



**ESCUELA DE POSTGRADO**

**FENÓMENOS DE DESAJUSTE**  
**Proposición para la clínica psicosomática**

**Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología**

**LILIANA MESSINA SCHWARTZ**

**Director:**  
**Dr. Roberto Aceituno Morales**

**Santiago de Chile, 2018**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>El Problema.....</b>	<b>3</b>
<b>Monismo – dualismo .....</b>	<b>5</b>
<b>Conceptos iniciales .....</b>	<b>11</b>
<b>Premisas para la investigación .....</b>	<b>13</b>
<b>Desarrollo temático de la investigación.....</b>	<b>15</b>
<b>Hipótesis de trabajo .....</b>	<b>17</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>18</b>
<b>Sobre la Investigación.....</b>	<b>18</b>
<b>Objetivos de la investigación .....</b>	<b>22</b>
<b>I. PSICOSOMÁTICA:.....</b>	<b>25</b>
<b>DEFINICIONES Y CONTROVERSIAS .....</b>	<b>25</b>
<b>Antecedentes de la Psicología .....</b>	<b>25</b>
<b>Los primeros pasos de la psicología .....</b>	<b>27</b>
<b>Las Escuelas Psicológicas.....</b>	<b>29</b>
<b>Definiciones para psicología/o.....</b>	<b>32</b>
<b>Otras propuestas teóricas en psicología.....</b>	<b>39</b>
<b>II. LOS FENÓMENOS DE DESAJUSTE .....</b>	<b>45</b>
<b>Teóricos a favor de diferenciar síntoma conversivo y fenómeno psicológico.....</b>	<b>45</b>
<b>Posiciones que sostiene la continuidad .....</b>	<b>50</b>
<b>Los fenómenos de desajuste .....</b>	<b>61</b>
<b>Observaciones clínicas.....</b>	<b>66</b>
El caso de Juan .....	66
El caso de Ignacio .....	71
<b>III. TEORÍA DE LA SIMBOLIZACIÓN EN PSICOSOMÁTICA Y EN LOS FENÓMENOS DE DESAJUSTE .....</b>	<b>80</b>
<b>Sobre la representación y el representar .....</b>	<b>80</b>
<b>Procesos de simbolización .....</b>	<b>81</b>
<b>Lo negativo en los fenómenos de desajuste.....</b>	<b>84</b>
<b>La intervención psicoanalítica .....</b>	<b>89</b>
<b>La pulsión y el objeto.....</b>	<b>91</b>
<b>Observaciones clínicas.....</b>	<b>93</b>

<b>IV. CUERPO Y TRADUCCIÓN: TEORÍA DE LA SEDUCCIÓN .....</b>	<b>98</b>
El cuerpo en psicoanálisis .....	99
Teoría de la seducción .....	104
Los procesos de simbolización y la actividad judicial .....	110
Represión - Supresión.....	115
Cuerpo erógeno / cuerpo amputado .....	116
Sexualidad y violencia: el caso de Muriel.....	121
<b>V. LA CONVERSIÓN Y EL DOLOR.....</b>	<b>132</b>
La conversión .....	132
La Simbolización en la histeria de conversión .....	136
El dolor .....	139
Sobre fibromialgia .....	146
Observaciones clínicas.....	150
El caso Josefina.....	150
Otras observaciones clínicas .....	159
<b>VI. SOMATIZACIÓN Y SEXUALIDAD.....</b>	<b>167</b>
La sexualidad.....	167
La pulsión.....	169
El trayecto sexual .....	172
Observaciones clínicas.....	174
El caso de Elsa .....	174
El caso de Violeta .....	177
Acerca de Elsa y Violeta (análisis) .....	180
En síntesis .....	188
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>192</b>
<b>REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>208</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>213</b>

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo investigar los mecanismos intrapsíquicos implicados en las diversas formas de somatización y demostrar que es posible entenderlos como continuos, desde los fenómenos psicósomáticos hasta los síntomas conversivos, tal que una misma somatización pueda transitar de una forma a la otra, como se observa que ocurre en la clínica psicoanalítica. Esta es la hipótesis que guía el recorrido. Se propone denominar “fenómenos de desajuste” aquellos fenómenos intermedios entre los psicósomáticos y los síntomas conversivos.

El proceso de investigación condujo a un resultado incalculable en su comienzo. Recorriendo las teorías de la simbolización y la representación, los procesos de traducción en psicoanálisis y trabajado con casos clínicos, se concluye que los fenómenos psicósomáticos estarían determinados por una falla de traducción de los primeros materiales de percepción, los que no lograrían constituirse psíquicamente, permaneciendo en el soma. Mientras que los “fenómenos de desajuste” se producirían por una falla en la segunda transcripción (Carta 52 de Freud) que no lograrían traducirse a material constitutivo del inconsciente.

Palabras clave: psicoanálisis, fenómenos psicósomáticos, síntomas conversivos, fenómenos de desajuste, simbolización, representación, traducción.

