

Universidad Nacional de Rosario Facultad de Psicología



Trabajo Integrador Final

Título:

**“Procesos somáticos en adultos.
Aportes psicoanalíticos al estudio de sus causas”**

Modalidad de Presentación: Investigación Bibliográfica

Autora: Bustos De Palma, Fernanda

Legajo: B-5539/5

Docente Responsable: Martino, Pablo

2022

1. Agradecimientos

Ningún logro medianamente interesante que conlleve un esfuerzo sostenido en el tiempo puede darse de manera solipsista.

En la construcción de este armado de TIF agradezco a los profesores del espacio, en particular a Juan Francisco Cammardella y a Ivonne Laus por sus aportes y el seguimiento constante. A Pablo Martino, por aceptar la labor de tutor a cargo y facilitarme bibliografía que me ayudó a ampliar la mirada. Además, a todos los profesores de la Facultad por la dedicación en la enseñanza. Por fuera de la Universidad, agradezco al Dr. Marcos Díaz Metz por sus consejos sobre metodología y escritura. Y a la Lic. Ana Luisa De Palma, por brindarme directrices en cuanto a la elección de los referentes teóricos.

Nótese que el TIF está redactado en plural. Esto es para resaltar el hecho de que en el mismo se encuentran latente y presentes las voces de todos los que ayudaron a que este trabajo sea posible.

En lo afectivo agradezco a mi mamá, mi modelo a seguir y mejor amiga. A mi hermano, fuente de enseñanzas constantes irreductibles a cualquier cv. A mi abuela Luisa por abrirme las puertas de su casa para que pueda seguir estudiando. A mi novio, por elegirme y brindarme una relación tranquila. A Raquel, por habilitarme la palabra. A mis amigos que son mi familia adoptiva y adoptante.

ÍNDICE

1. Agradecimientos.....	1
2. Resumen.....	3
2.1. Palabras clave.....	3
Presentación del TIF.....	4
Objetivos.....	6
4.1. Objetivos generales.....	6
4.2. Objetivos específicos	6
5. Exposición crítica de las teorizaciones brindadas por los referentes teóricos seleccionados.....	7
5.1. Pierre Marty.....	7
5.2. Joyce McDougall.....	12
5.3. Luis A. Chiozza.....	16
Trabajo de comparación y sistematización.....	24
Conclusiones.....	27
Referencias bibliográficas.....	30

2. Resumen

Este TIF es una investigación bibliográfica que se propone exponer, a partir de un análisis crítico, algunas teorizaciones que nucleen el problema de las explicaciones causales de los procesos somáticos en el adulto en la corriente psicoanalítica freudiana, focalizando en tres autores: Marty, McDougall y Chiozza. Se plantea indagar, a su vez, en una serie de sugerencias circunscriptas a un abordaje clínico adecuado con respecto a las personas que presentan una mayor vulnerabilidad somática. Todo ello con miras a superar la problemática trazada y establecida como fundamento de la realización de este trabajo: que los psicoanalistas suelen caer en el equívoco de desestimar al cuerpo que no es erótico, estableciendo una grieta enorme entre el cuerpo erótico y el somático. Se advierte en los tres referentes una explicación causal común que tiende a considerar los procesos somáticos como un mecanismo de defensa con características particulares, que se diferencian a los de la neurosis o la psicosis. En cuanto al trabajo clínico con estas personas, se evidencia que presentan una mayor dificultad al abordaje psicoanalítico, ello por estar el método mismo del psicoanálisis, la asociación libre, dificultado enormemente en estos sujetos. Por último, se concluye que, pese a algunas diferencias, más que nada en los usos terminológicos, lo que se extrae como las premisas de los autores abordados no se contradicen, sino que, por el contrario, pueden armonizarse e integrarse fácilmente.

2.1. Palabras clave

Psicosomática- procesos somáticos- clínica psicoanalítica con adultos

metapsicología freudiana.

- 3 -

3. Presentación del TIF

Este Trabajo Integrador Final (en adelante TIF) se propone contraponer y sistematizar los desarrollos teóricos de una serie de autores que se posicionan en la corriente psicoanalítica freudiana, y que han problematizado el asunto de las causas de los procesos somáticos en el adulto.

Los autores, como se expondrá en el desarrollo del TIF, se han referido a lo que nosotros llamamos “procesos somáticos” utilizando diversas nominaciones. Para nombrar algunas: “trastornos psicósomáticos”, “manifestaciones psicósomáticas”, “manifestaciones somáticas”, “explosión psicósomática”, “enfermedad somática”, “reacciones psicósomáticas”, “alteraciones psicósomáticas”, “fenómenos somáticos”. Algunos han justificado su preferencia de la utilización de un término por sobre otros, en cambio, otros los han utilizado de manera indistinta e intercambiable.

La utilización de la nomenclatura “procesos somáticos” que hemos adoptado, por lo tanto, no es ingenua. Por un lado, utilizamos la palabra “proceso”, porque como veremos en la literatura, los seres humanos no vienen predestinados genéticamente a realizar somatizaciones. Esto se da a partir de insuficiencias que serán explicadas y tratadas a lo largo del TIF, y que responden a las historias en el desarrollo de los sujetos (entre otras causas). Por otra parte, empleamos el término “somáticos” para reforzar el hecho de que son respuestas que se visualizan en el cuerpo, en el soma, a diferencia, por ejemplo, de la neurosis obsesiva donde el conflicto psíquico se expresa mayormente en el plano intramental. Y por último preferimos la expresión “procesos somáticos” para evitar sesgos que denoten una parcialidad a favor de un autor en particular de los tratados en el TIF, tratando de aportar una mayor objetividad.

Por su lado, entendemos por “causas” -grosso modo- la búsqueda de los orígenes de por qué un sujeto, en nuestro caso el adulto, sea propenso a generar somatizaciones y no otros síntomas. Optamos por situarnos en el adulto ya que el mismo contaría con un sistema simbólico maduro y arraigado, a diferencia de lo que ocurre en la infancia, donde es entendible la predisposición somática.

La problemática de los procesos somáticos nos remite necesariamente a la psicósomática, campo al que refieren los autores que serán abordados en el TIF, en numerosos pasajes de sus obras. Dichos procesos constituyen su objeto de estudio por antonomasia, ahora bien, ¿qué entendemos por psicósomática? Adscribimos a la caracterización propuesta por Marty (1998):

La psicósomática representa uno de los aspectos importantes de la medicina actual. Es clínica, práctica y teórica. Su práctica reside en las psicoterapias de los enfermos somáticos, así como en la prevención de las enfermedades somáticas (...) El estudio de las imbricaciones del funcionamiento mental y del funcionamiento somático a lo largo del desarrollo individual constituye el objetivo mismo de la investigación psicósomática (p.126).

Después de esclarecer el concepto de psicósomática, resulta pertinente mostrar una problemática que se vincula con la práctica clínica y que fundamenta la importancia de realizar este TIF y que fue puesta en evidencia por diferentes autores, entre ellos Marty (1998), quien ha señalado:

Los psicoanalistas desestiman en general el cuerpo que no es erótico, y establecen en su intelecto una separación enorme entre el cuerpo erótico y el cuerpo somático, aunque sus relaciones son muy estrechas. El cuerpo enfermo representa para ellos una parte ajena de sus pacientes que sólo concierne al médico. Además, los analistas no se ocupan del cuerpo enfermo, salvo en casos graves, por ejemplo, en caso de renegación de la enfermedad (p.156).

Entonces, según esta problemática que a nuestro entender encierra una crítica, la mayoría de los analistas operarían en su práctica separando más de la cuenta el cuerpo

- 4 -

erótico del cuerpo somático. Esto explicaría que vean una ajenidad cuando el cuerpo somático enferma, atribuyendo a este casi de manera instantánea al médico. Creemos junto con Marty que realizar la labor clínica posicionándonos desde un divorcio mente cuerpo constituye un error.

Es por ello que este TIF podría constituir un aporte a quienes decidan trabajar desde un enfoque psicoanalítico para evitar caer en el apuntado equívoco. Más aún, podría también contribuir a ampliar la mirada de los profesionales de la salud, evitando incurrir en reduccionismos.

Si bien se puede hallar abundante bibliografía que tematiza el asunto de los procesos somáticos (por ejemplo, clasificaciones nosográficas, estudios de casos clínicos, propuestas de intervención, entre otros), con todo, no abundan estudios que contengan análisis y sistematizaciones que pongan la lupa exclusiva o predominantemente en las “causas” de dichos procesos, encontrándose esta información dispersa entre las obras de aquellos autores.

Por otra parte, la originalidad de este TIF, como se verá, también estará dada por un criterio específico de elección de los autores. Vimos que en trabajos anteriores las sistematizaciones se sustentaban en un criterio más general, por ejemplo, estableciendo diferencias entre escuelas, como la de París y Chicago. Asimismo, los trabajos que se basaban en un criterio autoral, combinaban mayormente autores lacanianos y freudianos.

Cabe señalar, que nuestro hilo conductor será, primeramente, identificar en la obra

de ciertos autores psicoanalíticos, sus explicaciones causales a los procesos somáticos en el adulto. Seguidamente, se realizará una comparativa crítica de los diferentes aportes conceptuales que ofrecen desde el marco psicoanalítico dichos autores, poniendo en negro sobre blanco tanto sus puntos de contacto como sus divergencias.

La materialidad en la cual se sustenta este TIF está dada por los siguientes autores: Joyce McDougall, Pierre Marty y Luis Chiozza. Estos autores resultan voces autorizadas porque han abordado la problemática que nos propusimos investigar, de manera original, con acribia y desde un enfoque teórico psicoanalítico.

En efecto, los tres parten de la metapsicología freudiana para luego hacer sus aportes originales, apoyándose en su vasta experiencia clínica.

El material objeto de revisión con el que trabajaremos será, de Chiozza, los libros titulados *Los afectos ocultos en...psoriasis, asma, trastornos respiratorios, varices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas, accidentes cerebrovasculares* y *Los sentimientos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, varices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas, accidentes cerebrovasculares*; de Marty, *La psicósomática del adulto* y Marty y la *psicósomática*, compilado por Marta T. de Calatroni; y, por último, de McDougall, *Teatros de la Mente, ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico* y *Teatros del Cuerpo*.

- 5 -

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Exponer las teorizaciones de Marty, McDougall y Chiozza que nuclean el problema de las explicaciones causales de los procesos somáticos, pretendiendo superar el divorcio entre el cuerpo erótico y el cuerpo somático en el abordaje clínico.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar y desarrollar las premisas basales de los autores seleccionados que condensan las explicaciones sobre las causas de los procesos somáticos en los adultos.
- Explicitar los modos de abordaje clínico adecuados con respecto a las personas que presentan una mayor vulnerabilidad somática.
- Considerar las posibilidades de superación del divorcio entre el cuerpo erótico y el cuerpo somático en el abordaje clínico.

