado por una interrogación biologizante acerca de su sufrimiento. Los hipocondríacos exigentemente dicen en esos momentos acerca de su sufrimiento mental, menos aún de sus deseos o de sí mismos como sujetos con conflicto. Sin embargo, el hablar acerca de sus órganos los mantiene en el universo de la palabra y elude la descarga por la vía de la actuación. Diferenciamos la expresión concreta de la vivencia somática del paciente psicósomático de la interrogación biologizante del hipocondríaco, que marca un mayor distanciamiento entre lo mental y la expresión directa del soma.

En oposición al discurso concreto en referencias a lo corporal, mudo en expresiones afectivas, típico de las enfermedades somáticas, el decir acerca del padecimiento del cuerpo, del temor sobre su integridad y de su destino marca un campo ruidoso y florido en el que el hablante biologiza sus interrogaciones y se pregunta sobre el funcionamiento de su cuerpo. Justamente esta característica ruidosa con que se presentan las hipocondrías puede constituir las en la puerta de acceso a un tratamiento psíquico capaz de atribuirle significados al padecer.

Desde la perspectiva de las neurosis actuales, dice Ricardo Avenburg al referirse a la hipocondría: "El centro de la batalla tiene lugar, ante todo, en el cuerpo como lugar límite desde donde se constituye el Yo en tanto estructura erógena; es un cuerpo que, en el proceso de regresión, empieza a perder sentido; lo cualitativo como portador de sentido empieza a ser cuantitativo. Es decir, empieza a ser un cuerpo que recibe estímulos que han perdido su sentido psicológico, que ha perdido su vinculación con experiencias significativas, que ha perdido su vinculación con la historia significativa del sujeto: es un cuerpo que empieza a salir del ámbito del principio del placer para entrar en el del más allá del principio del placer".

Es decir, nos encontramos con un doble fenómeno: con una apreciación cuantitativa, característica de las neurosis actuales y con una modificación cualitativa dada por la regresión narcisista, con sus consecuencias en cuanto al funcionamiento mental y las características del vínculo objetal. Las hipocondrías se acompañan de perturbaciones en la organización mental y son percepciones de fenómenos cuantitativos y cualitativos que

el sujeto siente y piensa que provienen de su propio cuerpo. El hipocondríaco dice que algo le está pasando a nivel corporal, algo que no entiende. No sólo no se entiende a nivel consciente, sino que inconscientemente deja de tener sentido, por la desorganización de estructuras psíquicas con un incremento de la angustia automática. La contrapartida del exceso de carga que tienen las hipocondrías, como resultado de la retracción de la libido narcisista, es la aparición de estados de despersonalización o extrañamiento del cuerpo. Estos estados implican el no reconocimiento del propio cuerpo, que al estar narcisistamente hiperinvestido, se vuelve insoportable y por eso se favorecen fenómenos defensivos de desinvestidura y repudio. Aumenta así el padecimiento subjetivo por debilitamiento y destrucción del funcionamiento de las operaciones anímicas. La vuelta de la libido sobre el Yo (megalomanía) intenta recatectizar representaciones de un cuerpo que va perdiendo significado psíquico. Estamos en el terreno del más allá del principio del placer, más allá de lo psíquico, en el imperio de la cantidad por desorganización de la estructura que confiere cualidad.

* * *

Presentaremos dos pacientes. Uno se maneja predominantemente en el polo neurótico y el otro en el extremo narcisista. Mientras que en el primer paciente sus angustias hipocondríacas ceden fácilmente con la interpretación, en la segunda el cuadro persiste y tiene la cualidad de una creencia irreductible.

M es un señor de 35 años, muy exitoso, que luego de un fin de semana comienza su sesión angustiado por un cuadro donde se siente muy mareado. Su discurso se centra en la preocupación por su estado de salud y en las causas de su malestar. Ya en su adolescencia había transitado por estados de intensa angustia hipocondríaca centrada en el temor a padecer de leucemia y después de Sida. Coincidieron con momentos donde estaba enfrentado a la resolución de duelos, por la muerte de su madre en el primer caso y por la ruptura de una pareja en la segunda oportunidad.

Los antecedentes de los mareos que lo aquejan son los siguientes: estuvo con un amigo que le hace una excelente propuesta de trabajo. Esta propuesta implicaría “subir demasiado alto”. Frente a la interpretación del mareo como un síntoma conversivo de que “las alturas marean” el síntoma cede, no así la preocupación a estar enfermo que es el componente hipocondríaco que se presenta cada vez que se siente frente a una situación de culpa inconsciente que lo excede en su capacidad de procesamiento.

La otra paciente es la señora S que tenía aproximadamente 50 años en el momento que consultó. Estaba muy preocupada por el estado físico de su marido, decía que él no se cuidaba con la alimentación, que era obeso, trabajaba desmedidamente y no descansaba. Pensaba que él iba a sufrir un infarto y que se moriría. Ella estaba angustiada y muy temerosa por su salud.

En ese momento era el mes de diciembre. Ella ya había estado en tratamientos psicoanalíticos por largos períodos y sabía de la interrupción por las vacaciones. Sin embargo, estaba tan angustiada que requería una contención, iniciando el tratamiento de inmediato.

Durante los primeros meses del tratamiento un tema recurrente era que suponía que debía estar deprimida ya que había dejado de practicar un deporte por el que había vivido apasionada. La depresión era un estado inferido pero no sentido. Explicaba su situación como una consecuencia de la preocupación por su compañero y en ningún momento se cuestionaba a sí misma. En las estructuras narcisistas con escasa diferenciación sujeto-objeto, el cuerpo del otro no se diferencia del propio y puede transformarse en el motivo del sufrimiento hipocondríaco.

Ocurre un hecho fortuito que produce un viraje en el proceso. En esa época eran frecuentes los cortes de energía en la ciudad y un día a la hora de su sesión no había ascensores para llegar al consultorio. Dado que ella se describía como deportista no había inconveniente que subiera por escalera los 8 pisos.

Llegó en un estado lamentable, jadeando y bañada en un sudor frío, muy pálida y taquicárdica. Le advertí que llamaría al marido para que la viniese a buscarla y el analista convino un horario con su médico clínico para que la viese de inmediato. Se desató a partir de ese momento un proceso que culminó en una urgente intervención cardíaca por una obstrucción coronaria.

Lo interesante de ese momento de su enfermedad era el registro mudo de su proceso que se manifestaba proyectivamente como una preocupación hipocondríaca por el estado cardíaco del marido. Después de la operación sobrevino un momento de idealización y exaltación de la figura del analista por el diagnóstico e intervención rápida, para pasar luego a otro donde dominaba la persecución y enfrentamiento bajo la acusación de que fue enfermada por él.

Decía: "Yo siempre fui sana, ahora no me puedo mover, no puedo comer nada, todo tiene colesterol y eso a partir de que me hizo operar".

Sigue luego un período de una preocupación extrema por la alimentación que se convierte en rituales obsesivos para su preparación. Incluye a su marido e hijos en sus dietas. Adquiere complicados ritos y esquemas para la preparación de la comida que ocupa todo su día. Centraliza su existencia en la "alimentación sana." Según su concepción, en su familia todos son uno en el riesgo alimentario. Da órdenes y consejos, busca recomendaciones y tiraniza su entorno con su temor hipocondríaco. Se vuelve refractaria a la atribución de sentido a sus acciones y un año después interrumpe su análisis para pasar a una terapia vincular con la intención de ayudarlos a recuperarse.

* * *

La presentación de estos dos pacientes está dada para ilustrar ambos lados del puente hipocondríaco. Consideramos las dos orillas del puente desde dos registros: el primero alude al lado psíquico y al lado somático de expresión del conflicto, y el segundo al polo neurótico y al polo narcisista del mismo.

El paciente M. marcaría un lado del puente: la orilla neurótica, donde predominan síntomas corporales conversivos que ceden con la interpretación, acompañados, en ciertas ocasiones en las que habría una mayor exigencia de trabajo psíquico para resolver los duelos, por otros síntomas que muestran cómo en estos momentos el conflicto se aferra a sensaciones corporales que revisten una coloración hipocondríaca.

La paciente S. se encuentra en la otra orilla del puente hipocondríaco, del lado del narcisismo. Vemos en ella no sólo la falta de registro de sus sensaciones corporales, que son totalmente proyectadas en el cuerpo de su compañero, sino también la convicción delirante de que su enfermedad cardíaca es el resultado de la intervención del analista, y que la curación sólo sobrevendría a través de adecuados regímenes alimenticios.

A lo largo de este escrito he enfatizado el hecho de considerar al acontecimiento somático como un referente de estar en presencia de una falla en la posibilidad de resolver un estado tensional desde su ligadura a una cadena significativa. La representación, el símbolo y el objeto como parte del complejo mundo representacional, que forman parte de los diques que aporta el aparato mental, para realizar el trabajo psíquico. Como este trabajo mental es parte del tratamiento terapéutico expondré a forma de cierre las ideas que siguen a continuación.

MÁS ALLÁ DE LA REPRESENTACIÓN: EL ACTO

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre distintas maneras de procesamiento, por parte del aparato psíquico, del conflicto y la tensión que de éste último deviene. Cuando la energía, que se pone en juego en el conflicto, está ligada a una representación la denominamos libido; si no, estaremos hablando de tensión somática. La idea principal, es la de rescatar el concepto de trabajo psíquico en cuanto transformación que permite la preservación de la estructura funcionante. En forma general llamamos trabajo al proceso de compatibilizar una representación con el yo, además quisiera agregar la idea de trabajo como generación, organización e inscripción de nuevas representaciones.

La idea de trabajo o el fracaso del mismo aparecen independientemente de las distintas situaciones nosográficas. El fracaso puede quedar instalado o ser una claudicación temporaria. Existen referentes empíricos para evaluar el funcionamiento del aparato psíquico: el soñar, el duelo, la expresión simbólica, como muestras de actividad; y el paso al acto como expresión de claudicación. Es en el caso del paso al acto donde podemos pesquisar el rebalsamiento y la claudicación del aparato psíquico frente al embate de la cantidad de excitación. Esta excitación, vivenciada como tensión, manifiesta su carácter pulsional por el accionar repetitivo.

Planteo una función contenedora de la representación, en el sentido de construir diques capaces de limitar una avalancha, avalancha de las cargas de lo pulsional y de lo perceptual. Percepción tanto de lo que viene desde lo somático como de lo que irrumpe desde el mundo exterior. El fracaso de los sistemas de procesamiento de estas cargas, da por resultado la evacuación de la tensión en el pasaje al acto.

Utilizaré el concepto de representación como la forma más simple de lo que se complejizará bajo las nociones de fantasma y objeto. La representación involucra el accionar del aparato perceptual hacia el mundo exterior e interior, el registro de las vivencias y sensaciones del sujeto, el almacenaje como huellas mnémicas. Estos restos del funcionamiento del aparato perceptual se organizan en sistemas más complejos. La representación implica tanto al trabajo del aparato psíquico como al contenido de este accionar, es tanto la acción como el producto de ésta.

El representar, además incluye el proceso de evocación. Involucra tanto la aprehensión presente de un objeto o situación, cuanto la reproducción de lo pasado. El

representar es también la posibilidad de anticipación del futuro en base a la combinación de experiencias del pasado. Las huellas perceptuales condensadas en la representación generan sistemas de predictibilidad. La representación es el acto de combinar estas percepciones, sus inscripciones y los afectos que despiertan. El representar implica una transformación no sólo de lo percibido sino de los afectos que involucran. Los afectos al ser percibidos están soldados a representaciones del sí mismo del sujeto. Este trabajo de transformación cambia el contacto tanto con el mundo exterior como con la realidad psíquica.