5. Exposición crítica de las teorizaciones brindadas por los referentes teóricos seleccionados

5.1. Pierre Marty

El autor a la hora de hablar de procesos somáticos en su ribete patológico, prefiere la denominación de *manifestaciones somáticas*. Veamos a continuación el motivo:

No utilizo la expresión “manifestaciones psicósomáticas” porque el funcionamiento humano es psicósomático por esencia. Es sin duda mejor designar “manifestaciones somáticas” a las que se relacionan, por supuesto, con las manifestaciones mentales, y que en general aparecen en ausencia de estas últimas (Marty, 1998, p.156).

De esta aseveración se destaca, a nuestro entender, otra enunciación que, aunque ubicada al final, no resulta por ello menos importante, a saber, que las *manifestaciones mentales* en general aparecen ausentes en las llamadas por Marty *manifestaciones somáticas*. De esta breve orientación conceptual nos permitimos extraer una característica. Para enunciarla con más claridad: Las manifestaciones somáticas suelen estar emparentadas a una ausencia de manifestaciones mentales.

Empecemos por desarrollar la primera premisa, a saber:

Cuanto menos rico en representaciones sea el Prcc de un individuo y cuanto menos rico sea en las relaciones de permanencia de las representaciones existentes, más correrá el riesgo la patología eventual de situarse en el plano somático (Marty, 1992, p.58).

Podemos ver de manera nítida como Marty (1992) sitúa en el centro de la economía psicosomática al *Preconsciente* y a sus componentes esenciales, las *Representaciones*. No podemos hablar de *Representaciones* sin referirnos al concepto de *Mentalización*. Este concepto, se circunscribe a aspectos del aparato psíquico que involucran la cantidad y la calidad de las representaciones psíquicas, base de la vida mental de todos los sujetos. "La mentalización trata, pues, de la cantidad y de la calidad de las representaciones en un individuo dado" (Marty, 1998, p.112).

Empecemos por el concepto de *Representación*, para luego ir a sus posibles características, que estarán determinadas teniendo en cuenta la cantidad y la calidad. Advirtamos como define el autor a la representación:

Las representaciones consisten en la evocación de las primeras percepciones que se han inscripto y que dejan huellas mnémicas. La inscripción de las percepciones y su posterior evocación se acompañan, la mayoría de las veces, de tonalidades afectivas agradables o desagradables (Marty, 1998, p.112).

Según Marty (1998) estas primeras percepciones que se han inscripto y que por ello revisten la posibilidad de ser evocadas a posteriori, se hallan en el preconsciente y además allí es dónde establecen sus ligaduras. Ahora bien, el padre del psicoanálisis ya puntualiza dos tipos de representaciones. Tenemos por un lado a las *representaciones de cosas* que son las primeras en emerger. Y luego devienen las *representaciones de palabras*. Empecemos por conceptualizar a las representaciones de cosas:

Las representaciones de cosas recuerdan realidades vividas de orden sensorio-perceptivo. De ellas surgen las asociaciones sensoriales y perceptivas, así como las asociaciones de comportamientos. Pueden estar ligadas a afectos, pero no se prestan por sí solas a las

- 7 -

asociaciones de ideas, ya que no parecen casi movilizables por el aparato psíquico (Marty, 1998, p.113).

Entonces, las representaciones de cosas, primeras en su aparición están vinculadas a experiencias senso perceptivas y no se presentarían por sí solas a las asociaciones de ideas. Este señalamiento nos parece que tiene una implicancia importante a la hora del trabajo clínico desde la corriente psicoanalítica, ya que como se sabe, el método es la asociación libre y el vehículo nada más ni nada menos que la palabra. Pero sigamos desglosando el concepto que nos convoca en este momento.

Dijimos que las representaciones pueden ser de cosas y de palabras. Vayamos ahora a tratar de dar vislumbre al concepto de representación palabra:

Las representaciones de palabras se producen mediante la percepción del lenguaje de los otros, desde el más elemental hasta el más complicado. Al principio, las representaciones de palabras son todavía de orden sensorial como las representaciones de cosas, si bien van abandonando este estatuto durante el desarrollo individual. Nacen de las comunicaciones con la madre, y luego mantienen y organizan las comunicaciones con los otros individuos, facilitando poco a poco las comunicaciones consigo mismo, es decir, las reflexiones interiores. Las representaciones de palabras constituyen la base fundamental de las asociaciones de ideas (Marty, 1998, p.113).

Siguiendo las ideas del autor con respecto a las representaciones de palabras, remarcamos el hecho de que para que estas aparezcan se necesita la implicancia de otro, ya que puntualiza que nacen de las comunicaciones con la madre. Nos parecería mejor, asumiendo nuestra perspectiva de época, hablar de función materna y no madre a secas, ya que nos conduce a nuestro entender a consecuencias equívocas. Le podríamos preguntar al autor. ¿Si la mujer “madre” fallece a la hora del parto, este niño estaría condenado a no producir nunca más representaciones palabra? Entendemos que se trata de un sesgo epocal. Por otra parte, nos parece conveniente remarcar que son las representaciones de palabras las que nos habilitan las asociaciones de ideas. Pasando en limpio, el sistema Prcc estaría constituido por las ligaduras que conforman las representaciones de palabras y las representaciones de cosas.

Marty (1998) advierte que de manera patológica puede darse el hecho de que las representaciones de palabra se reduzcan a representaciones de cosas perdiendo la mayoría de los componentes afectivos, simbólicos y metafóricos adquiridos durante el desarrollo. Esto nos recuerda a una observación del autor que emerge de su trabajo clínico “Es como si las complejidades de la vida mental no existieran en los individuos que nos referimos, como si los afectos promovidos por el lcc, que son permanentes en otros, hubieran sido apartados” (Marty,1992, p.53).

Comencemos por tratar las características de las representaciones que se hallan en el preconsciente y que están dadas según la cantidad y calidad de las mismas. Con respecto a ello el autor sitúa:

Su *cantidad* está relacionada con la acumulación de estratos de representaciones durante las distintas épocas del desarrollo individual, principalmente la primera infancia y la niñez. Su *calidad* preconsciente reside a la vez: en la capacidad de su evocación; en la capacidad, durante su evocación, de ligarse con otras representaciones de la misma época o de épocas diferentes, todo lo cual proporciona las asociaciones más ricas (Marty,1998, p.114).

Podría decirse, desde las postulaciones de este autor que las representaciones pueden valorarse tanto cualitativamente, siendo estas más ricas cuando permiten una amplia gama de asociaciones al ligarse con otras de la misma época o de épocas

- 8 -

diferentes, como cuantitativamente, asumiendo que su acumulación es mayor en la primera infancia y la niñez. Marty (1998) es preciso al decir que, en la clínica de los enfermos somáticos, aparecen en estos sujetos marcadas diferencias en cuanto a la calidad y cantidad de las representaciones, señalando que a veces las representaciones parecen ausentes o reducidas en su cantidad y en su calidad.

Pasaremos a continuación a tratar la segunda premisa extraída:

Cuando las excitaciones que se producen en nosotros no se mitigan o no circulan, se acumulan y terminan por afectar los aparatos somáticos de manera patológica

(Marty,1998, p.110).

Leemos que nuestra segunda premisa es una consecuencia esperable de la primera. Es lógico pensar que un aparato psíquico poco enriquecido en representaciones verá limitada la capacidad elaborativa de las excitaciones.

Marty (1998) hace una aseveración muy importante al decir, por un lado, que las excitaciones que se producen en nosotros tienen la posibilidad de irse acumulando y, por otra parte, que cuando esto sucede puede haber una afectación patológica. Para que esto no suceda, existe un mecanismo que él llama *metabolización*. Este trabajo de metabolización que está al servicio de reducir las excitaciones puede realizarse a través de dos vías. Una de ellas a partir de un trabajo mental de elaboración. La otra forma, remite ya a actividades que involucran la motilidad y las sensaciones, estas pueden estar ligadas o no al trabajo mental. “Cuando, por diferentes razones, estas dos vías no están disponibles, son los aparatos somáticos los que responden a las excitaciones. Así se constituye el principio de las somatizaciones” (p.282).

Los acontecimientos y las situaciones que se nos presentan, y que tienen mayor o menor trascendencia, alteran nuestra afectividad y desencadenan excitaciones que conviene descargar. Las principales posibilidades que tenemos de metabolizar y de reducir nuestras excitaciones consisten, en primer lugar, en un trabajo mental de elaboración de las excitaciones experimentadas y, en segundo lugar, en comportamientos sensoriales y motores diferentemente ligados o no al trabajo mental. En general, se puede afirmar que cuando las excitaciones que se producen en nosotros no se mitigan o no circulan, se acumulan y terminan por afectar los aparatos somáticos de manera patológica (p.110).

Entendemos que según Marty (1998) los acontecimientos que atravesamos suscitan inexorablemente en nosotros excitaciones internas. Estas pueden ser de mayor o menor intensidad. Con respecto a estas excitaciones aduce que: “Si son muy intensas, repetidas y excesivas, se acumulan y conducen a estados de tensión que se muestran insoportables para los sistemas funcionales que las reciben, cualesquiera que sean estos sistemas, y los desorganizan impidiéndoles funcionar” (p.281).

Para ejemplificar lo que plantea Marty recurriremos a una metáfora. Vamos a imaginarnos un arroyo, a veces el arroyo esta calmo (las excitaciones están bajas) a veces debido a la afloración de una tormenta el arroyo crece y se presenta ante nuestros ojos con un fluir más violento, pero sigue su cauce natural (las excitaciones aumentan, pero hay capacidad de elaboración). Ahora bien, ¿Qué pasa si de algún modo u otro obturo ese cauce? El arroyo seguiría con la misma cantidad de agua, pero no tendría como drenarla de manera natural, se acumularía el agua y la tensión tampoco sería menor. ¡Hasta se podría desbordar generando inundaciones en el pueblo lindero!, (se produce la manifestación somática).

Marty (1998) sitúa tres tipos de fenómenos que pueden obstaculizar en el individuo adulto la elaboración mental. El primero de ellos remite a la primera premisa y aduce que es la *insuficiencia de organización del preconsciente* este se relaciona con la pobreza

cuantitativa y cualitativa de las representaciones. Asevera el autor que el funcionamiento preconsciente del adulto se basa, en parte, en el sistema de representaciones establecido en la primera infancia. Y según lo que ha podido observar, las insuficiencias de organización del preconsciente del adulto están ligadas, con gran frecuencia, a la falta de disponibilidad afectiva de la madre con su bebé.

El segundo de ellos remite a las *desorganizaciones mentales*. En cuanto a las mismas señala: “quien dice desorganización dice exceso de excitaciones y traumatismo”

(Marty,1998, p.285) y diferencia las que son temporales de las permanentes. Explica que hay algunos sujetos cuyo sistema representacional parecía funcionar de manera correcta y pierden de manera brusca este sistema. Puede ser que este sistema desaparezca de manera definitiva, dando lugar a una vida automática, llamada operatoria. Otras veces el sistema de representaciones desaparece de manera provisional, para reaparecer después de manera íntegra. Señalando con respecto a estos casos que “no se trata de una insuficiencia fundamental del preconscious sino de una fragilidad de este sistema” (p.285). Hay un primer síntoma que se presenta en estas rupturas y es siempre de orden depresivo.