Cuando este trabajo falla y no se producen los procesos de ligadura la tensión se evacua como pasaje al acto sin la intermediación del procesamiento de la psique, que consiste en la ligadura que asocia los afectos a las representaciones y estas entre sí.

NOTAS SOBRE LA ANGUSTIA

Con los cambios impuestos a partir de "Duelo y Melancolía" e "Introducción del Narcisismo" el énfasis no está en el mecanismo de la represión y las vicisitudes de la carga y su destino, sino en la organización de la estructura y sus instancias, anticipando el modelo estructural. Queda inaugurado un psicoanálisis cuyo protagonista es el objeto. Mientras en la primera tópica la angustia está referida a las vicisitudes de la frustración de la vida pulsional y es tomada como una transformación irreductible de la pulsión, en la segunda tópica inaugurada con los artículos antes mencionados, la angustia queda referida a los riesgos de la pérdida del objeto o lo que es peor, al riesgo de desorganización y barrimiento de la estructura psíquica, con un protagonista principal: el Yo. La angustia aparece como el estado emocional principal, ya que es el que genera el trabajo transformador del mundo emocional y de la estructura del psiquismo.

Con la aparición de la noción de objeto y de ideal del yo, el sujeto queda a instancias de la protección y cuidado de estos personajes que lo habitan frente a sus vivencias de desamparo. Dice Freud en su conferencia N°32: "La angustia y la vida pulsional": "...A cada edad del desarrollo le corresponde una determinada condición de angustia, y por tanto una situación de peligro, como la adecuada a ella. El peligro de desvalimiento psíquico conviene al estado de la temprana inmadurez del yo; el peligro de la pérdida de objeto (de amor), a la heteronimia de la primera infancia; el peligro de la castración, a la fase fálica; y, por último, la angustia ante el super yo, angustia que cobra una posición particular en la latencia". "Son muchos los seres humanos que no pueden

superar la angustia ante la pérdida de amor, nunca logran suficiente independencia del amor de los otros y en este punto continúan su conducta infantil.”

Los cambios que hace Freud a partir de la segunda tópica son: la angustia no es efecto sino causa de la defensa, y toda situación pulsional temida es en el fondo equiparada a un peligro exterior. Aparecen los conceptos de “Realangst” y angustia como señal de alarma para la protección del sujeto. Tanto una como la otra tienen como sentido la protección de la estructura apelando siempre a lo representacional.

Nos encontramos en el momento en que es necesario introducir otros conceptos. Éstos son: trauma y escudo protector frente a la cantidad, entidades que ponen respectivamente en riesgo o protegen el entramado mental.

Teniendo al Yo como sede y protagonista de la angustia y habiendo mudado el concepto de angustia neurótica en el de angustia realista, en angustia ante determinadas situaciones externas de peligro, S. Freud se interroga en la conferencia antes citada, retomando los planteos que ya aparecieran en “Inhibición, síntoma y angustia”: ¿Qué es lo peligroso, lo temido en tales situaciones de peligro? Su respuesta es categórica: el daño de la persona. Aquello que pueda poner al Yo en riesgo desde sus exterioridades, incluyendo no sólo la realidad externa sino también al ello y las pulsiones, cuando la satisfacción de las mismas pueda ser evaluada como riesgosa para el sujeto. Vuelvo a citar a Freud en la obra antes citada: “Hemos dicho que el yo es endeble frente al ello, es su fiel servidor, se empeña en llevar a cabo sus órdenes, en cumplir sus reclamos...”, pero no es una servidumbre indiscriminada, tiene de su parte la angustia señal y los procesos de pensamiento para evaluar a futuro los riesgos de su accionar. Con la evitación de la acción en función de la defensa eludirá una parte de su gratificación y hasta cederá en los casos extremos parte de su estructura, como ocurre sacrificialmente en la psicosis, pero a los fines del cuidado del resto de organización de la estructura.

Retomo a Freud, él dice: “Lo temido, el asunto de la angustia, es en cada caso la emergencia de un factor traumático que no pueda ser tramitado según la norma del principio del placer”. Este principio es el que pone en riesgo al sujeto con relación a los peligros de atentar contra su autoconservación. Nos hallamos en el terreno de las cantidades relativas, sólo una cuestión de cantidad y su significación confiere a una suma de excitación la cualidad de traumática. Su significación nos reintroduce en el campo de la representación, anteriormente aludido. Para que haya señal de angustia tiene que existir representación de peligro. Sólo las represiones tardías muestran este mecanismo, las

primeras y originarias nacen directamente del encuentro del yo con una exigencia libidinal hipertrófica proveniente de lo aún no representado, podríamos hablar de lo puramente pulsional o de lo somático, queda generada la angustia inundante como algo que se representará secundariamente bajo el modelo de las vivencias y estímulos perceptuales a partir de la experiencia del nacimiento. Recordemos que en este momento aún no hay yo como instancia dentro de la concepción freudiana. En este momento mítico de los orígenes del sujeto aún no hay un yo en el sentido de lo identificatorio, es un momento pre-representacional en el cual predominan las percepciones y no hay aún organizaciones representacionales capaces de ofrecerse como ligadura para la excitación. Son momentos donde la sobrecarga y el desagrado se resuelven en actos evacuativos. El pasaje del universo perceptual al representacional es un hito evolutivo temprano. Desde distintos esquemas conceptuales hay coincidencia en ubicar este momento alrededor del tercer trimestre de vida del humano. Coincidiría con las primeras apelaciones simbólicas del sujeto y con su posibilidad de evocar una experiencia pasada.

Cuando en este trabajo recurro al concepto de lo pre-representacional, aludo a la regresión a un momento previo, al del pasaje recién aludido, en el que predominaría lo perceptual, bajo la forma de huellas aún no organizadas como representación. Estas vivencias perceptuales de estímulos que inundan quedarán en el psicoanálisis como la idea de la angustia sin representación. Lo traumático es lo irrepresentable. La regresión a estadios pre-representacionales, donde el sujeto no encuentra una representación para investir, tomándose a sí mismo como objeto de investidura. Es el sujeto, el propio objeto de amor y se constituye en el paradigma del narcisismo.

El narcisismo es una forma de estructuración y un estado de funcionamiento. El yo como reservorio de la libido busca objetos para investir. Luego de una intensa frustración que lleva a que el sujeto resigne la relación objetal, la libido que antes cargaba al objeto sufre una serie de vicisitudes para volver a ser ligada. Freud describe la posibilidad de encuentro de un nuevo objeto en la realidad externa, la carga del mismo en la fantasía, que pensamos que es la etapa previa para el encuentro de un objeto en lo exterior al sujeto y cuando esto no sucede aparecería la transformación de la libido objetal en narcisista. Si el nivel representacional está destituido se investirá el propio yo volviendo al posicionamiento narcisista, regresión patológica que tendrá como consecuencia la sobrevaloración del yo expresada en la megalomanía. Este cuadro cederá a través de los fenómenos de la restitución, restitución de catexias objetales proceso del que nos

ocupáramos en otro trabajo sobre "El objeto en el narcisismo". (J. Fischbein y S. Vinocur de Fischbein. 1998). Ahora quisiera ocuparme del estadio intermedio de las vicisitudes libidinales, aquél en el que aparece la fantasía como filtro para evitar la transformación que implica el pasaje de la libido objetal a narcisista, cumpliendo el nivel representacional una función protectora de la estructura al evitar dicha mudanza. Dice Pierre Marty, en el artículo escrito junto a M. Fain en 1964 "Perspectivas psicossomática sobre la función de las fantasías": "la elaboración de fantasías, no importa si consciente o inconsciente, normal o patológica, aleja las tendencias destructivas del soma". " La capacidad de creación, de producción de fantasías conscientes o inconscientes, capacidad que traduce la soltura de la libido para moverse e investir tanto el pasado como el futuro, la realidad como la fantasía, se nos presenta como la garantía de una organización psicossomática equilibrada". Por lo tanto el nivel representacional fantasmático-objetal es un regulador de la economía psicossomática y un elemento integrador del sujeto al evitar las regresiones y escisiones a través de catexias que complejizan y armonizan la trama psíquica en virtud de la cual cada individuo puede ser.

La falta de representación puede llevar a la angustia automática inundante, expresión de la cantidad no representable. El riesgo de pérdida de la representación marca la indefensión por ausencia de qué investir y es lo que caracteriza la vivencia de desamparo. La falta de representación provoca un vacío que precipita las percepciones persecutorias de aniquilamiento del ser.

Así la angustia en el narcisismo tiene un doble origen: es consecuencia del trauma, como aquello que deja sin representación y es señal de alarma de amenaza de la repetición de dicho estado, vuelta a lo irrepresentable y riesgo para la estructura. Para el psiquismo lo opuesto al trauma es el trabajo de duelo. El trabajo de duelo implica transformación. Genera nuevas investiduras y representaciones de objeto que a nivel mental complejizan la estructura psíquica. Lo representacional consecuentemente funcionará como dique frente a nuevos impactos traumáticos de lo real tanto desde la vertiente somática, es decir lo pulsional, como desde el mundo externo.

LA ENFERMEDAD: UN FUNCIONAMIENTO EN REGRESIÓN

En el modelo dinámico freudiano la enfermedad es un proceso con un devenir temporal. Es un acontecer, una sucesión de hechos significativos en el tiempo, sucesos importantes para el sujeto o su entorno. Dentro de esa sucesividad, encontramos distintas

modalidades de procesamiento del conflicto con las representaciones patógenas, aquellas ligadas al acontecimiento traumatizante. Las vicisitudes de la carga afectiva dan cuenta de las diferentes expresiones de funcionamientos de lo mental, que pueden ser más progresivos o regresivos. En los procesos de regresión y progresión, los procesos secundarios, caracterizados por las ligaduras de cargas y por el control de la motilidad, permiten instaurar distintos criterios de realidad, predominando la representación simbólica del conflicto. Por otro lado, desde la modalidad de lo arcaico, se impone un funcionamiento tendiente a la descarga donde la tensión se presentifica en el paso al acto. La tendencia a la descarga y al acto, son los elementos básicos que observamos en los estados en los que el sujeto repudia el dolor de reconocer sus límites y carencias. Son estados de repudio de las representaciones que dan figurabilidad al dolor psíquico. La característica que se hace dominante es el detrimento de los procesos de pensamiento, de representación y de ligadura de la carga desbordante. Son estados en los que la historización se vuelve deficiente.

Es importante tener en cuenta la posibilidad de transmisión de los estados afectivos a través de la palabra. El análisis tiene como antecedente al concepto de abreacción, con el que se incluye a la palabra como protagonista en las psiconeurosis, palabra que no sólo evoca, rememora y trasmite un estado emocional, sino que además evita la tendencia a la descarga tensional directa. La técnica de la "libre asociación", deja de lado a la abreacción, pero igualmente instrumenta la palabra para acceder a la evocación. Allí donde faltan las palabras aparecen las patologías del acto, es en ellas que el sujeto es actuado por aquello que le pasa pero no llega a controlar. Sólo en el acto puede mantener un resto de sí, sin correr el riesgo de dejar de ser. La representación sería un dique que sostiene un nivel de tensión -pulsional- evita la tendencia a cero, expresión de la pulsión de muerte. En las desorganizaciones que se manifiestan con la aparición de enfermedades somáticas, podemos hablar de una regresión a un estadio prerrepresentacional. En estos cuadros la tensión drena por vías biológicas, al no interponérsele los diques representacionales que impedirían la descarga directa.