El tercer fenómeno es la *supresión de algunas representaciones o de ciertos pensamientos*. Este fenómeno no hay que confundirlo con la represión ya que estas representaciones afloran a la conciencia y son entonces rechazados, apartados de la conciencia durante un tiempo. Señala además que al sobrevenir nuevas excitaciones pulsionales, el conflicto interno que desencadena las evitaciones y las supresiones consiste aquí o en un despertar de conflictos antiguos dolorosamente vividos o en una oposición entre representaciones y algunos ideales de pensamiento y de conducta más o menos severos y ya instalados.

Hasta aquí, podemos resumir nuestra segunda premisa diciendo que el tema de la causa de la enfermedad somática para Marty (1998) está dado por cómo se nos presentan las excitaciones y concomitantemente con esto nuestra capacidad de descargarlas, reabsorberlas o integrarlas, es decir, *metabolizarlas*. “En general, se puede inferir la cantidad de excitaciones por el grado de afectividad con que el sujeto inviste sus necesidades y sus deseos” (p.289).

A su vez, el autor postula una regla general: “las enfermedades somáticas resultan, por regla general, de las inadecuaciones del individuo a las condiciones de vida que le tocan vivir” (Marty,1992, p.61). Esto nos abre la puerta para pensar que las enfermedades somáticas no tendrían una vinculación estrecha con los acontecimientos en sí, sino en la falta de recursos del individuo para enfrentar tales acontecimientos.

El rebasamiento de las posibilidades de adaptarse corresponde, en psicósomática, a la noción de traumatismo. El efecto desorganizante final sobre los aparatos mental y somático define al traumatismo (...) Por regla, los traumatismos afectan en primer lugar al aparato mental, que busca así dar trámite en el interior de sí mismo a la variación de excitaciones que aquellos provocan. De esta manera, el aparato mental bloquea, taponaa y atempera o no, los movimientos de desorganización antes que lleguen al terreno somático (Marty,1992, p.63).

Pasemos ahora a dos premisas de carácter particular. Podemos leer en Marty (1998) una especificación para las enfermedades reversibles y otra para las enfermedades graves o no reversibles.

Las *enfermedades reversibles* son para Marty (1998) el resultado de regresiones. El autor explica que:

La puesta en marcha de nuevas organizaciones funcionales, más complejas que las precedentes, se produce a todo lo largo del desarrollo individual, desde el estado intrauterino hasta la edad adulta (...) esta puesta en marcha no se cumple siempre fácilmente.

Detenciones en el desarrollo pueden ocurrir a causa del retardo de ciertas funciones en inscribirse dentro de las nuevas organizaciones. Diversas razones actúan como desencadenantes; entre ellas, la cantidad de excitaciones, sea el exceso, desde ya, o la falta, figuran en primer plano. El resultado de esto, en el nivel de las funciones que tardan en inscribirse en las organizaciones más recientes, son los valores vitales particulares que

denominamos *fijaciones*. En efecto, los niveles funcionales marcados por las fijaciones van a constituir; durante toda la vida del sujeto, *lugares de vulnerabilidad y de defensa a la vez*. Vulnerabilidad porque los niveles funcionales involucrados atraerán, más fácilmente que otros, a los trastornos patológicos. Defensa porque, ante una desorganización que podría continuar sin detenerse de función en función en algunos individuos, en otros, gracias a estos niveles funcionales fijados, se muestran particularmente resistentes e impedirán la desorganización. Constituirán, así, posiciones privilegiadas de repliegue que llamamos las *regresiones* (p.290).

A modo de clarificar lo expuesto con anterioridad, podemos decir que Marty (1998) señala que las organizaciones funcionales evolucionan hacia un orden que tiende a la complejidad. Las organizaciones funcionales nuevas siempre van a ser más complejas que las precedentes. Ahora bien, puede ocurrir que ciertas funciones se inscriban dentro de las nuevas organizaciones con notable dilación. De esta dilación resultan las fijaciones. La causa del retraso estaría dado por la cantidad de excitaciones, sea el exceso, o su falta.

Para aportar a la comprensión tráigase a cuento la definición de fijación:

La fijación hace que la libido se una fuertemente a personas o a imagos, reproduzca un determinado modo de satisfacción, permanezca organizada según la estructura característica de una de sus fases evolutivas. La fijación puede ser manifiesta y actual o constituir una virtualidad prevalente que abre al sujeto el camino hacia una regresión (Laplanche & Pontalis, 1971, p.161).

Los niveles funcionales marcados por las fijaciones van a constituir; durante toda la vida del sujeto, y de manera simultánea, *lugares de vulnerabilidad y de defensa*. La característica defensiva explica por qué no se llega a una somatización grave, ya que impiden la desorganización.

Los niveles funcionales marcados por las fijaciones constituyen las posiciones privilegiadas de repliegue, es decir, las regresiones. A continuación, cito la definición de regresión:

Dentro de un proceso psíquico que comporta una trayectoria o un desarrollo, se designa por regresión un retorno en sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente.

Considerada en sentido *tópico*, la regresión se efectúa, según Freud, a lo largo de una sucesión de sistemas psíquicos que la excitación recorre normalmente según una dirección determinada.

En sentido *cronológico*, la regresión supone una sucesión genética y designa el retorno del sujeto a estas etapas superadas de su desarrollo (fases libidinales, relaciones de objeto, identificaciones, etc.).

En sentido *formal*, la regresión designa el paso a modos de expresión y de comportamiento de un nivel inferior, desde el punto de vista de la complejidad, de la estructuración y de la diferenciación (Laplanche & Pontalis, 1971, p.161).

Con respecto a las regresiones psicósomáticas, Marty (1998) señala que las mismas comienzan por lo general por una relativa desorganización mental de corta duración. Ellas provocan finalmente una afección somática. “A partir de esa afección se instala una reorganización general del sujeto, tanto somática como mental. Las enfermedades regresivas son, por lo tanto, reversibles” (p.290).

Por último, en lo que respecta a las *enfermedades graves*, Marty (1998) le suma al exceso de excitaciones sin posibilidad de circulación mental ni de comportamientos otra causalidad, a saber, la *carencia de posibilidades regresivas*, posibilidad que fue

desarrollada anteriormente.

5.2. Joyce McDougall

Empecemos por desarrollar la primera premisa de la autora que toma a los procesos somáticos como un mecanismo defensivo de carácter predominantemente evitativo. Veamos este postulado más ampliado:

Los síntomas psicósomáticos, aunque puedan adquirir un significado simbólico secundario e incluso proporcionar beneficios secundarios, son, ante todo, el resultado de mecanismos de evitación que no están compensados por la creación de síntomas psicológicos. Naturalmente, estos mecanismos de evitación pueden también considerarse como intentos rudimentarios de curarse a sí mismo, expulsando del conocimiento psíquico cualquier forma de dolor mental (McDougall, 1987, pp. 111-112).

Esta afirmación sitúa a estos pacientes caracterizándolos a partir de un modo particular a la hora de hacer frente a su dolor psíquico; correspondería a la eliminación radical de cualquier representación de ideas intensamente cargadas de afecto. Esto lleva a la suposición ulterior de que el conflicto mental es desaprobado y expulsado de la psique, para ser, en su lugar, descargado a través del cuerpo. Es por ello que la autora lee en los síntomas psicósomáticos un mecanismo de privación de las representaciones rechazadas.

En desarrollos ulteriores de su teoría podemos observar que estas conceptualizaciones se mantienen y son descriptas con más profundidad. A saber:

Cuando para una representación rechazada del consciente no existe posibilidad de recuperación en forma de síntoma o de sublimación se puede hablar, posiblemente de *privación psíquica* (...) Observamos entonces que de lo que verdaderamente carece la psique es de palabras, o más exactamente de lo que Freud llamó *representación de palabra* (1915b). en su lugar, la psique sólo dispone de *representación de cosa* (...) en la regresión psicósomática (...) las palabras, vaciadas de su contenido afectivo, pierden su valor simbólico y se tratan como cosas: la experiencia psíquica que debieran contener (es decir, las representaciones de palabra y el afecto que les está ligado) es eyectada fuera de la psique, en lugar de ser reprimida para alimentar el capital psíquico del que se sirve la psique para fabricar síntomas psicológicos; éstos servirán eventualmente para preservar el cuerpo de la explosión somática. Cuando, por el contrario, la psique dispone únicamente de las palabras escindidas de la representación de cosa para rendir cuenta de acontecimientos que además han perdido su valencia afectiva (...), nos encontramos ante lo que podríamos llamar registros psíquicos primitivos: no queda más que el registro de la representación de cosa. Su evocación no puede hacerse sin riesgo de descarga corporal. Es entonces cuando la vulnerabilidad psicósomática puede agudizarse súbitamente (McDougall, 1989, pp. 72- 73).

Entendemos que McDougall (1989), se refiere a la *privación psíquica* cuando la misma carece de representaciones de palabra. Esto se presenta de manera distintiva en las personas que tienden a realizar procesos somáticos. Cuando opera la privación psíquica, es decir, cuando la psiquis carece de representaciones de palabra opera un vaciamiento de su contenido afectivo, quedando solamente el registro de las representaciones de cosa.

Esta crucial causa circunscripta a un mecanismo defensivo evitativo (como lo designa en su obra *teatros de la mente*) o privativo (como aparece nominado en su obra *teatros del cuerpo*), probablemente explicaría por qué, McDougall (1987) en consonancia con otros autores, efectúan una descripción similar a la hora de referirse a los sujetos somatizadores, aduciendo que los mismos suelen permanecer ajenos a los conflictos mentales y a su dolor psíquico. De hecho, nota en su trabajo clínico que es raro que estos sujetos asocien sus enfermedades fisiológicas a su padecimiento psicológico. En este mismo sentido la referente expresa:

Es quizás esta total ignorancia de los afectos excesivamente dolorosos o excitantes, con su consiguiente conflicto mental, lo que contribuye a la ahora ya clásica descripción de una estructura de personalidad supuestamente psicósomática u operatoria, en la que aquellos hechos catastróficos que pudieran causar un considerable dolor psíquico en la mayor parte de la gente son considerados con aparente calma y un estado inusitado de falta de afectos, conocido como *alexitimia* (p.114).

En consonancia con esto, McDougall (1987) señala que cuando el analizado habla de manera extremadamente racional y en su discurso no se puede ver tamiz afectivo alguno, y cuando la comunicación se reduce a acciones y reacciones, es señal de que allí no hay elaboración psíquica, ni siquiera bajo la forma de sintomatología neurótica o psicótica, sino que se está externalizando en el mundo, a través de un acto sintomático o se está descargando somáticamente.