Una profunda diferencia marca el discurso del paciente psiconeurótico de aquél que predomina en los pacientes aquejados de patologías actuales. Actuales en el sentido de la presentificación en actos. Actos que transcurren en un continuo presente. El hecho angustiante es actuado para eludir la angustia, es puesto en acto por la necesidad de eludir la toma de conciencia de lo que le pasa al sujeto. ¿Qué es lo que le pasa? Lo que le

pasa es eso a lo que no llega. Es no llegar a representar el pasado con un involucramiento de sí mismo en el dolor de su existir. Es no llegar a representar el presente otorgándole un sentido a lo que le acontece, como así también es no tener una representación de su objetivo y proyecto personal, que le otorgue una trascendencia a su futuro. En el acto está lo que no puede decirse, retraducirse en los múltiples disfraces de lo representable. En el acto está la impotencia, impotencia de decirlo o de planificar una acción en consonancia con el deseo. Y si bien existe la ilusión de desprenderse de lo indeseado, el resultado es que se desprende de sí mismo, fijándose el sujeto a lo repudiado a través de la repetición y quedando proyectado en la extranjería de la pasividad. El discurso del paciente se centra en el decir: "son cosas que (me) pasan". Queda fijado a un fragmento de inconsciente que se torna inmediato y presente. La angustia ya no puede ser evitada, sino que se sumerge cada vez más en ella en el intento de eludirla a través del pasaje al acto.

Freud define a las neurosis actuales como aquéllas donde el conflicto es presente y no remite a la conflictiva infantil reprimida, siendo sus síntomas una expresión directa e inadecuada de la descarga tensional de la vida pulsional. Por lo tanto en su etiología son básicamente somáticas y no psíquicas. La expresión sintomal es el resto de excitación no procesada por la ligadura a una representación.

El dolor que provoca la evocación de los fragmentos de la historia que representan el acontecimiento traumático, elude la representación de las percepciones pasadas. Quedan repudiadas las percepciones en relación a los vínculos conflictivos, y tanto el pasado como el futuro se vacían defensivamente quedando sumergido en la inmediatez del presente. Dentro del funcionamiento mental se establece una claudicación del trabajo psíquico, trabajo de representación y de evocación, y el sujeto queda inmerso en el universo perceptual. La sobrecarga que este funcionamiento impone intentará ser resuelta por lo evacuativo del acto.

Dentro de la teoría psicoanalítica las conceptualizaciones sobre el actuar son diversas. Estas aluden a distintas facetas de la relación del acto con el accionar de la estructura. En "Recuerdo, repetición y elaboración" se describe al tratamiento psicoanalítico centrado en la acción de evocar. Esta evocación no solo se puede dar en el plano de lo pensado y dicho, sino que puede ser actuado frente a los ojos del analista. Esta forma de evocar es una forma de acto, que por desarrollarse en el marco de la transferencia y en presencia de un otro hiperinvestido pronto avendrá representación,

gracias a la interpretación de lo que aparece como repetición de lo anteriormente dicho. El "acting-out" es una forma de evocar en acto teniendo como sostén la transferencia y como el síntoma neurótico es interpretable por su contenido simbólico, el acting-out siempre tiene un texto a develar. Distinta es la situación del "pasaje al acto" expresión de lo pulsional arcaico, del momento prerrepresentacional de la vida del sujeto, que lleva el sello de lo pulsional en la repetición compulsiva. Correspondería a uno de los obstáculos mayores para el psicoanálisis: la resistencia del ello, es decir la resistencia por la atracción de los procesos pulsionales de los prototipos inconscientes no reprimidos.

Mientras que en el acting-out se puede hacer una interpretación de contenido, en el pasaje al acto sólo se puede señalar su cualidad repetitiva. Repetición como imitación de un pasado en el cual el sujeto está siendo lo que ha sido, está reiterando "una tradición de sí mismo". Reiteración insistente de hechos instintuales no avenidos historia. Es un revivir lo ya vivido para que pueda avenir en representación. Un ayer excluido del sujeto que intenta integrarse y ser recuperado como acontecimiento representable por la intervención de otro.

Una primera aproximación clínica al tema es la de un joven arquitecto que consultó por severas dificultades para trabajar debido a conflictos que se le creaban con sus clientes en el devenir de sus obras. Habitualmente las dejaba inconclusas y otro tenía que continuar lo iniciado por él. La angustia que lo embargaba lo excedía.

Fue criado exclusivamente por la madre después de la muerte prematura de su padre. Antes del año de vida del paciente el padre fallece y la madre lo mantiene aislado. Su padre era el dueño de una finca, era inmigrante, sin familia y entrado en años. La madre la mujer de servicio que se ocupaba de él. Después de la muerte de la primera mujer del padre, su madre comienza a convivir con él. La concepción del niño tiene por finalidad que haya un heredero para la propiedad de la finca. Relatará más tarde que él y su madre nunca se sintieron dueños. "Eran los intrusos que cuidaban las pertenencias de la finada como fetiches".

En el momento que consulta su estado habitual era el de una intensa angustia paranoide que teñía todas las áreas de su vida. Estaba sujeto a un actuar que se repetía a diario. Al retornar a su casa luego de su jornada de trabajo caía en un estado de intensa angustia.

Lo angustiaba la idea que un ladrón había conseguido las llaves de su departamento y entraría en él. Para defenderse de esta invasión y al sentirse

acorrado no le quedaría otra salida que tirarse por la ventana. Esta solución lo asustaba. Cualquier ruido que llegase desde los pasillos del edificio era la confirmación de la llegada del ladrón. Entraba en pánico, y desbordado por la angustia, abandonaba el departamento a la búsqueda de un partenaire homosexual. Retornaba con su acompañante casual y mantenía relaciones en las que predominaba el componente masoquista. Necesitaba sentirse humillado, no sólo por las condiciones sociales de sus acompañantes sino que los inducía a que lo insultasen. Después que se iban, sentía una profunda tranquilidad, se podía ocupar de las tareas domésticas, de su cuidado personal y se podía ir a dormir.

Este ritual repetitivo lo protegía del impulso irrefrenable de arrojarse al vacío. El acto perverso era una defensa frente a un estado de excitación del cual sólo se podría librar a través del suicidio. Las opciones estaban entre dos actos: el despliegue del escenario perverso o el suicidio. Recién en el análisis, con la posibilidad de rearmado de su historia y la evocación de las tempranas experiencias traumáticas vinculadas a la muerte de su padre y el engolfamiento en su madre, quien anulaba cualquier intento de autonomía, estas impulsiones cedieron. Por otro lado la idea del ladrón era una transformación delirante de su origen. Él como un intruso que usurpaba un espacio que no le estaba asignado. En la actualidad, en sus trabajos se sentía poco idóneo para realizarlos y con la convicción de que aparecería otro arquitecto que tendría un mejor desempeño. Esta expectativa terminaba autocumpléndose.

Mientras los pacientes psiconeuróticos despliegan una fantasmática que otorga significado a sus sufrimientos, los segundos -los de las neurosis actuales- buscan una causalidad lineal en un universo plagado de referencias a una realidad indiscutible. Mientras que el psiconeurótico despliega un escenario rico en representaciones, un escenario pleno de desplazamientos y sustituciones; en el paciente con tendencia al acto lo que predomina es el quantum tóxico de lo perceptual. Es un universo colmado de restos perceptuales, una verdadera polución perceptual que satura el funcionamiento mental. El psiquismo necesita desembarazarse de un monto de excitación que no puede ligar a representaciones. El acto tiene una función evacuativa del excedente de cantidad que pone en constante riesgo al funcionamiento mental. Cuando logran una reconexión con lo representacional, estas representaciones toman un tinte persecutorio que fomenta la utilización de mecanismos que devienen en una nueva instancia de empobrecimiento

del yo. La escisión y la proyección son parte de las formas primarias de defensa que protegen a costa de la restricción de la estructura. El paciente con tendencia al acto expone hechos, consigna datos, describe percepciones con sensaciones muy indiscriminadas, en las que predomina un malestar indefinido. Es un sujeto en quien el acto adquiere el lugar del pensamiento. ¿Pensaríamos en la posibilidad de hablar de un pensamiento en acto? En todo caso, lo que registramos es la ausencia de reflexiones sobre su relato que lleve a conceptualizaciones que integren ese cúmulo de datos en un escenario trascendente en el devenir de su vida y que permita explorar el mundo de su realidad interior de la que insistentemente escapan. Brinda datos sueltos, aislados, que aunque puedan configurar una fantasía, no terminan de integrarse como tal.

Al hablar acerca de la organización de las fantasías, S. Freud enfatiza los aportes de lo perceptual: lo visto, lo oído y la percepción de lo corporal. Lo somático es percibido y queda inscripto en su representante psíquico: la pulsión. Estas fuentes de huellas mnémicas se irán organizando bajo la matriz de las protofantasías, éstas prescinden de la percepción y que al decir de Freud corresponderían al instinto animal. Cada una de las fuentes perceptuales brinda su apoyo en el armado de las representaciones, pudiendo predominar el aporte de una sobre las otras, según las características personales o del contexto cultural. Cuando por factores traumáticos la estructura de las fantasías sufre una desorganización, el sujeto queda inmerso regresivamente en un universo perceptual que lo abruma. Los estímulos provenientes de las fuentes externas e internas demandan una exigencia de trabajo psíquico a un yo debilitado por el trauma. Frente a esta polución perceptual el yo se defiende con los mecanismos más primarios, aquellos que actúan sobre los órganos perceptuales: el repudio, la desestimación y la desmentida. Estos mecanismos son apelaciones extremas, cuando no hay posibilidades de recurrir al mundo representacional como escudo protector frente al embate de lo cuantitativo.

Existirían diversas construcciones fantasmáticas, que denotan diferencias en el grado de organización y complejización de lo mental. Para Freud la fantasía es una organización tardía, que termina de plasmarse en la fase fálica bajo la matriz del Complejo de Edipo. Recién en este período el sujeto tiene todos los elementos para poder expresar y hacer consciente su fantasmática, bajo la égida de la representación palabra. Dentro de la teoría kleiniana, la fantasía como "corolario mental del instinto", es una representación que se organiza desde el nacimiento. Estas formas tempranas de representación de percepciones parciales serían las que inundan al sujeto en los

momentos de regresión por desorganización traumática. Éste queda inundado en un universo perceptual prerrepresentacional librándose de esta sobrecarga a través de actos evacuativos.

En su artículo sobre "El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud", W. y M. Baranger y Mom dicen: "Muchas veces esta pobreza no hace sino revelar la falla en el proceso de historización, es decir, de construcción de los acontecimientos traumáticos. En este caso, nos encontramos frente a pacientes más cercanos al trauma puro, sin historia, y nos espera un trabajo más arduo y azaroso de restitución de la temporalidad."

Para estos autores "las neurosis actuales son traumas no historizados, ni fácilmente historizables, en sujetos que disponen de una historia individual bastante consistente. Lo actual de las neurosis es el muro impenetrable que se opone en el sujeto a la historización de algunos sectores de su historia". Sería lo que queda de presente e inasimilable del trauma puro. Correspondería a los restos de excitaciones y estímulos del estadio prerrepresentacional que no quedan organizados por representaciones que puedan darles figurabilidad para ser integrados en una historia trascendente.