Hasta aquí entonces, la causalidad de los procesos somáticos para la autora se anuda a un mecanismo defensivo de carácter predominantemente evitativo o privativo. Esto se observaría en los enfermos somatizadores mayormente en su discurso, un discurso en extremo racional, en apariencia sin carga afectiva en su desarrollo.

Pero podemos ir más allá en la búsqueda del origen de la causa de los procesos somáticos y preguntarnos ¿por qué estas personas tienden a responder ante el dolor psíquico de esta manera y no de otra? Podemos rodear la pregunta diciendo que la autora se percató por sus observaciones clínicas que los orígenes de tales fenómenos tienen sus raíces muy a menudo en la primera infancia:

El estudio de los trabajos especializados sobre las manifestaciones psicósomáticas de la primera infancia me hizo comprender que en ocasiones mis pacientes adultos funcionaban psíquicamente como niños pequeños que, al no poder utilizar las palabras como vehículo del pensamiento, no podían reaccionar más que psicósomáticamente a una emoción dolorosa (...) las estructuras psíquicas más antiguas del niño pequeño se articulan alrededor de significantes no verbales, donde las funciones corporales y las zonas erógenas desempeñan un papel primordial (...) es tentador concluir que nos encontramos frente a un modo arcaico de funcionamiento mental que no se sirve del lenguaje (McDougall, 1989, p.20).

Según lo que expresa McDougall (1989), entendemos que los procesos somáticos en los adultos estarían vinculados a un modo de funcionamiento mental propio del infante, cuya característica principal es la de no servirse del lenguaje. Este señalamiento nos conecta de manera directa con lo que nosotros leemos como su segunda afirmación a la hora de abordar la causalidad de los procesos somáticos, a saber: "Estos síntomas representan intentos infantiles de autocuración y se crearon como soluciones para un dolor mental intolerable" (p.18).

La afirmación que nos antecede nos sitúa en los primeros años del infante y nos convoca a investigar sobre sus interrelaciones con sus cuidadores. McDougall (1989) refiere a la importancia de las primeras interacciones madre-lactante en muchos pasajes de su obra. Expresa que los bebés emiten señales de manera constante que indican sus

necesidades, preferencias y aversiones. Estas señales deben ser interpretadas por la madre. Pero puede suceder que la madre no sea capaz de realizar tales interpretaciones o que lo coaccione por la imposición de sus propios deseos. Cuando esto sucede el bebé puede construir, con sus escasos recursos, modos de protección contra sus crisis afectivas y el agotamiento resultante de las mismas. Esta viñeta se señala a lo largo de la obra de la autora como típica de la infancia de los adultos somáticos y puede observarse, a su vez, en el trabajo clínico con los mismos.

A continuación, cito dos pasajes de la obra de la autora donde se cristalizan estos hallazgos:

Inevitablemente, el inconsciente de la madre, tal como se refleja en la representación mental del niño, emerge lentamente durante el tratamiento psicoanalítico del adulto. Las prohibiciones prematuras-prohibición de gestos, de movimientos y de la expresión espontánea de estados emocionales- pueden ser captadas muy pronto por el niño pequeño, antes incluso de la adquisición del lenguaje (McDougall, 1989, p.57).

En lo referente a las manifestaciones psicósomáticas en el adulto es posible hallar, durante el análisis, mecanismos de defensa arcaicos al alcance de todos los niños, puesto que la parte infantil primitiva está “encapsulada” dentro de la personalidad adulta, pero siempre presta a ocupar la escena psíquica cuando las circunstancias provocan un estrés excesivo (p.50).

En el mismo sentido afirma que, con respecto a las manifestaciones psicósomáticas, podemos estar seguros que “son otras tantas ilustraciones del trabajo psíquico de un niño pequeño sometido a un sufrimiento mental, causado por factores situados mucho más allá de su capacidad de control” (McDougall, 1989, p.49).

Hay otra particularidad que McDougall (1989) tiene en cuenta con respecto a la relación madre-lactante y remite a que la vida psíquica comienza siempre a partir de una experiencia de fusión que conduce a la fantasía de que sólo existe un cuerpo y una psique para dos. La madre de manera intuitiva, recrea esta ilusión respondiendo rápidamente a las demandas y necesidades de su hijo. Lo que permite esto, es que el bebé introyecte una imagen interna tranquilizante, para que en un momento ulterior se de paso naturalmente a la etapa de separación.

El llanto del bebé y sus señales de desamparo incitan a la madre a responder intuitivamente a este requerimiento urgente, consolando al lactante y recreando la ilusión del Uno (...) con la capacidad para mantener esta ilusión, la madre otorga al bebé la posibilidad de integrar una imagen interna esencial del entorno materno, que le tranquiliza o simplemente le permite abandonarse apaciblemente al sueño (...) Cuando la relación madre-hijo es “suficientemente buena” (según la terminología de Winnicott), a partir de la matriz somatopsíquica original se desarrollará una diferenciación progresiva en la estructuración psíquica del niño pequeño entre su propio cuerpo y esta primera representación del mundo exterior que es el cuerpo materno, el “pecho-universo”. Paralelamente, lo psíquico irá distinguiéndose poco a poco, en la mente del niño, de lo somático (McDougall, 1989, p.42).

Podemos interrogarnos ¿qué tiene que ver esta experiencia temprana de fusión madre-bebé con nuestro tema de las causas de los procesos somáticos? En las siguientes citas se apreciará esta conexión:

Cuando un adulto representa inconscientemente sus límites corporales como mal

definidos o no separados de los demás, las experiencias afectivas con otra persona importante para él (o a veces con cualquiera que consiga movilizar por casualidad la memoria del cuerpo de

- 14 -

un trauma psíquico antiguo) pueden provocar una explosión psicosomática, como si, en tales circunstancias, no existiera más que un cuerpo para dos (McDougall, 1989, p.20).

Aún me sorprendió más darme cuenta de que aquellos pacientes, de alguna manera, *preservaban* inconscientemente esta capacidad para caer enfermos como si les permitiera una "salida", como si necesitaran, en períodos de crisis, palpar sus límites corporales y asegurarse así un mínimo de existencia *separada* de cualquier otro objeto significativo (p.34).

Dijimos más arriba que se desarrollará una diferenciación progresiva cuando la relación madre-bebé es suficientemente buena. Sabemos que en muchos casos tal relación no reviste esta cualidad y que por diversas razones la madre puede entorpecer el avance del niño hacia su diferenciación. Cuando este proceso de separación por diversas razones opera lábilmente, se visibiliza en el adulto en sus enfermedades somáticas, ya que los mismos las utilizarían como un recurso inconsciente para palpar sus límites corporales.

Antes de desarrollar nuestra tercera afirmación, nos permitimos situar una advertencia realizada por la autora con respecto al trabajo clínico con pacientes somatizadores:

Toda petición de ser liberado de síntomas psicológicos es una paradoja, en la medida en que estos síntomas representan intentos infantiles de autocuración y se crearon como soluciones para un dolor mental intolerable. Consecuentemente, existe una potente fuerza interna que teme la desaparición de los síntomas, a pesar de los sufrimientos que estos causan. Esto tendrá como efecto una sólida resistencia al proceso analítico (McDougall, 1989, p.18).

Observaremos tarde o temprano que rehúsan con vehemencia a indagar los factores psíquicos que alimentan la vulnerabilidad psicosomática. Luchan, (...), con una determinación de la que ellos mismos no son conscientes, para proteger sus creaciones somáticas. Sería incluso temerario incitar a nuestros pacientes a examinar estos factores mentales, cuando la resistencia que oponen es demasiado fuerte o cuando el deseo de profundizar en sus causas está totalmente ausente (p.54).

Nos damos por advertidos. El motivo de consulta, como se lo suele conocer en la clínica, de palear una afección somática, puede ir de la mano de un deseo inconsciente (o no tan inconsciente debido a los beneficios secundarios de la enfermedad) de no curación de dicha afectación. Esto no es exclusivo en las enfermedades somáticas, sino que se da en diferentes síntomas psicológicos. Este contenido latente explicaría las marcadas resistencias en el proceso psicoanalítico.

Pasemos a nuestra tercera afirmación. Entendemos que para comprender el significado de la misma deben tenerse presente las otras dos afirmaciones que la anteceden. Veamos esta afirmación con más amplitud:

La fantasía fundamental es que el amor lleva a la muerte y que solamente la ausencia de toda libido garantiza la supervivencia psíquica; y por lo tanto el sujeto busca, mediante un trabajo de desafectación, proteger su supervivencia mental, ya que teme perder no solamente las barreras psíquicas contra la implosión provocada por los otros, sino también

la pérdida de sus propios límites corporales. Se hace entonces necesario mantener una barrera desvitalizada frente a la investidura narcisista de su propio cuerpo y de su propia psique. A su vez, esto puede aumentar la vulnerabilidad psicosomática hasta un grado alarmante, y convertirse así en una amenaza contra la vida misma (McDougall,1989, p.46).

En los enfermos somáticos habría un denominador común además de los mencionados con anterioridad que se asocian a la causalidad de los procesos somáticos,

- 15 -

y es la existencia en los mismos de una fantasía inconsciente. Esta fantasía de carácter inconsciente puede dividirse en dos partes. La primera remite a un peligro y es que el amor lleva a la muerte. Entendemos que esto debe leerse en consonancia con los desarrollos de la segunda afirmación, donde mencionamos la experiencia de la violencia en la interpretación, en la cual la madre no logra traducir las señales que emite el bebé o, haciéndolo, interpone sus propios deseos desoyendo los del bebé. Se suma un atravesamiento por la etapa que corresponde a la separación que transcurre de manera lábil.

El segundo componente de la fantasía estaría dado por un modo de hacer frente al peligro de muerte que de algún modo se ha asociado a la experiencia amorosa. Este componente, refiere a que la ausencia de libido garantiza la supervivencia psíquica. Entendemos que debe comprenderse con los desarrollos de nuestra primera afirmación, en particular la parte donde puntualizábamos el mecanismo de la privación psíquica, es decir, cuando la psiquis carece de representaciones de palabra operando un vaciamiento de su contenido afectivo, quedando solamente el registro de las representaciones de cosa.

Esta fantasía que asocia al amor y la muerte, señala la autora, se halla enmascarada de un modo peculiar:

Está enmascarada por una dependencia adictiva a personas investidas narcisísticamente, y consideradas como partes de sí mismos. Toda perturbación en la relación con estos "objetos del self" puede sumir al paciente en una angustia extrema, acompañada por un recrudecimiento de los síntomas psicosomáticos. En la situación analítica tales fenómenos tienden a resurgir como reacción a toda separación del analista, ofreciendo así la posibilidad de poner en palabras, por primera vez en la vivencia del paciente, las señales primitivas no verbales relegadas por la psique y expresadas mediante el funcionamiento somático. De esta forma, representaciones no reconocidas cargadas de afecto, de terror, o de rabia constituyen frecuentemente elementos de precipitación de fenómenos psicosomáticos (McDougall,1989, p.47).