Dentro del esquema del tratamiento psicoanalítico de las psiconeurosis se trabaja con la evocación, ya que el síntoma representa una escena reprimida. En las patologías actuales, entre las que consideramos especialmente a las enfermedades somáticas, actos impulsivos y perversos en los que predomina la inmediatez de la descarga, estados tóxicos y alucinatorios, situaciones de violencia desde y hacia el sujeto; en estos cuadros el cuerpo presentifica una situación de claudicación de la posibilidad de trabajo psíquico de ligadura y que por su cualidad de descarga evacuativa no deja inscripción ni crea las condiciones para organizar una representación.

¿Por qué no se tolera la representación? Por el dolor que implica la organización de la representación en el psiquismo. La representación es lo que no está. Es lo que se ha perdido y retorna gracias al trabajo de duelo, habiendo atravesado la experiencia dolorosa de la pérdida de la cosa en sí para sustituirla por su sustituto simbólico: la representación. En estos casos será un trabajo del psicoanálisis el generar condiciones para la organización de la representación en la transferencia.

Decíamos que el cuerpo aparece en el escenario psicoanalítico como protagonista, algunas veces en el evocar con la palabra y otras sustituyendo el hablar. Sin embargo su protagonismo no siempre tiene idéntico significado. Sabemos que puede por conversión ser un cuerpo- representación y otras veces presentificar lo que no puede ser pensado.

Tres ejemplos ilustraran lo antedicho. Comenzaré con un ejemplo de lo corpóreo representacional, del cuerpo simbólico de la conversión pasando luego a otras modalidades más regresivas donde el cuerpo biológico obtura lo que no puede ser representado por la palabra.

La primera es una paciente que después de un viaje de toda una noche, desde su ciudad hasta el lugar donde transcurren sus sesiones, comienza hablando de los dolores de espalda que la aquejan. Una primera explicación está referida a la mala posición de su cuerpo al dormir sentada durante tantas horas. Pasa a hablar del alivio que son para ella estos viajes a la Capital donde aprovecha para pasear, encontrarse con amigos y desarrollar tareas vinculadas a su formación profesional.

Se queja de la sensación de sobrecarga y agobio que representa en su cotidianeidad el tener que hacerse cargo de sus padres y tíos mayores. Se siente muy responsable por el destino de estos viejos y no consigue repartir el peso de esta responsabilidad con sus hermanos. Se compara a las estatuas de mujeres que sostienen en forma figurada, en los frentes de los edificios, el peso de los mismos y utiliza la expresión de que "no hay espalda que aguante".

Significamos su dolor de espalda como un símbolo de las exigencias de este momento de la vida. Representa su realidad actual pero le permite evocar aspectos repetitivos de su historia y de su familia. Transita en el análisis por los avatares dolorosos de su existencia.

Una situación diametralmente diversa es la de un hombre joven que es enviado a la consulta para su supuesto tratamiento por sus familiares, por ser muy difícil y complicada la convivencia con él. El rasgo predominante es su pasividad. Se lamenta del destino que le ha sido marcado y dice que de eso no se escapa. Vive sometido a una posesión que es el imperio de una excitación intolerable. Se siente metido en un ciclo negativo de su irremediable destino del cual ni es responsable ni puede cambiar. Su familia en algún momento fue económicamente poderosa y en la actualidad está en la bancarrota. Esto lo lleva a sentirse desamparado, indefenso y sin ningún sostén. "He perdido mi apellido y la seguridad que daba decir que uno era X...". Ha pasado por largos períodos de consumo de drogas y en la actualidad su vida es un vacío. Vive con una mujer y su existencia está centrada en satisfacerla dentro de sus escasas posibilidades para que ella no lo abandone, aunque no sabe si ella le gusta, si la ama o tiene algún sentimiento por ella. Si en alguna entrevista

le pregunto por lo que hizo, vivió o sintió, habitualmente responde relatando actividades de su compañera. Ella es la parte viva de sí mismo, es quien tiene la obligación de procesar las exigencias del vivir mientras tanto no puede hacer alusiones personales, ni ser el protagonista de sus propios sufrimientos. A una pregunta sobre lo que piensa, en uno de los estados de silencio en las entrevistas, me responde indiferentemente: "yo no pienso, no se me ocurre nada, tengo la cabeza vacía". Llegaba insistentemente tarde a las entrevistas, se quedaba en silencio mirando sus manos y se sacaba la cutícula de las uñas, mordisqueándose. Parecía mirar sin ver. Se quedaba sorprendido ante una pregunta que tratara de sacarlo de su retracción. Empecé a considerar que estas actitudes eran un intento de hacerme vivenciar algo de lo vivido por él. Interpreté como lo sufrido por él pasivamente y que hacía activo en la transferencia su pasividad y las sensaciones de vacío que compartíamos dentro de las sesiones. Esta conducta era su forma de contarme en acto parte de su historia infantil según la cual no fue tenido en cuenta ni se le respondía a sus demandas. Le señalé la indiferencia de la no respuesta, de la nada, como el núcleo doloroso que había sido repudiado pero retornaba en acto repetitivo. Relato en acto donde no se pone en palabras lo que no se pudo representar, pero sí se hace como repetición de lo traumático. Lo que hace en las entrevistas es una puesta en acto de su historia arcaica, del momento prerrepresentacional que ha quedado inscripto en una memoria corporal y se expresa como insistencia pulsional. Hace conmigo lo que siente que sufrió. En el vínculo conmigo se le ponen palabras y se historiza su dolor.

La intervención del analista en la transferencia, permite la transformación del acto en acting-out, construcción que incluye el parámetro temporal y las analogías en la repetición. De no mediar la visión del analista el acto no entraría a convertirse en un acontecimiento significativo, son "cosas de la vida" que adquieren significación en el campo analítico. Recién en la transferencia las "cosas de la vida" adquieren el sentido a través de la toma de conciencia de la dimensión de su pulsionar repetitivo y de como imponen un sentido al devenir del sujeto.

Dice Michel de M'Uzan en "Los esclavos de la cantidad": "Cuando destino y repetición tienen aspecto de actuar de consuno, la mayoría de las veces se trata, por suerte, únicamente de una apariencia. Porque incluso cuando los fenómenos llevan el sello de la repetición y están forzados a observar su ley, ésta no tiene necesariamente un

sentido unívoco". Distingue el autor dos formas de la repetición, en una de ellas se ve el trabajo mental de transformación y lo llama repetición de lo mismo, adquiere sentido de rememoración y se pueden pesquisar desplazamientos y simbolizaciones. Es una repetición aproximativa, con semejanzas. Se ve en ella un psiquismo en funcionamiento. La segunda forma de repetición, la repetición de lo idéntico, corresponde a un aparato mental arrasado en forma precoz por el trauma, que implementa mecanismos de repudio y desestimación. En la repetición de lo idéntico no observamos una posibilidad de elaboración, el curso de los acontecimientos que jalonan la vida parece inmutable y ha sido fijado mucho tiempo antes. Esta forma de repetición marca la presencia de lo pulsional que arrasa con la funcionalidad de la estructura y se manifiesta en su carácter repetitivo.

Volviendo al tema del cuerpo como campo de expresión, una tercera posibilidad es la aparición de un acontecimiento somático. En estos casos también hay una puesta en acto donde se sustituye lo interpersonal por lo intrasubjetivo, con una acción del sujeto sobre lo corporal (somático), vivenciando al soma como una pertenencia extraña al yo. El soma es tomado como un elemento extraño, exterior al sujeto, donde se enajena el sujeto psíquico. En la preocupación por lo que le ocurre en el cuerpo, vacía al psiquismo de la toma de conciencia de los conflictos a través de la ocupación compulsiva de restaurar el estuche carneo, quedando defensivamente enajenado del conflicto psíquico.

Dos años después de una interrupción intempestiva de un tratamiento analítico, un paciente me pide que lo vea en un sanatorio en el que fue internado de urgencia. Ha decidido retomar su análisis porque se siente superado por los problemas. Las dificultades con sus hijos con quienes ha fomentado vínculos muy dependientes se presenta como fachada ante un hecho que lo tiene sumamente perturbado. Este hecho es la muerte inminente de su madre, que esta afectada por una enfermedad terminal. Le resulta imposible pensar en su existencia sin ella. Durante la última semana ha sido internado dos veces pero no está satisfecho con el diagnóstico. Una gastritis con reflujo no le conviene como diagnóstico médico que le permita tapar sus conflictos a nivel mental, él busca un infarto de miocardio que en su imaginación jerarquiza como patología; además que le permitiría simbolizar la herida en el corazón que implica el estado emocional de la posibilidad inminente de ruptura del vínculo fusional con su madre. Después de su externación comienza el tratamiento psicoanalítico aunque el primer momento del mismo está dificultado por

la actividad compulsiva de buscar quién le diagnostique la enfermedad cardíaca. En este momento todo su padecimiento queda oculto tras la búsqueda compulsiva de un accionar sobre lo somático. El conflicto en lo mental se reinstaura al tiempo cuando se vuelven a sentir los efectos de la transferencia. Recién en este momento deja la búsqueda compulsiva de un acontecimiento somático para empezar el evocar situaciones conectadas con pérdidas y duelos de personas significativas, trayéndolo a partir de las vicisitudes de un amigo que forma una nueva pareja después que perdió a su esposa con la que tuvo un prolongado matrimonio.

El poder trabajar con el concepto de repetición en la transferencia permite trocar al acto de la neurosis actual en la escena evocada por la acción, asignándole un sentido a la dramática del acto.

EL CONCEPTO: TRABAJO PSÍQUICO

El concepto de trabajo aparece dentro de la obra de S. Freud en distintos contextos. En forma genérica como un modo de operar del inconsciente. Actividad del sujeto, aún sin que éste tenga conciencia de la misma, tendiente a ligar las impresiones traumatizantes. En forma más individualizada podemos referirnos al trabajo del sueño, del duelo y la per-elaboración. En el sueño, el trabajo del mismo es para compatibilizar con el yo los contenidos del deseo infantil reprimido. En relación al duelo, la función del trabajo es la de permitirle al yo, la posibilidad de persistencia, aún perdido el objeto. No podemos dejar de pensar en el "Durcharbeiten" donde el trabajo sobre la interpretación analítica y la transferencia va a marcar el destino de la cura. En todos estos casos se infiere una forma común de actividad de investidura, desinvestidura y reinvestidura de representaciones para construir una nueva historia que permite dar significado al dolor y al devenir del sujeto, y lo lanza hacia un proyecto que le da sentido a su vida. Pasaje del mero hecho al acontecer significativo por la transformación que se opera a través del trabajo de duelo que involucra la interpretación.

El aparato psíquico hace el intento de dominar las excitaciones que pueden ser patógenas. El trabajo consiste en integrar las excitaciones y establecer nexos entre ellas y las representaciones. Es un intento de transformar excitaciones, éstas se constituyen en una demanda de trabajo para poder preservar y mantener la estructura funcional del aparato, que transforma y trasmite la energía que debe procesar. Entendemos por procesamiento el control, la derivación y ligadura de las cargas. Se establecen conexiones

asociativas a través de las leyes de contacto y simpatía, se facilitan relaciones y asociaciones entre representaciones con la finalidad de contener las experiencias displacenteras. En estos procesos se jerarquizan el desplazamiento, la condensación y la simbolización, en ella destacamos la consideración por la representabilidad y las elaboraciones secundarias.