Así mismo, según la referente, podemos observar de manera nítida en el adulto las consecuencias de este atravesamiento lábil de la etapa de la separación operando una no marcada diferenciación yo-no yo.

Finalmente, concluye nuestra autora mostrando el trabajo clínico como habilitante en cuanto opera como posibilitador de la reactualización de las vivencias que no han sido sorteadas de una manera óptima, poniéndolas en palabras, para que la descarga no sea meramente con el soma como herramienta.

5.3. Luis.A.Chiozza

Chiozza (1993) puntualiza que hay una idea que recorre todas sus obras desde sus comienzos. Esta idea, a nuestro entender, otorga a sus obras un carácter diferencial por antonomasia con respecto a las obras de los otros autores tratados en este TIF. La

idea a la cual nos referimos es que *existen fantasías inconscientes que son específicas de las distintas funciones o trastornos orgánicos*. Es decir, habría una fantasía no consciente y específica inherente a cada una de las distintas formas, funciones o trastornos corporales.

A continuación, citamos dos pasajes de obras diferentes donde se vislumbra la esencialidad de lo que nosotros consideramos una primera premisa:

La estructura o proceso corporal y la fantasía inconsciente específica de aquél son una y la misma cosa vista desde dos puntos de vista diferentes.

- 16 -

Considerado como una función de la interioridad, el conjunto de todo aquello que llamamos cuerpo (involucrando forma, función, desarrollo y trastorno) es una fantasía, en su mayor parte inconsciente, compuesta, o mejor aún estructurada, por numerosas apariencias parciales o fantasías específicas elementales que sólo pueden ser separadas artificialmente del todo. Así como la fantasía constituye a una realidad material y corporal específica, la realidad corporal configura una fantasía específica (Chiozza, 1991, p.136).

Cada particular y diferente alteración del cuerpo que podamos identificar como típica y universal, sea fisiológica o patológica, configura un significado inconsciente, tan típico y universal como ella, que es “su” propio y particular significado específico (Chiozza, 1993, p.11).

Esta premisa, constatamos, fue sostenida en una obra reciente del autor, *El lenguaje que los órganos hablan*. En la mencionada obra, Chiozza (2019) apunta que se diferencia de sus colegas Meltzer y Green, quienes sostienen que no existe una teoría que permita descubrir, en cada uno de los trastornos que alteran las funciones y la estructura del cuerpo, un significado inconsciente propio e inherente. A su vez, reconoce que si bien hay un predominio en nuestra disciplina que se posiciona en el mismo sentido que Meltzer y Green, paradójicamente se observa un progreso en especialidades como la psicooncología y la psicodermatología (entre otras), que asumen de manera no manifiesta lo que manifiestamente se rechaza.

A modo de ilustrar lo que nosotros denominamos la primera premisa del autor a la hora de teorizar sobre las causas de los procesos somáticos, traemos a guisa de ejemplo de las fantasías específicas existentes de los *trastornos orgánicos*, por un lado, a la psoriasis vulgar. Y con respecto a las fantasías inconscientes específicas de las *distintas funciones orgánicas* traemos, por otra parte, el funcionamiento óseo. Tengamos siempre presente esta premisa: *existen fantasías inconscientes que son específicas de las distintas funciones o trastornos orgánicos*.

Chiozza (1991) lee en la psoriasis vulgar dos fantasías básicas. Una es la de “estar en carne viva” y la otra es la de “estar escamado”. A esas fantasías las interpreta otorgándole un significado simbólico propio. Pero ¿qué es la psoriasis vulgar? El autor la define diciendo que “la psoriasis vulgar es una enfermedad crónica de la piel que evoluciona por brotes separados, con períodos de latencia inconstantes, en forma caprichosa e impredecible y con momentos de remisión total” (p. 22).

Veamos a continuación como el autor desmenuza estas fantasías otorgándoles un significado inconsciente. Empecemos por la fantasía de estar en carne viva. Con respecto a esta fantasía el autor aduce:

El giro lingüístico de “estar en carne viva” se vincula directamente con la sensación somática implícita en esa expresión verbal. Corresponde a la sensación de estar despellejado, de haber perdido la protección brindada por el órgano piel. Alude a un sentimiento de injuria (herida) que se acompaña de una forma exagerada de

vulnerabilidad y de hipersensibilidad dolorosa.

La carencia de caricias, el sentirse amenazado de perderlas, o la ausencia actual de los elogios que pudieron ser fantaseados como equivalentes de aquéllas, se experimentan como la presencia de un objeto malo que, con críticas reiteradas, hiere o injuria cruelmente “sacando el cuero” o despellejando al sujeto. Este conjunto de vivencias constituye el significado específico de esa forma particular de sentirse lastimado a la cual alude la expresión “estar en carne viva” (Chiozza,1991, p.37).

Con relación a esta fantasía de “estar en carne viva”, Chiozza (1991) puntualiza que supone en la persona que sufre esta enfermedad nominada como psoriasis, una carencia de experiencias relacionadas con la piel, que se ubican a una temprana edad. Estas

- 17 -

experiencias de carencias pueden remitirse a falta de contacto, falta de caricias. El enfermo psoriásico, además, según Chiozza (1991), tiene la fantasía de que el objeto idealizado lo ataca y lo hiere de manera repetida.

Pasemos ahora a lo que el autor sitúa como la otra fantasía presente en la psoriasis, a saber, la de estar escamado. Con respecto a la misma señala:

A pesar de que la etimología de “escamado” es incierta, pensamos que el giro lingüístico podría aludir a la sensación somática inconsciente de estar cubierto de escamas, que suponemos formaría parte del acervo filogenético del hombre.

Dado que la expresión “estar escamado” alude al recelo o desconfianza que se tiene como producto de un daño que se ha experimentado, es probable que el giro lingüístico se refiera, entonces a la fantasía de estar, como consecuencia de una experiencia traumática, “a cubierto”, protegiendo la herida y expresando, al mismo tiempo, el deseo de ser insensible y duro. El intento de cubrirse para protegerse y disimular la injuria, la debilidad y la hipersensibilidad correspondería a la expresión “cubrir las apariencias” (Chiozza,1991, p.38).

Al desarrollar esta fantasía de estar escamado, Chiozza asegura que la cercanía del objeto amoroso produce en el psoriásico el temor al desapego del objeto. Como se deduce de lo que venimos desarrollando, la persona con psoriasis se siente en extremo vulnerable ante este objeto. Estos sentimientos de desprotección generarían una fantasía de crear un caparazón. La persona con psoriasis, a su vez, no reacciona frente a lo que percibe como un ataque por parte de las personas que quiere, y esta debilidad le resulta avergonzante. “Al cubrirse de placas psoriásicas intenta materializar el deseo de volverse duro e inflexible” (Chiozza,1991, p.34).

Pasemos a las fantasías inconscientes del funcionamiento óseo, no sin antes vislumbrar cómo define el autor al tejido óseo: “El tejido óseo es una variedad del conectivo que, por ser el tejido duro de la anatomía, puede cumplir con las funciones de *sostén* (permitiendo la inserción muscular) y de *protección* de los llamados órganos nobles” (Chiozza,1991, p.132).

Una vez delimitada la noción de tejido óseo, pasemos a desgranar las fantasías inconscientes que impregnan el mismo:

Existe una fantasía inconsciente de *sostén* y *protección*, vinculada a la *dureza*, que puede manifestarse a la conciencia, desde un punto de vista -psíquico-, como *sentimiento de seguridad* y, desde un punto de vista -físico-, como un *aparato óseo normal* (Chiozza,1991, p.151).

Para decirlo de una manera clara y concisa: el funcionamiento óseo tiene consigo

imbricada las fantasías de sostén y protección. ¿Pero por qué le adjudicamos al funcionamiento óseo esta fantasía? Creemos leerlo de manera específica en las características del hueso. “El *hueso*, en virtud de su dureza, *otorga sostén* (apoyo, sustento, resistencia y firmeza) y *protección* (techo, cobertura y amparo)” (Chiozza,1991, p.152).

Podríamos plantearnos la siguiente cuestión: ¿Cómo se vincula, entonces, las características “del hueso” con las representaciones que hace de él el psiquismo? Creemos que queda clara la articulación en estas dos citas que sostiene el autor:

El sentimiento de seguridad surge cuando el *cuidado*, que en un principio es ejercido por los padres, se constituye como una función del yo, mediante un proceso que lo delega, como estación intermedia, en el superyó.

- 18 -

El cuidado, que se ejerce como sostén y protección, se establece como una ética, un *sistema normativo*, que se instituye o constituye, en el carácter, como un estatuto estable, en un proceso de *educación y aprendizaje* (Chiozza,1991, p.151).

El tejido óseo, por su capacidad de remodelación, y por su característica dureza, puede arrojarse entonces la representación del establecimiento de un sistema normativo -interno-, o del sistema normativo mismo en cualquiera de sus formas: los padres, los maestros, la sociedad, el superyó o el carácter (p.152).

Lo que leemos en las citas precedentes, es que el sentimiento de seguridad se origina de los cuidados y prohibiciones otorgados en la primera infancia por aquellos que cumplen las funciones parentales. Luego, este sentimiento de seguridad emergería de la introyección de las exigencias y prohibiciones parentales con la instalación del superyó.

Esta situación es representativa de un manejo relacional saludable, entre el infante y sus padres y las consecuencias esperables que se suscitan de las mismas. Si se desarrolla entonces de una manera saludable estas relaciones entre el infante y sus cuidadores y, a posteriori, la instancia psíquica heredera del complejo de Edipo se instala como consecuencia de aquella, todo esto nos permite pensar en una asociación de la situación descrita con anterioridad a las características del hueso y del tejido óseo en su conjunto, en especial por poseer la cualidad de dureza.

Antes de seguir desarrollando el tema que nos compete, vale la pena mencionar algunas especificaciones conceptuales con las que tenemos que leer las formulaciones propuestas por el autor argentino, que a nuestro entender no pueden ser evadidas porque obstaculizarían la comprensión.

Chiozza (1993) distingue el signo del símbolo. El signo *indica* una presencia (como el humo respecto del fuego) y el símbolo *representa* una ausencia (como una pata de palo). “Un signo es una marca o señal colocada sobre algo, que de este modo ha quedado significado, es decir, diferenciado del conjunto de otros similares mediante el acto de significarlo” (p. 18).

Con respecto al símbolo en sí mismo aduce:

Lo esencial del símbolo es representar a un particular ausente (...) permite comprender que el símbolo es un constituyente fundamental del psiquismo que nos faculta para evocar, recordar, desear, abstraer y establecer el proceso secundario desplazando pequeñas cantidades de investidura. Lo cual, a su vez, nos faculta para transformar al pensamiento en un ensayo anticipado de la acción (Chiozza,1993, p.21).

Para esclarecer lo puntualizado por Chiozza, diremos que si es posible endilgarle

una esencia al símbolo ésta sería que tiene la propiedad de representar algo, sin la necesidad de que ese algo permanezca allí, cerca de nuestra función perceptiva. Ahora bien, el símbolo es parte constitutiva de nuestro psiquismo, y a su vez es una pieza insustituible.

Con la intención de seguir aportando a la facilitación de la lectura nos parece inexcusable traer las definiciones de Freud sobre el proceso primario y el proceso secundario, conceptualizaciones en las cuales se basa el autor y que da por supuestas. Con referencia a estos procesos definimos:

Son los dos modos de funcionamiento del aparato psíquico (...) desde el punto de vista *tópico*: el proceso primario caracteriza el sistema inconsciente, mientras que el proceso secundario caracteriza el sistema pre-consciente-consciente. Desde el punto de vista *económico-dinámico*: en el caso del proceso primario, la energía psíquica fluye libremente, pasando sin trabas de una representación a otra según los mecanismos del desplazamiento y de la condensación; tiende a cargar plenamente las representaciones ligadas a las

- 19 -

experiencias de satisfacción constitutivas del deseo (alucinación primitiva). En el caso del proceso secundario, la energía es primeramente "ligada" antes de fluir en forma controlada; las representaciones son cargadas de una forma más estable, la satisfacción es aplazada, permitiendo así experiencias mentales que ponen a prueba las distintas vías de satisfacción posibles (Laplanche & Pontalis, 1971, p.314).

Para Chiozza (1993) tanto los símbolos como los signos pueden referirse a ideas o conceptos abstractos, a emociones, o a objetos concretos. Sitúa además que la emoción es un tipo de proceso que participa de las características del símbolo y el signo. "La emoción se percibe entonces como un suceso físico presente que, al mismo tiempo, puede ser interpretado como un fenómeno psíquico, como un acontecimiento que encierra un significado históricamente comprensible" (p.25).

Habiendo realizado las aclaraciones conceptuales correspondientes, pasemos a desarrollar lo que nosotros leemos como la segunda premisa del autor a la hora de abordar las causas de los procesos somáticos, a saber: "los trastornos corporales ocultan afectos, en el sentido de que un determinado trastorno aparece como un proceso de descarga que sustituye y evita un particular desarrollo afectivo" (p.11).

Chiozza (1993) parte de la teoría freudiana de los *afectos*. Esta teoría, le permite introducirse en la labor de "identificar los signos físicos que configuran la clave de inervación específica de cada uno de ellos, y en la comprensión del significado de esos signos como parte del acto motor, justificado en la filogenia, que los constituye" (p.278).

Partiendo, como se dijo, de la teoría psicoanalítica de los afectos, asevera:

El afecto posee las características de los fenómenos somáticos y también las de lo psíquico. Por un lado, es una *descarga "real", somática*, y por el otro es una reminiscencia, un "*recuerdo" psíquico*. Los afectos (...) son *reminiscencias*, símbolos mnémicos que, lejos de corresponder a una situación actual, constituyen un "modo de recordar" un suceso pretérito que permanece fuera de la conciencia. (p.278).

Según Chiozza (1993) los afectos comparten características comunes a los fenómenos somáticos y a los fenómenos psíquicos. Con respecto a lo que posee en común con los fenómenos somáticos, hace alusión a que presentan una descarga somática, y esto a nuestro entender es lo que permitiría su perceptibilidad. Ahora bien, en cuanto a los fenómenos psíquicos, comparte la cualidad de constituir una reminiscencia cuya particularidad es que es inconsciente. Sigue enriqueciendo su descripción apuntando que:

Los afectos constituyen una clase determinada de *procesos de descarga*: son actos motores o secretores que se realizan *en el propio cuerpo*, a diferencia de la acción específica, eficaz, que se desarrolla sobre el mundo “exterior”. La acción y el afecto constituyen una serie complementaria. Cuanto menos eficaz resulta la acción, mayor es el remanente de excitación que se descarga como afecto; cuanto mayor es la eficacia del acto en el mundo exterior, menor es el desarrollo de afecto (p.279).

A partir de lo expuesto con anterioridad, podemos reflexionar junto al autor que, tanto la acción (específica, eficaz, la que se desarrolla en el mundo exterior) como el afecto, se articulan de modo complementario. Podemos representarlo como un subibaja, como aquellos que se encuentran en los espacios de juegos infantiles. Los afectos, son procesos

que tienden a la descarga. Entonces, cuanto menos eficaz resulta la acción, mayor será el remanente de excitación que se descarga como afecto. Y a mayor eficacia de la acción, menor es el desarrollo de afecto, como si fuese, se insiste, un subibaja. Ahora bien, hay situaciones en donde la conciencia no registra un afecto. Esto sucede para mantener a

- 20 -

raya el significado emotivo al cual se encuentra anudada. Cuando esto sucede, la conciencia se anoticia percibiendo una afección interpretada como somática. Veamos esto último con las palabras del propio autor:

La clave de inervación del afecto es una idea inconsciente, que determina la particular cualidad de cada una de las distintas descargas motoras vegetativas que caracterizan a los diferentes afectos. *Cuando un montante de afecto se descarga “desde” la investidura de una clave típica, es posible reconocerlo como una determinada emoción.*

Cuando el proceso de descarga afectiva se produce a partir de una clave de inervación deformada al servicio de mantener inconsciente el significado emotivo, la conciencia no registra un afecto, sino que percibe una afección que interpreta como somática (Chiozza, 1993, p.279).

En desarrollos posteriores, vemos que el autor profundiza aún más las puntualizaciones que tratamos en las citas antecedentes. Para esto Chiozza (2016) se sirve de los conceptos que Freud propone en 1915 sobre el representante psíquico de la pulsión. Este último, como se sabe, está compuesto por dos partes que se pueden perseguir por separado cuando caen bajo el influjo de la represión. Una de estas partes es la idea, y la otra el afecto. El afecto sin la idea es meramente excitación, concebida como un fenómeno material. La idea, por otra parte, es concebida como un fenómeno psíquico. Los afectos, tienden a la descarga, produciendo alteraciones en el cuerpo o derivan en acciones destinadas a alterar algo del mundo externo. Chiozza, siguiendo a Freud, explica que *la enfermedad somática aparece cuando se sofoca el afecto de un modo particular*. Para ejemplificar esto, compara los diferentes mecanismos que se producen en la neurosis y en la psicosis, a diferencia de lo que ocurre en la enfermedad somática, resaltando que lo propio de la enfermedad somática es que la excitación del afecto se desplaza y se condensa sobre una de las inervaciones de la clave (la clave de inervación del afecto es una idea inconsciente, que determina la particular cualidad de cada una de las distintas descargas motoras vegetativas que caracterizan a los diferentes afectos), generando de este modo una descarga que la conciencia percibe desprovista de su significado original, y que será percibida, y por ello categorizada, como somática.

Veámoslo como lo menciona el mismo referente:

En 1915, Freud sostiene que el representante psíquico del instinto se compone de dos partes, y que es necesario perseguir por separado el destino que la represión impone a la idea (la parte eidética de la representación) del que impone a la cuota de afecto (la energía instintiva “actual” vinculada con ella) (...) Los afectos, las emociones o los sentimientos se exteriorizan en una descarga motriz o secretoria que produce una alteración del propio cuerpo, la motilidad “voluntaria” en acciones destinadas a la alteración del mundo. Las funciones motoras o secretoras que corresponden a la descarga afectiva dependen de inervaciones que son “excitadas” de acuerdo con una “clave” que determina la distinta cualidad de cada afecto y que existe bajo la forma de una idea inconsciente. La existencia de esa clave de inervación permite comprender que las disposiciones inconscientes al desarrollo afectivo son diferentes y específicas de cada particular afecto, y también que la enfermedad somática se constituye a partir de un modo particular de sofocación del afecto. (...) Es necesario perseguir por separado los destinos de la neurosis, la psicosis y la enfermedad somática imponen al afecto. En la neurosis, se evita el displacer sustituyendo (como sucede en una fobia) la representación del objeto ligado a la descarga afectiva. En la psicosis, mediante una alteración en la percepción de la realidad, se sustituye el afecto descargado y se logra, por ejemplo, “transformar” la tristeza en alegría. En la enfermedad somática (que desde este punto de vista podemos llamar “patosomatosis”), la cuota de excitación, que otorga al afecto su energía, se desplaza y se condensa sobre una de las inervaciones de la clave, generando de este modo una descarga que ya no posee la cualidad

- 21 -

del afecto conocido (...) una tal descarga, que la conciencia percibe desprovista de su significado original, afectivo, será categorizada como somática (Chiozza, 2016, p.115).

Vayamos a una última cita del autor que creemos coadyuva a nutrir lo que leemos como su segunda premisa, aún a riesgo de resultar reiterativos.

La teoría psicoanalítica que proponemos (Chiozza,1976 B) para la enfermedad somática, consiste en sostener que el proceso defensivo puede, en ocasiones, alterar el equilibrio con el cual el montante de afecto inviste los distintos elementos de la clave, determinando que la descarga se realice de un modo que torna irreconocible la cualidad de ese particular afecto y conduce a que la *conciencia lo experimente como un fenómeno somático privado de toda significación afectiva*. En otras palabras: en las neurosis el proceso de desplazamiento se efectiviza transcurriendo de una representación a otra; en la enfermedad que rotulamos, como una alteración somática, el desplazamiento ocurre, en cambio, dentro de la idea inconsciente que constituye la clave de inervación, determinando la hiperinvestidura de algunos de sus elementos en detrimento de otros. Así como en todo individuo normal funcionan mecanismos neuróticos y psicóticos, funcionarán también normalmente estos aspectos o mecanismos que, a falta de nombre mejor, llamamos psicósomáticos (Chiozza, 1993, p. 27).

De lo expuesto anteriormente, podemos extraer entonces nítidas consecuencias teóricas, a saber, que para Chiozza (1993) la enfermedad somática sería consecuencia de un proceso defensivo. Este proceso defensivo tiene características que lo distinguen de las defensas comunes en las neurosis o en las psicosis. Que aquello que desde la conciencia se experimenta como una enfermedad visible en el soma, carente de significación afectiva, en realidad, puede tenerla y, más aún, puede ser interpretada.

En lo que concierne a la interpretación del material somático en la sesión psicoanalítica, Chiozza (1993) puntualiza que este material, pasible de interpretación, constituye un producto de entre otros que pueden emerger de la sesión. Y que, en principio, este producto puede ser objeto de una percepción sensorial: “Las investiduras

inconscientes poseen la capacidad de manifestarse no solamente a través de sensaciones somáticas (síntomas somáticos), sino también a través de alteraciones corporales (percepciones) que producen signos objetivamente perceptibles” (p.35).