Todo humano, a menos que sea un hombre lobo, desarrolla su capacidad innata de simbolización. No existe, por lo tanto, sujeto que no simbolice. El sólo hecho de estar inmerso en la cultura y apelar al uso del lenguaje es una manifestación de su capacidad simbólica. La palabra es símbolo, representa lo perdido, lo que se anhela pero que no está. Cuando nos referimos a las perturbaciones o fallas en la simbolización estamos aludiendo a las diferentes distancias existentes entre el símbolo y lo simbolizado. Estas distancias pueden ser casi inexistentes en los pacientes con una vida operatoria, que duplican en su relato, prácticamente sin transformación, lo pragmático de su existencia. Otros sujetos, a través de complejos mecanismos de sustitución, presentan una simbolización más densa, como se ve en los sueños de los neuróticos y por último la alternancia de las dos polaridades antes descritas, en pacientes con una estructura escindida. En estos se dan los dos tipos de manifestación de lo simbólico, coincidiendo registros directamente relacionados con lo perceptual con transformaciones más complejas. La simbolización es la operación de formar complejos representacionales que aludan a lo real, pero transformándolo en el interior del sujeto tal que le permita su funcionalidad, procesando la excitación que le viene desde sus exterioridades: el soma y la realidad objetiva, prestándole soporte representacional a las cargas. Para protegerse del impacto de los estímulos apela a su bagaje representacional como escudo protector. Éste depende del sedimento de las experiencias de la vida de cada sujeto y de la ayuda que tuvo de sus objetos primarios para procesarlo. La introyección de estos modelos serán los que organicen su capacidad innata para simbolizar.

En este trabajo se constituye un nuevo complejo representacional que se brinda como soporte para los procesos afectivos, discriminándolos entre sí, dándoles significación. Es siempre un intento de transformación defensivo para proteger al sujeto de todo aquello que pueda constituirse en una injuria narcisista. El trabajo es una transformación, a través de las ligaduras la cantidad deviene en cualidad; ésto se obtiene a partir de ligaduras con representaciones incluidas en nuevas cadenas asociativas, adquiriendo de esta manera representabilidad y texto en cuanto historia.

La idea de transformación implica asimismo una ruptura de la compulsión repetitiva. Esto es posible gracias a los desplazamientos e investiduras de nuevas representaciones con la resignificación de lo evocado, constituyéndose el trabajo psíquico en un articulador entre la evocación y la repetición.

El trabajo de ligadura está enmarcado en el principio de placer, es un intento de reducir la carga dentro del sistema; sin embargo al hablar de "más allá", no sólo nos referimos al aspecto económico, sino además a un aspecto estructural que se relaciona a la falta de lo representacional como dique de contención y elemento signifiante. En este sentido la representación se constituye en un elemento donde confluye una cantidad de energía para permitir el funcionamiento del resto de la estructura.

Volviendo al trabajo de M. y W. Baranger y J. Mom, dicen los autores: "En esta perspectiva, el objeto angustiante, por su ausencia, por su presencia interna o externa, su hiper-presencia, siempre se nos presenta subjetivamente como posibilidad de adscribir el trauma a alguien que no hizo lo que había que hacer, o hizo lo que no había que hacer."

En un trabajo presentado junto con la Lic. S. Vinocur sosteníamos en relación al objeto en la patología narcisista: "Si bien consideramos al objeto como una construcción psíquica que implica un recorrido singular de la pulsión por el mundo representacional del sujeto, y a partir de allí una organización específica de éste, entendemos que esta construcción subjetiva encuentra habitualmente un correlato en el mundo exterior que permite la puesta en acto de los avatares de la pulsión sobre el objeto intrapsíquico. Por otra parte, este objeto que se presta para la investidura resguarda al sujeto del embate de la cantidad, pero a la vez, paradójicamente, le señala su extrema dependencia y sus límites. Aunque el sujeto aspire a ser uno con el objeto, existe una variabilidad en la distancia entre ambos; la gama que va desde la separación hasta la unificación, desde la discriminación hasta la fusión, desde la diferencia hasta el ser-parte-de-sí marca las diversas manifestaciones de la patología narcisista".

El vínculo con el objeto y el reconocimiento del sujeto de su necesidad de éste, enfrentan al sujeto a la dolorosa noción de su incompletud. Cuando este dolor se hace muy intenso, claudica el trabajo psíquico de ligadura con los complejos representacionales. Las cargas se derivan a los polos perceptual o motor y el funcionamiento se inclina al pasaje al acto como forma de derivación del aumento de excitación.

Situación traumática es aquella en la que queda atacada la investidura narcisista, el resultado es la vivencia de desvalimiento. La desesperanza que aparece en estos momentos está dada por la claudicación del aparato psíquico para realizar su trabajo de reinvestidura. Los sujetos se quejan de una vaga sensación de vacío, trastornos difusos e indecibles e inmersos en un universo pleno de carencias y con una difusa excitación.

Las sensaciones de estallido son un fantasma que está al acecho dentro de un marco de sinsentido. Esta excitación, que se realimenta a sí misma, se hace objeto de su propia investidura, aumentando su carga propia. Estas sensaciones no dejan lugar a una emoción propiamente dicha. Emoción que sustente una escena con posibilidad de ser evocada; una fantasía que pueda ser retrabajada y constituirse en un núcleo historizable. Estas excitaciones masivas, no cubren nada definible y a pesar de sus apariencias sexuales; a veces el sexo es menos la causa que un instrumento privilegiado de descarga puesto a su servicio.

Intentaré graficar lo antedicho con una referencia clínica. Se trata de una mujer de 43 años en el momento de acudir a su primera entrevista, ésta fue concertada con suma urgencia, ya que estaba en un estado de angustia desbordante. Había retornado de un viaje en el que había sido la acompañante de su padre que fue sometido a estudios médicos por un cáncer. Durante su estadía en Nueva York, tiene en varias oportunidades la idea de resolver sus crisis de angustia tirándose por la ventana. Estas ideas que no habían aparecido antes no la abandonan desde entonces. Si se tiraba desde un piso alto estaba segura que moriría, no así en su hogar ya que viviendo en una casa baja sólo se lastimaría y aumentaría su sufrimiento. Se siente desamparada sin saber que será de ella en el futuro. Su madre también está con una enfermedad terminal. Ella depende totalmente de los padres y se siente totalmente incapaz de enterarse y aprender el manejo de los recursos que permitirían su subsistencia.

Su aflicción se ve aumentada por el abandono en que vive su hijo. Este joven de 13 años ha dejado de concurrir a la escuela, está tirado todo el día en la cama de la madre mirando televisión y ha aumentado enormemente de peso. De su hija menor dice que está deprimida. El estado de sus hijos le incrementa su sensación de fracaso y la instala en una lamentación melancólica.

Reclama insistentemente que le diga qué es lo que tiene que hacer. Dice que le es imposible generar una idea o un proyecto y va llenando sus días con propuestas de amigos o de su personal de servicio.

Está completamente dependiente de otros, es como si su mente hubiese dejado de funcionar. Trae una carta de su ex-pareja pidiéndole retomar el vínculo, y aunque reconoce la inconveniencia de esta propuesta, la tranquiliza el hecho de la existencia de otro en el cual pueda apoyarse. "Si él me llama voy corriendo, ni me importan los chicos, me voy de casa y trato de pasarla bien, vivir el momento, olvidarme de lo que me angustia". Define la relación con este hombre como un espacio donde escaparse cada vez que se angustia y que ésa fue siempre su forma de vivir. Ese hombre, a pesar de no ser confiable, le brinda la garantía de un universo en el que predomina la elación.

Una vez que se instala en una serie de entrevistas cede la angustia y el tema predominante es qué hacer con su hijo. Rechaza cualquier intento de interpretación, exigiendo órdenes e indicaciones para resolver prácticamente los conflictos.

En una entrevista le pregunto por qué la tienen tan preocupada las dificultades escolares del hijo, hasta el punto que era el único tema que traía. Frente a la pregunta sobre la angustia en relación al hijo y la desmesura de la misma surge entonces una historia hasta entonces no relacionada. Evoca que también ella interrumpió su escolaridad. Fue a la misma escuela que el hijo, pero la dejó un año antes de terminar la secundaria. Dice que fue un acto de rebeldía ya que necesitaba resolver una situación conflictiva de la que no podía zafar y apelaba a esa acción para quebrar su encierro.

Desde sus trece años, edad de su hijo en la actualidad, había mantenido relaciones sexuales con su padre en forma continua y constante. Su madre mantenía una complicidad con la situación ya que le decía que el padre era débil y si eso trascendía se podía suicidar. Ella se sentía sumida en la impotencia, estado que se quebró a partir del acto de interrupción de sus estudios.

Este escenario era repudiado y el dolor al que la enfrentaba se resolvió a través de escisiones y una huida a través de formación de parejas exogámicas en las que predominaban las actuaciones. Éste era un recurso de huida frente al incesto consumado. Al enfrentarse con la idea de la muerte de sus progenitores estaba ante el riesgo de una introyección masiva de lo escindido y proyectado

durante largos años. Le era imposible relacionar su crisis actual con su hijo como una rememoración de su propia pubertad, aunque se sentía en riesgo al estar en una cercanía e intimidad con él; decía que en un estado de furia, el hijo, podría asesinarla probablemente como proyección de las vivencias arrasadoras vividas en el acto incestuoso con su padre. La sensación de riesgo de una repetición de la consumación del incesto, esta vez con su hijo, se resolvía en sus profundas inhibiciones de acercarse a él, en sus huidas compulsivas del hogar o en la imposición de que el hijo se fuese a vivir con el padre.

Trabajar en el más allá de la representación no implica la ausencia de ésta, sino una pérdida de su función contenedora de los efectos desbastadores de la cantidad sobre el funcionamiento del aparato psíquico. Es la representación que no actúa como dique para la carga, al no ser objeto de investidura.

El modelo de aparato psíquico propuesto en el cap. VII de la interpretación de los sueños nos permite entender este funcionamiento. La manera de expresarse del psiquismo es en los polos del modelo propuesto por Freud en ese escrito. Recordemos que en este esquema hay un polo perceptual, un polo motor de descarga y una sección intermedia representada por el bagaje de huellas mnémicas que se brindarán como sostén para las ligaduras de carga. En este sector representacional se organizan las escenas inconscientes que serán el sustento del síntoma y de la enfermedad.

El más allá de la representación implica ya sea la descarga por el polo motor o un funcionamiento a predominio de lo perceptual, en este caso encontramos a los sujetos que viven en la inmediatez de lo perceptual y de la percepción de las vivencias excitatorias. Sujetos con un discurso que describe y duplica la experiencia sensorial. Esta patología está excelentemente descrita en los conceptos de operatoriedad de la Escuela Psicosomática de París.

El psicoanálisis de las psiconeurosis tiene como objetivo acceder a la escena inconsciente subyacente al síntoma neurótico, el encuadre clásico propuesto por Freud persigue esta meta. Sobre la develación de este sector tendría que actuar el tratamiento psicoanalítico para sacar al sujeto de su sufrimiento neurótico. El método clásico estaba pensado para desplegar el sector intermedio del esquema, anulando gracias a las condiciones del encuadre tanto el polo perceptual como el motor. Por otro lado, con la regla fundamental se trataba de eludir las censuras preconcientes. Este encuadre pone al paciente en un estado próximo a la ensoñación. La posición yaciente no sólo anula la

percepción y la motricidad, sino que aproxima al analizante al estado de repliegue narcisista del sueño, situación que favorece la regresión y un modo de funcionamiento psíquico cercano a los procesos primarios.

Siguiendo en el esquema del aparato psíquico del cap. VII del libro de los sueños, definiríamos lo actual como la expresión de la actividad de los polos del modelo propuesto por Freud. Si consideramos a aquellos pacientes con un déficit funcional a nivel del mundo representacional encontramos que ellos se mueven en los extremos del esquema, tanto en el extremo del polo perceptual, duplicando en sus relatos lo fáctico de sus percepciones con escaso contenido fantasmático, como en el extremo del polo motor del aparato, tendiendo a actuaciones evacuativas de sus vivencias de tensión.

Dice Freud en el Capítulo VII. del libro de los sueños, en el apartado sobre la regresión: "la regresión es una de las peculiaridades psicológicas del proceso onírico, pero no debemos olvidar que no es privativa de los sueños. También el recordar voluntario, la reflexión, y otros procesos parciales de nuestro pensamiento normal, corresponden a un retroceso, dentro del aparato psíquico, desde un cualquier acto complejo de representación, al material bruto de las huellas mnémicas en las que se halla basado".

El método psicoanalítico clásico que intenta evocar puede favorecer los comportamientos evacuativos por su intolerancia al enfrentamiento con las angustias con relación a un vacío de inscripción en un sistema representacional que pueda funcionar como dique a lo puramente cuantitativo de lo tensional, o el revivir de lo perceptual dando por resultado la alucinación por recarga regresiva del polo perceptual del aparato psíquico.

Estamos en un campo diferente al de las clásicas psiconeurosis. En estas situaciones no trabajamos con el develamiento de una historia reprimida, sino de la inscripción y armado del texto de lo que no ha sido representado. Es en este sentido que apelaríamos más a la construcción que a la interpretación, aportando vitalidad a un campo disminuido en la libre asociación a través de una mayor actividad del analista. Consideramos que el análisis del paciente "actual" implica un pasaje de la modalidad de la técnica "per vía di levare", a la necesidad de proceder "per vía di porre" como una forma de contener al acto a través de una historización significativa.

CAPÍTULO 8º: CONCLUSIONES

LA CLÍNICA PSICOANALITICA Y LAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS OTRA APROXIMACIÓN AL ACCIONAR DEL TRABAJO TERAPEUTICO. CAMBIOS EN LA TÉCNICA PSICOANALITICA

LA CLÍNICA PSICOANALITICA Y LAS ENFERMEDADES SOMÁTICAS

Reiterando lo planteado anteriormente, desde el modelo dinámico freudiano, la enfermedad es concebida como un proceso con un devenir temporal. No es una situación o estructura armada sino un devenir, una sucesión de hechos en el tiempo. Dentro de esa sucesividad, puede aparecer el acontecimiento somático, más allá de las distintas organizaciones psíquicas. El acontecimiento somático es un hecho que irrumpe y se instala en dicho devenir.

Si consideramos el enfermar como un proceso, la secuencia que hallamos será: un primer momento de quiebre de la estructura narcisista, tiempo de la sobrecarga traumática; un segundo momento que consiste en la aparición del acontecimiento somático, condicionado por la predisposición del sujeto; y un tercer momento, el de la patoneurosis con el restablecimiento de significado psíquico a los hechos.

Recordemos los interrogantes planteados al comienzo de este trabajo. Me refiero a los interrogantes que aparecen en el capítulo "Las psicósomas, hoy". Dichos interrogantes son: ¿Qué implicancia tiene la aparición del acontecimiento somático?. ¿Qué función cumple este acontecimiento somático, en relación con lo psíquico?. ¿Cómo consideramos al paciente con acontecimiento somático desde la clínica psicoanalítica actual?

Comenzando por la última pregunta, y aunque sea repetitivo de ideas que ya han sido enunciadas a lo largo del desarrollo de este trabajo, condensaré una serie de conceptos para seguir con el esclarecimiento del tema. Consideraremos a este paciente como un sujeto severamente perturbado, con una patología narcisista, en la que la respuesta a una injuria consiste en una inhibición, en una ausencia o en un fracaso de las funciones mentales; y cuya perspectiva de la vida psíquica y de la realidad es concreta, por fallas o déficit a nivel del mundo representacional. Su aparato psíquico claudica en el

intento de procesar estados de conflicto o tensión. Se trata de una claudicación vinculada a la fragilidad de la estructura psíquica o a un rebalsamiento de su capacidad funcional del mismo, ante la necesidad de contener el embate de lo traumático.

Como ya lo planteara en “Algunas observaciones sobre el afecto y lo somático en el campo de la palabra” al referirme al segundo momento del enfermar, por regresión a una posición narcisista, en la que predominaría un estado semejante al que Freud ha descrito como “yo de placer”, el soma, desde sus demandas de resolución de estados de tensión, es vivenciado (por el yo) como una exterioridad al aparato psíquico, como un “no yo”. Siendo en esta exterioridad propia del sujeto donde quedan efectivizadas las descargas.

Lo antedicho nos introduce en el concepto de escisión, tanto en el sentido de defensa intrapsíquica extrema, como en el de escisión mente-cuerpo. La escisión en este segundo sentido marca la aparición de estados en los que lo psíquico queda momentáneamente suspendido y el soma responde biológicamente. Las demandas corporales no logran transformarse en señales de alarma, en indicadores significativos que puedan evitar el quiebre del equilibrio psicósomático.

El acontecimiento somático es un acto defensivo de la estructura mental que apela a acciones evacuativas. La puesta en acto en el cuerpo implica el drenaje de un exceso de tensión no soportado por el psiquismo.

El sujeto sustenta la paradoja de sentirse mejor cuando el acontecimiento somático está presente.

Este acontecimiento puede ser tomado como un fenómeno restitutivo, luego de un quiebre narcisista, que trata de mantener un patrón de integración e integridad psíquica involucrando actos en el área corporal. Freud toma el acontecimiento somático como una defensa frente a un dolor psíquico que es imposible de soportar. Al referirse a las alternancias entre los episodios de predominancia de conflictos psicológicos y las crisis somáticas del Presidente Wilson, dice en el libro sobre él, que “la enfermedad somática es más soportable que el dolor vivenciado en el plano de lo mental”.

Otro aspecto de lo paradójico es que el acontecimiento somático sirve de defensa contra la corporalidad. Entendemos al cuerpo como una instancia psíquica simbólica, una instancia representacional. El bloqueo del funcionamiento mental busca resolverse a través de lo somático. En este punto seguimos la teoría de las neurosis actuales no simbólicas, tal como lo enunciara S. Freud. El soma protege del sufrimiento mental pero

inserta al sujeto en el contrasentido de enajenarse de sí mismo.

La descarga que sigue vías reflejas biológicas es idéntica para todos los sujetos. Una úlcera gástrica, un lupus eritematoso o un ataque de asma son idénticos en su forma de expresión en diferentes personas, mientras que un síntoma conversivo habla de la historia singular del sujeto y su expresión es multifacética. Observamos consecuentemente que lo que aparenta ser un mismo referente perceptual: el cuerpo, marca, sin embargo, dos niveles diferentes de procesamiento psíquico respecto de él.

En el caso de la aparición de tales acontecimientos estaríamos frente a una regresión a un estadio preverbal y preconceptual, en el que predominan las descargas de orden biológico por desorganización de los filtros mentales para la excitación; es decir, un estado en el que dominan las percepciones y las vivencias, ligadas a un déficit del sistema preconciente que aportaría la posibilidad de reconocimiento de un sentido.

Consideramos al preconciente como un sistema inhibitorio de la descarga indiscriminada. La posibilidad de funcionar a través del filtro preconciente marca lo que Freud llama el proceso secundario, proceso que inaugura una mayor estructuración dentro del psiquismo. Ésta se caracteriza por las ligaduras de cargas y por el control de la motilidad, que a su vez permitirá instaurar distintas funciones: la capacidad de diferenciación, el juicio de realidad, la autoobservación y el cuidado de sí del sujeto. El preconciente también aportaría la capacidad de discriminar y nominar los distintos estados emocionales, abriéndole al sujeto el acceso a la resolución de situaciones afectivas. En los momentos en los que el procesamiento mental preconciente falla, el conflicto se percibe como tensión por la imposibilidad de ser nominado. Sobreviene entonces la tendencia a la descarga y al acto por rebalsamiento del aparato psíquico. Éste es uno de los elementos básicos que observamos en los estados en los que se presentifica el acontecimiento somático como expresión de una claudicación del funcionamiento más evolucionado, de aquél que involucra la representación es decir, de los procesos de ligadura que son el fundamento del pensar.

Tendremos en cuenta la posibilidad de representación y de transmisión de los estados afectivos a través de la palabra. El trabajo del psicoanálisis se basa sobre el concepto de abreacción, con el que se incluye a la palabra como protagonista, específicamente en las psiconeurosis. Contrariamente las patologías somáticas, por su tendencia a la descarga tensional, se enmarcan como patologías del acto. Cuanto mayor es la situación de excitación, tanto más desbordado puede quedar el yo, con el riesgo de

aparición de descargas directas. La tendencia a la actuación, los accidentes y el acontecimiento somático son distintas modalidades de expresión del fracaso del trabajo psíquico de ligadura. A través de ellos se drena, por caudales somáticos y vías biológicas, el exceso de excitación que no puede ser procesado mentalmente, quedando el sujeto expuesto a los efectos de la cantidad y a la urgencia de su descarga.

El acontecimiento somático “acontece” en el punto de fracaso del procesamiento mental. Adquiere un valor de índice, cuya señalización se aleja no sólo de un significado sino también de una atribución con valor simbólico. En este acontecimiento los procesos primarios muestran su huella, y prevalecen el pensamiento mágico y la gratificación alucinatoria como formas privilegiadas de procesamiento mental.

Insisto en que no sería factible pensar en una teorización sobre el acontecimiento somático sin considerar como su punto central la cuestión de la falla en la capacidad de la función simbólica de los sujetos que la padecen. Falla que puede ser estructural o provisoria. El acontecimiento somático deviene un índice o un elemento sónico meramente denotativo de una forma de funcionamiento mental, cuya cualidad evacuativa da cuenta de la precariedad de la actividad psíquica en sus niveles más evolucionados.

Dice Freud en el artículo “Los dos principios del suceder psíquico” en relación al pensamiento como modalidad de descarga diferida: “El aplazamiento, necesario ahora, de la descarga motora, fue encomendado al proceso de pensamiento, surgido de la mera representación. Esta nueva instancia quedó adornada con cualidades que permitieron al aparato psíquico soportar el incremento de tensión de los estímulos durante el aplazamiento de la descarga. Mas para ello, se hacía necesaria una transformación de las cargas libremente desplazables, en cargas fijas, y esta transformación se consiguió mediante una elevación del nivel de todo el proceso de carga”. Este proceso está ligado a la actividad representacional del pensamiento. Cuando este proceso claudica o funciona deficientemente nos reencontramos con la necesidad de descarga como reguladora de la economía dentro del aparato. Retomemos el texto freudiano: “La descarga motora, que durante el principio de placer, había servido para descargar de los incrementos de estímulo el aparato psíquico y había cumplido esta misión por medio de las inervaciones transmitidas al interior del cuerpo, quedó encargada ahora, de una nueva función, siendo empleada para la modificación adecuada de la realidad y transformándose en acción”. Freud se refiere a la acción específica que tiene como objetivo el logro de una meta pulsional. Pero en los casos de falla del funcionamiento mental, nos encontramos con

actos evacuativos de la tensión, que no son contenidos por el pensamiento y que utilizan las vías somáticas facilitadas, culminando en la aparición del acontecimiento somático.

Tanto el fracaso de la función onírica como las certezas psicóticas que se expresan en el discurso de los pacientes contribuyen a señalar la jerarquía adquirida por uno de los polos de la estructura psíquica: el polo perceptual, caracterizado por la inmediatez y por la incapacidad de contener cargas excitatorias; estos procesos de ligadura se realizan en el sector representacional, que es el que funciona deficitariamente.