En cuanto a la interpretación que debe realizar el analista sobre estos fenómenos nos brinda las siguientes sugerencias prácticas:

Cuando se trate de interpretar el significado inconsciente específico de una particular alteración somática, se deberá recurrir al conocimiento de las fantasías inconscientes que son propias e inherentes de la función que constituye la “razón de ser” de cada uno de los órganos (Chiozza, 2019, p.193).

Esa investigación, dirigida especialmente a símbolos universales que remiten a fantasías “originales” que no se manifestarán como recuerdos infantiles, deberemos constituirlos, como nos ha enseñado Freud, a partir de los mitos, de los sueños de los “giros” y de los proverbios del lenguaje popular, o de las creaciones artísticas (p.194).

Chiozza (1993) señala que el material a interpretar lo construye el psicoanalista a partir de recuerdos, sensaciones y percepciones que surgen en el contacto con el paciente durante la sesión.

Para concluir, especifica el referente examinado que, el material que refiere a un trastorno somático, se presenta de cuatro maneras distintas, a saber:

- 22 -

- 1- Una referencia directa en el discurso verbal del paciente.
- 2- Alguna percepción del analista (palidez, obesidad, la mano fría y húmeda, etc.).
- 3- Connotaciones no verbales del discurso verbal, pero, sobre todo, manifestaciones o “gestos” extraverbales (recordemos la afirmación de Freud: “Aquellos cuyos labios callan hablan con los dedos”).
- 4- Un emergente en la recíproca transferencia del psicoanalista (Chiozza,2019, p.192).

6. Trabajo de comparación y sistematización

En esta instancia, corresponde adentrarse en la labor comparativa y de sistematización. En tren de ello, la primera similitud que enunciaremos, cabe admitir, no nos sorprende. La misma refiere a la coincidencia entre los tres autores de otorgarle

importancia a los intercambios intersubjetivos entre el infante y sus cuidadores; es decir, investigan de manera pormenorizada en los sujetos adultos somatizadores sus experiencias infantiles y, en especial, las relaciones interpersonales que acaecieron en su etapa temprana con aquellos encargados de su cuidado.

Dentro de la similitud anteriormente señalada, no obstante, pueden visualizarse notorias diferencias. En efecto, se verá que pese a partir de un lugar común, con todo, los autores focalizan en conceptos diferentes.

En tal sentido, Marty (1998) sitúa que el funcionamiento preconscious del adulto se basa, en parte, en el sistema de representaciones establecido en la primera infancia. Y según lo que ha podido observar, las insuficiencias de organización del preconscious del adulto están ligadas, con gran frecuencia, a la *falta de disponibilidad afectiva de la madre con su bebé*. Recordando que Marty (1992) sitúa en el centro de la economía psicosomática al Preconscious y a sus componentes esenciales, las Representaciones, este señalamiento nos resulta en extremo importante.

McDougall (1989), por su lado, refiere a la importancia de las primeras interacciones madre-lactante en muchos pasajes de su obra. Expresa que los bebés emiten señales de manera constante que indican sus necesidades, preferencias y aversiones. Estas señales deben ser interpretadas por la madre. Pero puede suceder que la madre no sea capaz de realizar tales interpretaciones o que lo coaccione por la imposición de sus propios deseos. Cuando esto sucede el bebé puede construir, con sus escasos recursos, modos de protección contra sus crisis afectivas y el agotamiento resultante de las mismas. Esta viñeta, que remite a la *violencia en la interpretación*, se señala a lo largo de la obra de la autora como típica de la infancia de los adultos somáticos.

A su vez, puntualiza que el infante evolucionará hacia una diferenciación progresiva, cuando la relación madre-bebé es suficientemente buena. Sabemos que en muchos casos tal relación no reviste esta cualidad y que por diversas razones la madre puede entorpecer el avance del niño hacia su diferenciación. Cuando este proceso de separación por diversas razones opera lábilmente se visibiliza en el adulto en sus enfermedades somáticas, ya que los mismos las utilizarían como un recurso inconsciente para palpar sus límites corporales.

Por su parte, Chiozza (1991), en su labor de interpretar las fantasías subyacentes en las enfermedades somáticas o funciones corporales, asocia las mismas a las experiencias infantiles. Lo vimos muy claramente en los dos ejemplos que seleccionamos y desarrollamos en su apartado, a saber, el de la psoriasis vulgar y el funcionamiento óseo. Observamos, que en la fantasía de "estar en carne viva", que el autor identifica como propia de la psoriasis, la anuda a una *carencia que se sitúa a una temprana edad de experiencias relacionadas con la piel*. Estas experiencias de carencias pueden remitirse a falta de contacto, falta de caricias. El enfermo psoriásico además según Chiozza (1991), tiene la fantasía de que el objeto idealizado lo ataca y lo hiere de manera repetida. A su vez, vimos como el autor asocia la fantasía del funcionamiento óseo con la experiencia temprana del Complejo de Edipo.

En otro orden de análisis, se puede observar una notoria similitud entre McDougall y Marty en lo que respecta al uso particular de las palabras en los enfermos somáticos. En las personas con vulnerabilidad somática, las palabras se vacían de su contenido simbólico y se tratan como cosas. Es decir, las representaciones de palabra se reducen a

representaciones de cosas perdiendo la mayoría de los componentes afectivos, simbólicos y metafóricos adquiridos durante el desarrollo.

Acuerdan además los autores apuntados que este hecho es la causa de por qué

los enfermos somáticos presentan la particularidad observada por ambos en el trabajo clínico, la cual refiere a que el discurso de estos sujetos se percibe en extremo racional, como si se excluyera del discurso su tamiz afectivo.

En otro sentido, podemos situar una semejanza en McDougall y Chiozza: ambos se ocupan de darle entidad a la fantasía al momento de interrogar sobre la causa de los procesos somáticos en el adulto.

Como dijimos, McDougall (1989) puede pesquisar una fantasía que se encontraría de manera universal en los enfermos somáticos, la referida a que el amor lleva a la muerte y que solamente la ausencia de toda libido garantiza la supervivencia psíquica. Chiozza (1993), por su parte, va mucho más allá, puntualizando que existen fantasías inconscientes que son específicas de las distintas funciones o trastornos orgánicos. Es decir, habría una fantasía no consciente y específica inherente a cada una de las distintas formas, funciones o trastornos corporales. Pudimos constatar la presencia de esta premisa en obras recientes del autor.

En otro orden, se puede advertir una diferencia teórica relevante en McDougall y Marty en lo que respecta a la regresión y su vinculación con los procesos somáticos en los adultos. McDougall, por su lado, da por supuesto que donde hay afección somática hay regresión. Se ve claramente en la cita transcrita a continuación:

En la regresión psicósomática (...) las palabras, vaciadas de su contenido afectivo, pierden su valor simbólico y se tratan como cosas: la experiencia psíquica que debieran contener (es decir, las representaciones de palabra y el afecto que les está ligado) es eyectada fuera de la psique, en lugar de ser reprimida para alimentar el capital psíquico del que se sirve la psique para fabricar síntomas psicológicos; éstos servirán eventualmente para preservar el cuerpo de la explosión somática (McDougall, 1989, pp.72-73).

En cambio, para Marty, los procesos somáticos no siempre van acompañados de regresiones; es más, sitúa que cuando la regresión es posible se dará lugar a una afección reversible y cuando la regresión no es posible, acaecerá una enfermedad irreversible.

Por otra parte, se puede evidenciar una explicación que comparten los tres autores sobre el tema de las causas de los procesos somáticos en los adultos. Esta se refiere a un modo particular de funcionamiento psíquico que tienen estas personas con vulnerabilidad somática al momento de presentarse un dolor psíquico inminente y estaría vinculado a un mecanismo defensivo.

Marty (1998), al situar los fenómenos que pueden obstaculizar en el sujeto adulto la elaboración mental, menciona como una posibilidad la *supresión* de algunas representaciones o de ciertos pensamientos. Señala además que, al sobrevenir nuevas excitaciones pulsionales, el conflicto interno que desencadena las evitaciones y las supresiones consiste aquí o en un despertar de conflictos antiguos dolorosamente vividos o en una oposición entre representaciones y algunos ideales de pensamiento y de conducta más o menos severos y ya instalados.

En el mismo sentido, McDougall (1987) caracteriza a estos pacientes a partir de un modo particular de hacer frente a su dolor psíquico, correspondiente a la eliminación radical de cualquier representación de ideas intensamente cargadas de afecto. Esto lleva a la suposición ulterior que el conflicto mental es desaprobado y expulsado de la psique, para ser, en su lugar, descargado a través del cuerpo. Es por ello que la autora lee en los síntomas psicósomáticos un *mecanismo de privación* de las representaciones rechazadas.

De modo semejante, para Chiozza (1993) la enfermedad somática sería consecuencia de un proceso defensivo que ostenta características que lo distinguen de las defensas comunes en las neurosis o en las psicosis. Asevera, en tal sentido, que la enfermedad somática aparece cuando se *sofoca* el afecto de un modo particular. Para ejemplificar esto, compara los diferentes mecanismos que se producen en la neurosis y en la psicosis a diferencia de lo que ocurre en la enfermedad somática, resaltando que lo propio de la enfermedad somática es que la excitación del afecto se desplaza y se condensa sobre una de las inervaciones de la clave (la clave de inervación del afecto es una idea inconsciente, que determina la particular cualidad de cada una de las distintas descargas motoras vegetativas que caracterizan a los diferentes afectos), generando de este modo una descarga que la conciencia percibe desprovista de su significado original y que será percibida y por ello categorizada como somática.

Finalmente, encontramos una similitud conceptual en Marty y Chiozza, más allá de que sus explicaciones difieren en los usos terminológicos. Marty (1998) desliza una consideración muy importante al decir, por un lado, que las excitaciones que se producen en nosotros tienen la posibilidad de acumularse y, por el otro, que cuando esto sucede puede haber una afectación patológica. Para que esto no acontezca, existe un mecanismo que él llama *metabolización*. Este trabajo de metabolización que está al servicio de reducir las excitaciones puede realizarse a través de dos vías. Una de ellas a partir de un trabajo mental de elaboración. La otra forma, remite a actividades que involucran la motilidad y las sensaciones, que pueden estar ligadas o no al trabajo mental. Al respecto aduce que: “cuando, por diferentes razones, estas dos vías no están disponibles, son los aparatos somáticos los que responden a las excitaciones. Así se constituye el principio de las somatizaciones” (p.282).

Lo que mencionamos de Marty no dista mucho de lo que propone Chiozza (2016), para quien el afecto sin la idea es meramente excitación, concebida como un fenómeno material. La idea, por otra parte, es concebida como un fenómeno psíquico. Los afectos, tienden a la descarga, produciendo alteraciones en el cuerpo o derivan en acciones destinadas a alterar algo del mundo externo. Ahora bien, hay situaciones en donde la conciencia no registra un afecto. Esto sucede para mantener a raya el significado emotivo al cual se encuentra anudada. Cuando esto sucede, la conciencia se anoticia percibiendo una afección interpretada como somática.