Así se podría afirmar que el acontecimiento somático se inserta en el conjunto de los procesos de descarga pertenecientes, de acuerdo a las categorías de nuestra disciplina, al imperio del acto y opuesto al imperio de la fantasía; lugar de inclusión este último de los conflictos con procesamiento mental. El pasaje que se produce en el acontecimiento somático desde el imperio de la fantasía al imperio del acto, cumple con la función de proteger a la estructura de una cantidad de carga no cualificada que de otro modo barrería con ella.

Las descargas implican la repetición inconsciente de algo ya vivido que no puede ser recordado. Es una vivencia no registrada en lo mental por haber sido percibida antes de la adquisición de la palabra, una vivencia, podríamos añadir metafóricamente, cuyo texto se encuentra inscripto en otra clase de “gramática”, la gramática del soma, que responde al orden biológico, distinto del orden del universo simbólico. El sujeto desconoce, por lo temprano de su ocurrencia, tanto su origen como su cualidad repetitiva.

No debemos olvidar que estas modalidades defensivas están al servicio de la recomposición de una organización mental que no soporta lo penoso y responde con la actuación. Ante lo intolerado el sujeto responde con una acción en lo somático, manteniendo la escisión mente-cuerpo para preservar la omnipotencia narcisista. El conocimiento del cuerpo odiado debe ser destruido, como también lo debe ser el propio soma demandante. Se instalan así sensaciones de inundación perceptual y vacío representacional, que constituyen la antesala de la angustia automática.

OTRA APROXIMACIÓN AL ACCIONAR DEL TRABAJO TERAPEUTICO. CAMBIOS EN LA TÉCNICA PSICOANALITICA

A lo largo de muchos años de trabajar psicoanalíticamente observamos cambios en la manera de instrumentar el análisis y los elementos del encuadre de trabajo. Estos cambios se sustentan algunas veces en factores relacionados con la patología del paciente, apuntalados por lo tanto sobre teorías psicoanalíticas; y otras veces sobre factores externos al análisis. Podemos definir al campo psicoanalítico como el terreno conformado por la confluencia de tres neurosis: la que aqueja al sujeto en la actualidad, la creada en la transferencia y ambas como la evocación repetitiva de la tercera: la neurosis infantil. Para que se despliegue esta confluencia es necesario que se den condiciones particulares.

Si el trabajo psicoanalítico tiene como objetivo acceder a la escena inconsciente subyacente al síntoma neurótico, el encuadre clásico propuesto por Freud concordantemente persigue el logro de esta meta. El modelo de aparato psíquico propuesto en el cap. VII de la "Interpretación de los sueños" nos puede servir para comprender dicho encuadre. Recordemos que en este modelo hay un polo perceptual, un polo motor de descarga y una sección intermedia representada por el bagaje de huellas mnémicas que se brindan como sostén para las ligaduras de carga. En este sector representacional se organizan las escenas inconscientes que no sólo serán el sustento del síntoma y de la enfermedad, sino que a través de bifurcar sus caminos proporcionarán la salida de ella. Es decir sobre la develación de este sector actúa el tratamiento psicoanalítico para sacar al sujeto de su sufrimiento neurótico.

El método clásico fue pensado para desplegar el sector intermedio del esquema, anulando gracias a las condiciones del encuadre tanto el polo perceptual como el motor. Por otro lado, con la regla fundamental se trataba de eludir las censuras preconcientes. Este encuadre favorece en el paciente un estado próximo al de la ensoñación. La posición yacente es no sólo un intento de llevar a un mínimo la percepción de estímulos y la motricidad durante la sesión, sino que se dirige a aproximar al analizante al estado de repliegue narcisista del sueño, situación que favorece la regresión y un modo de funcionamiento psíquico cercano a los procesos primarios, en los que se evidencia y resalta la repetición. El trabajo analítico se realiza, por así decirlo, en las partes intermedias del esquema del "peine" del Capítulo 7° del "Libro de los sueños", centrándose en la evocación de lo representacional.

En las enfermedades somáticas el cuerpo (soma) presentifica una situación de claudicación de las posibilidades del trabajo psíquico de ligadura y por su cualidad

evacuativa, no deja inscripción, ni representación. Las enfermedades somáticas pertenecen a un orden biológico y universal, siendo un trabajo del psicoanálisis la significación subjetiva e individual.

Basándonos sobre el esquema del aparato psíquico, del cap. VII del libro de los sueños, definiríamos lo actual como los polos del modelo propuesto por Freud. Si consideramos que los pacientes somáticos padecen un déficit a nivel del mundo representacional, encontramos que ellos se mueven en los extremos del esquema, tanto en el extremo del polo perceptual, como en el extremo del polo motor del aparato. Una observable que merece ser mencionada es la mayor incidencia de “patologías actuales” respecto de las neurosis clásicas en las consultas. Optamos por tomar la acepción de “actual” en referencia al acto, y a lo presente del apremio de resolución de lo tensional que estas patologías “actuales” demandan. El psicoanálisis ha agudizado sus criterios de escucha y se permite la incursión en terrenos mas allá de los tradicionales. Es en este sentido que nos adentramos en lo ubicado en un mas allá de lo representacional e incluimos en este espectro a las patologías somáticas.

Si el funcionamiento mental se centra en el polo perceptual, hallamos que los enunciados de estos pacientes duplican lo fáctico de sus percepciones, exhibiendo una escasa o nula transformación por el influjo de una actividad fantasmática; mientras que si recae en el extremo motor, los pacientes tienden a la actuación evacuativa de sus vivencias de tensión. Ambas circunstancias coinciden en la imposibilidad de la actividad evocativa y representacional que se llevaría a cabo en la parte central del esquema freudiano.

Consecuentemente el trabajo psicoanalítico en el campo de las neurosis del acto se desarrolla en los extremos del esquema. Freud consideraba lo allí ubicado como lo inanalizable. Hoy pensamos que no es así; en estos extremos podemos comenzar a atribuir un valor metaforizante al acto, en tanto repetición de una escena anterior que no puede ser dicha con palabras. Se establece un relato en acto en el que se presentifica aquello que es imposible poner en palabras. Emerge la repetición en la transferencia, a la búsqueda de un texto a ser enunciado por el analista. El analista trabaja sobre la repetición y este trabajo permite trocar el acto en escena evocada, con un sentido dramático asignado por la transferencia. El texto que surge daría significación a un acto de descarga de la tensión que, de persistir, tendría un efecto desorganizante. En las enfermedades somáticas hay una puesta en acto donde se sustituye lo intrasubjetivo con

descarga somática por lo interpersonal, en el caso de que se logre enmarcar la enfermedad en una “neurosis de transferencia”.

Si por el contrario existe un predominio de la actividad en el polo perceptual, aparecen el repudio y la desestimación de los estímulos y los hechos del mundo exterior, que estarían destinados por medio del trabajo psíquico a configurar el contacto con la realidad, transformándola en representación de la realidad experiencial, y contribuyendo de este modo a construir los criterios de realidad del sujeto. Lo que proviene del exterior es pasible de ser recogido y trabajado por el analista en aquellos casos extremos en los que el déficit de capacidad para transformar lo presentificado en representado impide que lo primero avenga en angustia señal ante el peligro de una injuria narcisista. La experiencia en este tipo de trabajo nos advierte que, en la medida en que no se accede a esta transformación, los estímulos inevitablemente dispararán la ocurrencia de un acontecimiento somático.

En los dos polos del esquema la interpretación es más de orden cuantitativo que de contenidos. Es decir, en estos polos no se trabaja con un significado atribuido a lo que supuestamente el acto representa, sino con la descripción de lo que constituye la situación tensional. Mientras que en las neurosis defensivas se trabaja con la evocación y el develamiento del sentido de los síntomas, en las neurosis actuales trabajamos con la descripción de la presentificación y con una atribución secundaria de sentido a lo cuantitativo. Por “secundaria” queremos decir que es el analista quien le adjudica un sentido al acto que es “puro acto” para el paciente, que es incapaz de atribuirle una significación por sí mismo. En estos casos el psicoanálisis opera en forma diferente tratando de inscribir una escena a ser evocada en el futuro de la neurosis de transferencia. Sólo en este campo se podrá luego controlar la actuación y será posible la evocación de lo inscripto desde el aporte significativo del analista. La actua(liza)ción del conflicto por efecto de la desmentalización requiere de un texto elaborado por el analista, a ser inscripto por el paciente en un continente facilitado por el trabajo de ambos. Este texto será el dique que podrá contener el embate del acto evacuativo en lo somático.

El encuadre tradicional pone en marcha y favorece el dispositivo terapéutico que supone la diada asociación libre-atención flotante. Poco de ello puede ocurrir con estas modalidades de funcionamiento que imponen cambios en el encuadre, ya que se apuntaría a establecer representaciones que aporten un sostén para la ligadura de los estados tensionales. Los pacientes que tienden a la defensa orgánica, a la somatosis, o

al acting out, como formas de proteger al aparato psíquico, imponen la necesidad de creación de condiciones adecuadas para el establecimiento de un texto significativo que contenga la ansiedad desbordante. Contrariamente la utilización del encuadre clásico puede favorecer en ellos los comportamientos evacuativos, por su intolerancia al enfrentamiento con las vivencias de vacío, un vacío de inscripción en un sistema representacional que pueda funcionar como dique a lo puramente cuantitativo de lo tensional.

Ciertamente estamos en un espacio diferente del de las clásicas psiconeurosis. En estas situaciones no trabajamos con el levantamiento de la represión. Una vez más, recordemos que no se trata del develamiento de un texto, sino de la inscripción y armado del texto hasta ahora inexistente, de lo que no ha sido aún representado. En la creación del texto significativo apelaríamos más a la construcción que a la interpretación, intentando aportar vitalidad a funcionamientos disminuidos, incapaces de desarrollar la libre asociación, y que requieren una mayor actividad del analista.

JOSÉ EDUARDO FISCHBEIN

BIBLIOGRAFÍA

1. Abadi, Mauricio: "La Hipocondría; proposiciones acerca de su temática inconciente"(1961). Revista de Psicoanálisis. T18, 4.
2. Agrest de Wainer, Beatriz: - El presidente Wilson. Una perspectiva psicosomática. Simposio A.P.A. 1995.
3. Allouch Jean: (1975). Una terna freudiana: acto, acting-out y acción. Revista Uruguaya de Psicoanálisis : Trasgresiones.
4. Aslan C. M.: "Un aporte a la metapsicología del duelo". Revista de Psicoanálisis 1978.1.
5. _ "Ritualización y fenomenología del duelo". Revista de Psicoanálisis, 1979.6.
6. Avenburg, Ricardo: - La hipocondría como actual neurosis de los esquizofrénicos. Revista A.P de.B.A., Vol.Nº V 1-1983.
7. Badiou Alain : Ciclo de conferencias en Buenos Aires. Abril-Mayo 2000. Revista para pensar la política Nº especial 19-20, (2000).
8. Baranger, M. y W., Mom J. (1987). El trauma psíquico infantil de nosotros a Freud, trauma puro, retroactividad y reconstrucción. Revista de Psicoanálisis, tomo 44, Nº 4, Pág.745-774.
9. Baranger, Willy. (1969). El muerto vivo, estructura de los objetos en el duelo y en los estados depresivos. En "Problemas del campo psicoanalítico". Cap. 10, Editorial Kargieman. Buenos Aires, Argentina
10. Bekéi Marta (1984) : "Trastornos psicosomáticos en la niñez y adolescencia". Ediciones Nueva visión
11. _ Lecturas de lo psicosomático. (1991) Lugar Editorial.
12. Boschan, Pedro: - Hipocondría. Conferencia A.P-de.B.A. -1995
13. Braun, Julia (1982): "Sobreadaptación y falta de angustia señal". Rev. de la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados, Nº 7, Pág.11-18.
14. Chevnik, Mauricio: (1982) "Acerca de la concepción psicoanalítica del cuerpo". Rev. de la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados, Nº 7, Pág.19-41.
15. Chiozza, L.-Green, A.: (1992) Dialogo psicoanalítico sobre psicosomática, Alianza Editorial.
16. "DEISIS" Base Terminológica en Psicoanálisis. CD. AEAPG. (1999)
17. Diccionario de la Lengua Española 19º Edición, 1970. Espasa Calpe S.A.
18. Diccionario de Filosofía. José Ferrater Mora. Editorial Sudamericana, 1975. 5º Edición.
19. DSM IV., - F45.2 -Hipocondría.(300.7).
20. Ekboir de Grinberg, Julia. (1983): "Sobre la aceptación de la propia muerte". Revista Psicoanálisis. AP de BA, Vol. V, Nº4, Pág.73-92.
21. _ (1979)"El psicoanalista y el paciente con compromiso orgánico importante". Rev. de Psicoanálisis A.P.A., Tomo 36, Nº5, Pág.817-836.
22. Fenichel, Otto:- Teoría general de las neurosis. -Ed. Paidos -1964.
23. Fine A. Y Schaeffer J.: Interrogaciones psicosomáticas. (2000) Amorroutu Editores.
24. Fischbein, José (1976): "Sentimientos de inferioridad, alteraciones del esquema corporal y su relación con la concepción vincular del desarrollo psicológico". A.P.A. Trabajo de presentación Institucional. (No publicado).
25. _ (1982): Consideraciones acerca de la repercusión psicológica de los defectos físicos. Trabajo de presentación Institucional. (No publicado).
26. _ (1982): Una aproximación a "el cuerpo enfermo". Rev. de la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados, Nº 7, pag. 41-52.

27. _ (1982): "La interconsulta médico psicológica ". Ateneo del Servicio de Psicopatología del Policlínico Araoz Alfaro de Lanús.(No publicado)
28. _ (1986): "El pasaje al acto en el cuerpo". Rev. de Psicoanálisis, Tomo 43, N°5, pag.1023-1036.
29. _ (1988): "Irrupción somática. Una vía de acceso al psiquismo temprano". Rev. de Psicoanálisis, Tomo 45, N°5, pag.953-964.
30. _ (1990): "Sobre deudas, pactos y fetiches". Rev. de Psicoterapia Psicoanalítica, AUDEPP (Uruguay), Tomo III, N°2, pag.117-129.
31. _ (1993): "Patología del duelo y somatosis". APA. (Trabajo no publicado.)
32. _ (1995): "Trauma, respuesta somática e infancia". Revista. N/A, Psicoanálisis con niños y adolescentes, N°8, pag.140-149.
33. _ (1995): 100 años de trabajo psicoanalítico. Creación de un campo de trabajo. Publicación del XXIII Congreso interno y XXXIII Symposium de la A.P.A.
34. (1999) "Más Allá de la representación". Revista de psicoanálisis, Tomo LVI; N°2. Pag 241.
35. Fischbein, José y Vinocur de Fischbein Susana. (1998) Algunas reflexiones sobre la condición del objeto en el narcisismo. Revista de la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados N°24. Narcisismo: construcción del objeto y la subjetividad.
36. Freud, Sigmund. (1895): "Estudios sobre la histeria". OC: 10, Editorial Santiago Rueda. Buenos Aires. Argentina.
37. _ (1895) "Proyecto para una psicología para neurologos". O.C. 22. Los orígenes del psicoanálisis. Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
38. _ (1900) "La interpretación de los sueños" OC: 6-7, Editorial Rueda. Buenos Aires. Argentina. (1900): "CAP. VII, apartado B: "La regresión".
39. (1905): "Análisis fragmentario de una histeria". OC: 15, Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
40. _ (1908): "Teorías sexuales infantiles". OC: 13, Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
41. _ (1910): "Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicogénicas de la visión". OC: 13, Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
42. _ (1911): "Los dos principios del suceder psíquico". OC: 14, Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
43. _ (1911): "Schreber". OC: 16, Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
44. _ (1912): "Totem y Tabú". O.C.8. Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
45. _ (1913): "La disposición a la neurosis obsesiva". Editorial Rueda. Buenos Aires. Argentina.
46. (1914): Recuerdo, repetición y reelaboración. O.C. Vol.14., ". Editorial Rueda. Buenos Aires. Argentina..
47. _ (1915): "Los instintos y sus destinos". OC: 9, Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
48. (1915): "Lo Inconciente". O.C.: Vol.9.,. Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
49. (1915). "La aflicción y la melancolía. O.C.9. Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
50. _ (1914): "Introducción del narcisismo". OC: 14, Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
51. _ (1920): "Más allá del principio del placer". OC: 2. , Editorial S. Rueda. Buenos Aires.
52. _ (1923): "El Yo y el Ello". OC: 9, Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
53. _ (1925): "La negación". OC: 20, Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.

54. _ (1933): "Conferencia N°: 32. "La angustia y la vida pulsional". Vol.17. , Editorial S. Rueda. Buenos Aires. Argentina.
55. _ "El presidente Thomas Woodrow Wilson, un estudio psicológico". Buenos Aires, Letra Viva . (1973)
56. Giovacchini Peter L. (1993):: "Borderline Patients, the Psychosomatic Focus, and the Therapeutic Process". Jason Aronson. N.Jersey.
57. Gori, Roland: (1980) "El cuerpo y el signo en el acto de la palabra". Editorial Kapeluz. Buenos Aires. Argentina.
58. Green André. "Narcisismo de vida, narcisismo de muerte"(1986) Editorial Amorrortu.
59. _ La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. (1993) Editorial Amorrortu.
60. Horstein, Luis; "Cuerpo, Historia, Interpretación". Editorial Paidós- Psicología Profunda. Buenos Aires. 1991.
61. Isaacs, Susan.: (1936) "Naturaleza y Función de la Fantasía". En Desarrollos en Psicoanálisis. Ediciones Hormé. Buenos Aires 1962.
62. Israel Lucien, "el médico frente al enfermo". Editorial Loslibros dela frontera. Barcelona, 1976.
63. Kaufmann, Pierre. (1996) El Aporte Freudiano, Editorial Paidós, Buenos Aires.
64. Kijak, Moisés.(1980): "El síndrome del sobreviviente de situación extrema". Rev. De Psicoanálisis. A.P.A. pag.1275-1288.
65. Kreisler, L.: (1985)"La desorganización psicósomática del niño", Editorial Herder. Barcelona. España.
66. Kreisler L., Fain M., Soulé M. :(2001) " El niño y su cuerpo". Editorial Amorrortu.
67. Kristeva, Julia:(1988) "Lo real de la identificación", Las identificaciones. Editorial Nueva visión, Buenos Aires. Argentina.
68. Krystal Henry (1988): Integration and Self-Healing. Affect, Trauma, Alexithymia. Tle Analitic Press Inc. NY. USA.
69. Lacan, Jacques. Seminario 18, clase4, 17/2/1971.
70. Laplanche, J. y Pontalis, J.: (1971) Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor S.A. España.
71. Liberman, D. y col.: (1982) Del cuerpo al símbolo. Ediciones Kargiemán.<<<Buenos Aires, Argentina.
72. _ : (1982) "Los pacientes psicósomáticos vistos desde la clínica psicoanalítica". Rev. de la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados. N°7, pag.53-76.
73. Maladesky, A.: (1993) La transferencia desvitalizada. Rev. Psicoanálisis de APDEBA. , Vol XV, N° 2, pag.297-314.
74. Maladesky A. y col.-Compiladores (2005): "Psicosomática, aportes teórico-clínicos en el siglo XXI". Editorial Lumen.
75. Manfredi Turilazzi, S.(1975): "Algunas consideraciones acerca del tratamiento psicoanalítico de pacientes psicósomáticos". Rev. de Psicoanálisis A.P.A.. N°3, pag.565-584.
76. Marty, Pierre: (1992) La psicósomática del adulto. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
77. _ y M. Fain:(1964) "Perspectivas psicósomáticas sobre la función de las fantasías". En "Pierre Marty y las psicósomáticas". Martha T. De Calatroni -compiladora- Amorrortu 1998.
78. Marty P. Y Múzan "El pensamiento operatorio". Revista de Psicoanálisis. Tomo XL N° 4 1983.
79. Mc Dougall, Joyce: (1982) Alegato por una cierta anormalidad. Cap. V, VIII y IX.Ediciones Petrel.Barcelona, España.

80. _ : Teatros de la mente. Cap. V, VI, VII y VIII. Tecnipublicaciones S.A., España.
81. _ : (1992) Teatros del cuerpo. Julián Yebenes S.A. España.
82. Michel de M'Uzan : "Los esclavos de la cantidad"
83. La boca del inconciente : ensayos sobre la interpretación. Buenos Aires : Amorrortu, 1995.
84. Meltzer, Donald: -Significación de los fenómenos hipocondríacos en el método kleiniano de análisis de niños. 1965.
85. _ -La diferenciación de los delirios somáticos de la hipocondría. Estocolmo, 1963.
86. Mendilaharsu, S. y otros (1980): "El cuerpo en psicoanálisis". Rev. Uruguaya de Psicoanálisis. N°61, pag.33-50.
87. Millot Catherine. (1984) Exsexo, Ensayo sobre el transexualismo. Editora Catálogos-Paradiso. Point Hors Ligne.
88. Eckell de Muscio, Isabel: - La analizabilidad en un paciente psicossomático. Simposio A.P.A.-1995.
89. Pollock, George: "EL concepto de especificidad psicossomática su evolución y reevaluación". Ficha A.P.A.
90. _ : "Anniversary reaction, trauma and mourning" Pschoanalytic Quarterly. July 1970.
91. Pontalis, J.B. Entre el sueño y el dolor. -- Buenos Aires : Sudamericana, 1978.
92. Resnik, Salomón: Persona y psicosis. Cap. II y V. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
93. _ : -Hipocondría. En Enciclopedia de Psiquiatría. Edit. El Ateneo. 1977.
94. Rosenfeld, David: -Hipocondrías, delirio somático y esquema corporal en la práctica psicoanalítica. Revista de psicoanálisis. A.P.A. T 40, N°1. 1983.
95. Rycroft, Charles:- Diccionario de Psicoanálisis. Edit. Paidós.(1976)
96. Salvarezza Leopoldo (2001) : "El envejecimiento"-Psiquis,poder y tiempo. Eudeba.
97. Segal, Hanna (1957): "Notes on symbol formation". IJPA. Vol.XXXCIII. Pag.391-397.
98. Sibony Daniel: Perversiones. Dialogos sobre locuras "actuales". Siglo Veintiuno Argentina Editores (1990).
99. Tenorio de Calatroni, M.: "Pierre Marty y la psicossomática" (1998) Amorrortu Editores.
100. Todorov, Tzvetan: Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje. -- 2a ed. -- Buenos Aires : Siglo Veintiuno, 1975.
101. Winnicott, D.(1964): "La enfermedad psicossomática en sus aspectos positivos y negativos". Rev. Uruguaya de Psicoanálisis N°61, pag.11-22.
102. _ : (1949) La mente y su relación en el psiquesoma. Editorial Laia, Barcelona. España.
103. Winograd, B. y Yospe, J.(1981): "¿Son actuales las neurosis actuales?" Rev. Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados, N°9, pag. 23-35.