En suma, tras destacar las tesis que nuclea el pensamiento de los referentes, procedimos a su cotejo, señalando tanto coincidencias, como divergencias. No obstante, entendemos que las diferencias en cuanto a los desarrollos teóricos pueden leerse de manera integrativa, ya que no pareciera que se excluyesen, sino que se podrían armonizar fácilmente.

7. Conclusiones

Para concluir el presente TIF resulta conveniente recapitular, por un lado, las teorizaciones basales de los autores sobre las causas de los procesos somáticos en los adultos de una manera sintética; y, por otro lado, situar las consecuencias fundamentales que resultaron de su cotejo. Finalmente, mencionaremos sucintamente las sugerencias clínicas primordiales que extrajimos de los referentes abordados.

Como se examinó, Marty sitúa en el centro de la economía psicosomática al *Preconsciente* y a sus componentes esenciales las *Representaciones*. Por su lado, la *Mentalización* es un concepto que emplea el autor para referir a la *cantidad y calidad* de las *Representaciones*. A su vez, sostiene que, en la clínica de los enfermos somáticos, aparecen marcadas diferencias en cuanto a la calidad y cantidad de las representaciones, aduciendo incluso que a veces las representaciones parecen ausentes o reducidas en su cantidad y en su calidad.

Por otra parte, propone el concepto de metabolización para explicar la causa de los procesos somáticos. La *Metabolización* es un mecanismo que está al servicio de reducir las excitaciones. Este proceso puede darse a través de dos vías. Una de estas vías, refiere al trabajo mental de elaboración; y la otra vía, hace alusión a actividades que involucran la motilidad y las sensaciones. Cuando estas dos vías no están disponibles explica que son los aparatos somáticos los que responden a las excitaciones.

Por último, establece una particularidad diferencial entre las enfermedades reversibles de las irreversibles o graves. En tal sentido, aduce que las *Regresiones* dan lugar a las *enfermedades reversibles* y que en las *enfermedades graves* se presenta una *carencia de posibilidades regresivas a los lugares de fijación*, lugares que se presentan de vulnerabilidad y de defensa.

Para McDougall, como se mostró, los procesos somáticos en los adultos están vinculados a un modo de funcionamiento mental propio del infante, cuya característica principal es la de no servirse del lenguaje. A su vez, entendiendo la autora a los síntomas somáticos como intentos infantiles de autocuración y creados como un modo de hacer frente a un dolor mental intolerable, propone indagar siempre las *interrelaciones entre el infante y sus cuidadores*.

Además, puntualiza que cuando la etapa de separación (que sobreviene a la etapa de fusión madre-bebé) opera de manera lábil por diferentes entorpecimientos que se pueden suscitar en la misma, esto se cristaliza en el adulto a través de sus enfermedades somáticas, ya que los mismos las utilizarían como un recurso no consciente para palpar sus límites corporales.

En otro orden de cosas, establece que la *privación psíquica*, es el mecanismo que

opera con predominancia en las personas con mayor vulnerabilidad somática. Cuando este mecanismo se pone en marcha, observamos una carencia en la psiquis en lo que respecta a las representaciones de palabra. Estas, a su vez, vacían su contenido afectivo, quedando solamente el registro de las representaciones de cosa.

Finalmente, afirma que las personas con vulnerabilidad somática presentan la fantasía de que *el amor lleva a la muerte* y que *solamente la ausencia de toda libido garantiza la supervivencia psíquica*.

Por su parte, Chiozza, como se analizó, habla de la existencia de una fantasía no consciente y específica inherente a cada una de las distintas formas, funciones o trastornos corporales. Asimismo, puntualiza, partiendo de la teoría freudiana de los afectos, que el afecto sin la idea es meramente excitación y se la puede concebir por lo tanto como un fenómeno material. A la idea, por su parte, se la puede concebir como un fenómeno psíquico. Señala, a su vez, que los afectos tienden a la descarga, produciendo alteraciones en el cuerpo o acciones destinadas a alterar algo en el mundo externo.

- 27 -

Finalmente, postula que la enfermedad somática, aparece cuando se sofoca el afecto de un modo particular. En este sentido, refiere que la excitación del afecto es desplazada y condensada sobre una de las inervaciones de la clave, generando de este modo, una descarga que la conciencia percibe desprovista de su significado original, y que será percibida como somática. La clave de inervación del afecto, es una idea inconsciente, que determina la particular cualidad de cada una de las distintas descargas motoras vegetativas que caracterizan a los diferentes afectos.

En cuanto a las consecuencias que se extrajeron de su cotejo, se evidenció que, pese a algunas diferencias que atañen más que nada a los usos terminológicos, la mayor parte de sus premisas no se contradicen, sino que se pueden leer de una manera integrada. No obstante, se situó una diferencia teórica de importancia y de difícil armonización entre McDougall y Marty. McDougall da por supuesto que donde hay afección somática hay regresión. En cambio, para Marty, los procesos somáticos no siempre van acompañados de regresiones; es más, destaca que cuando la regresión es posible se dará lugar a una afección reversible y cuando la regresión no es posible, acaecerá una enfermedad irreversible.

Lo más notable que resultó de la labor comparativa es haber hallado en los tres autores una explicación común sobre el tema de las causas de los procesos somáticos en los adultos. Esta coincidencia refiere a un modo particular de funcionamiento psíquico que tienen estas personas con vulnerabilidad somática al momento de presentarse un dolor mental inminente y estaría vinculado a un mecanismo defensivo con características propias, que las diferencian a los mecanismos defensivos de las neurosis y los de la psicosis.

Se puede afirmar que los desarrollos que hemos enunciado nos permiten pensar en una clínica que se opone enérgicamente a la arbitrariedad de separar el cuerpo erótico del somático. Seguidamente, mencionaremos a modo de síntesis sugerencias y advertencias que fueron tratadas con más amplitud en las diferentes secciones del TIF, que remiten a un abordaje clínico adecuado con respecto a las personas que presentan una mayor vulnerabilidad somática.

La primera advertencia que nos brindan los autores acerca del quehacer clínico, en especial Marty y McDougall, es que los adultos con vulnerabilidad somática tienden a reducir las representaciones de palabras a representaciones de cosas, perdiendo de esa manera gran parte de sus componentes afectivos, simbólicos y metafóricos (ya vimos que esto se desarrolla como un mecanismo defensivo particular). Esta observación a tener en cuenta la ubicamos en primer lugar porque nos parece de suma trascendencia debido a que, las representaciones de cosas, no se presentan por sí solas a las asociaciones de

ideas, sino que son las representaciones de palabras las que nos habilitan a las asociaciones de ideas. Por lo tanto, es el método mismo del psicoanálisis, la asociación libre, el que puede verse dificultado en el abordaje de estos sujetos. Se puede evidenciar esta escasez de representaciones palabra en el discurso mismo de estos sujetos, quienes de manera notoria, cuando narran hechos que objetivamente para otras personas pueden resultar catastróficos, lo hacen con llamativa parsimonia. Este fenómeno fue denominado como alexitimia.

Una deducción interesante que hemos extraído, que se puede armonizar a los planteos de los tres autores y está en estrecha vinculación con el trabajo clínico, es que las enfermedades somáticas no tendrían una vinculación directa con los acontecimientos adversos en sí, sino en la falta de recursos del individuo para enfrentar tales acontecimientos. En otras palabras, como señala Marty (1992) "las enfermedades somáticas resultan, por regla general, de las inadecuaciones del individuo a las condiciones de vida que le tocan vivir" (p.61).

- 28 -

Por su parte, McDougall (1989) nos advierte que es temerario incitar a los pacientes a examinar los factores mentales que llevan a la creación de síntomas somáticos cuando la resistencia que oponen es demasiado fuerte o cuando el deseo de profundizar en sus causas está totalmente ausente. La resistencia en estos sujetos es esperable, ya que los síntomas fueron creados como soluciones para un dolor mental intolerable. Es por ello que existe una marcada fuerza interna que teme la desaparición de estos síntomas, a pesar de del sufrimiento intrínseco que suponen los mismos. Ahora bien, explica la autora que la labor clínica psicoanalítica facilita el resurgimiento de diferentes fenómenos acaecidos en la vida del analizado "ofreciendo así la posibilidad de poner en palabras, por primera vez en la vivencia del paciente, las señales primitivas no verbales relegadas por la psique y expresadas mediante el funcionamiento somático" (p.47).

Finalmente, Chiozza (1993) resulta claro al puntualizar que aquello que desde la conciencia se experimenta como una enfermedad visible en el soma, carente de significación afectiva, en realidad puede tenerla y, más aún, puede ser interpretada. El material somático pasible de ser interpretado constituye un producto, entre otros, de los que pueden emerger en la sesión psicoanalítica. En cuanto a su hermenéutica sugiere que "cuando se trate de interpretar el significado inconsciente específico de una particular alteración somática, se debería recurrir al conocimiento de las fantasías inconscientes que son propias e inherentes de la función que constituye la -razón de ser- de cada uno de los órganos" (p.193).

Y bien, a partir de todo lo expuesto, creemos que los objetivos de este TIF pudieron cumplirse, sin desconocer la modestia de los mismos. No nos propusimos encontrar una verdad en esencia como es la de hallar *la causa* de los procesos somáticos sino, si se quiere, enriquecernos de aquellos que tuvieron la valentía de hacerlo, dedicando prácticamente la mayor parte de su existencia a tales anhelados hallazgos.

Por último, asumimos el hecho de que estas obras, como cualquier otra, no escapan al orden de lo interpretativo, que es siempre de carácter subjetivo. No obstante, adoptamos el compromiso ético de aproximarnos lo más posible a lo que entendimos como trascendente en cada uno de los autores en particular y en la complejidad de su interrelación, en orden a bordear con la mayor precisión la temática que nos propusimos investigar.

8. Referencias bibliográficas

- Chiozza,L. (1991). *Los afectos ocultos en...psoriasis, asma, trastornos respiratorios, varices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas, accidentes cerebrovasculares*. Buenos Aires: Alianza Estudio.
- Chiozza,L. (1993). *Los sentimientos ocultos en...hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*. Buenos Aires: Alianza Estudio.
- Chiozza,L. (1998). *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*. Buenos Aires: Alianza Estudio.
- Chiozza,L. (2016).*La Enfermedad de un órgano, de una persona, de una familia y de un pueblo*. Buenos Aires: Paidós.
- Chiozza,L. (2019). *El lenguaje que los órganos hablan. Diálogos psicopatológicos con André Green y Donald Meltzer*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Marty,P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu. Marty,P. (1998). *Marty y la psicósomática*. Marta T. de Calatroni compiladora. Buenos Aires: Amorrortu.
- McDougall,J. (1987). *Teatros de la Mente, ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Madrid: Julián Yebenes, S.A.
- McDougall,J. (1989). *Teatros del Cuerpo*. Madrid: Julián Yebenes, S.A
- Laplanche,J. & J. Pontalis. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.