## INTRODUCCIÓN

La relación entre psique y soma ha sido un enigma para las diversas culturas desde la antigüedad, planteando cada una, distintas hipótesis. La presente investigación intentará acercarse al problema desde la teoría y la clínica psicoanalítica para avanzar un paso más desde el ámbito de la psicósomática. Desde esta perspectiva teórica se han distinguido los trastornos somáticos en síntomas conversivos y fenómenos psicósomáticos. A su vez, se observa que habría cierto tipo de trastornos somáticos que no son fácilmente identificables como pertenecientes a alguna de estas categorías diagnósticas. Partiendo de la consideración atenta de este problema, se discutirá la hipótesis de que existiría una continuidad en los mecanismo intrapsíquicos implicados en los síntomas conversivos y los fenómenos psicósomáticos, es decir, se plantea que es posible la transición entre uno y otro, generando fenómenos intermedios, a los que se les llamará “fenómenos de desajuste”.

La hipótesis de los “fenómenos de desajuste” se sostiene principalmente en base a dos observaciones habituales de la clínica psicoanalítica. Una de ellas se refiere a la aparición de trastornos somáticos que traen los consultantes a sesión y que impresionan como en estado de transición, que con el trabajo analítico van tomando aspecto conversivo. Esto ha sido observado e informado por algunos psicoanalistas como Dominique Miller (1995) desde la clínica, Liliana Szapiro (2006 y 2011) desde la investigación y André Green (2005) y Silvia Bleichmar (2005) desde la teoría. Todos ellos hacen referencia a este tránsito entre las formas de somatización. Y, segundo, en la consideración de que si es posible la cura de enfermedades psicósomáticas en el proceso de un análisis (lo cual ocurre con alguna frecuencia), es porque éstos necesariamente pasan por un proceso de transformación de fenómeno a síntoma. Todo lo cual se espera mostrar teórica y clínicamente en el curso de este estudio.

Bajo la consideración que un tratamiento psicoanalítico se realiza exclusivamente a través de la palabra (“talking cure”) es que cabe la pregunta ¿cómo ocurre que algo que es del orden de lo somático (de la materialidad del cuerpo), puede responder a un tratamiento que se juega en el orden de lo psíquico? La hipótesis es que esto ocurre gracias al atravesamiento por un proceso de simbolización, del cual, hasta entonces, no había sido parte el proceso somático en cuestión. Entendiendo por simbolización el proceso que permite traducir la experiencia vivida en un campo de representaciones psíquicas, campo que se forma gracias a las asociaciones entre representaciones, tanto de cosa como de palabra, en interacción a su vez con la intervención efectiva del otro, alteridad representante del mundo social y de la cultura en el cual participa el sujeto.

Entonces se plantean los problemas de cómo a partir de la relación entre lo psíquico y lo somático algo se vuelve patológico, y cuál es la relación efectiva del proceso de simbolización sobre lo somático. El planteamiento de los investigadores, clínicos y teóricos en psicósomática es que una hay una separación entre psique y soma (ocurrió una desinversión o nunca se produjo la inversión), lo que deja a este último vulnerable, ya que la psique en su función de investimento protege al soma de los excesos pulsionales y de las energías excesivas provenientes del exterior, (la relación entre depresión y baja del sistema inmunológico, por ejemplo, es casi de conocimiento popular y lo plantea Freud en “Tratamiento psíquico, tratamiento del alma”, 1889). Green plantea sintéticamente que “la escisión psique/soma –que es el orden de la experiencia normal- puede adoptar un giro sumamente patológico. Esto es lo que observamos en psicósomática” (2005, p.126).

Los autores (Escuela de Paris, Escuela de Chicago, André Green, Silvia Bleichmar, Araceli Fuentes, entre otros) que han investigado en esta área, concuerdan en la idea que el fenómeno psicósomático se diferencia del conversivo principalmente por que el primero opera a través de la inervación corporal, la cual “se salta la representación” (Green, 1998, p.50), es decir, es de un orden de lo

psíquico no-representacional; mientras que lo conversivo se identifica justamente por la “conexión lingüística” que hace coincidir la formación de síntoma con la investidura corporal, referido a “lo psíquico en su relación con el placer y con el otro” (Green, 1998, p.50), es decir, que opera gracias a un proceso de simbolización. Cómo ocurre esto y cuáles son los mecanismos psíquicos para los procesos mencionados, es lo que se propone investigar el siguiente trabajo, para lo cual se hará necesario estudiar los procesos primarios de constitución del psiquismo, los procesos de simbolización y de representación. Para ello se hará una revisión de los trabajos de psicoanalistas que han investigado clínica y teóricamente estos temas, como André Green, Jean Laplanche, Christophe Dejours, Piera Aulagnier, Silvia Bleichmar, Araceli Fuentes, entre otros, y, por supuesto, Sigmund Freud.

### **El Problema**

El problema que sostiene este trabajo es el de investigar la posibilidad de considerar un continuo (proceso que da posibilidad del paso de un estado a otro) para los mecanismos intrapsíquicos involucrados en los fenómenos psicósomáticos (FPS) y los síntomas conversivos, suponiendo una categoría intermedia entre ambos, los “fenómenos de desajuste”. Esto supone la consideración que es posible que el mismo trastorno somático pase por un momento psicósomático y en otro momento se vuelva conversivo, a partir de un trabajo psíquico de transformación de los mecanismos involucrados en el proceso somático.

La estricta distinción entre estos dos tipos de fenómenos ha sido ya cuestionada por algunos autores (Green (2000, 2005), Dejours (2005, 2015); Assoun (1998)), mientras que afirmada por otros (Alexander (1943, 1987); Marty (2203); Fuentes (2002, 2016)). La diferenciación tajante entre fenómeno y síntoma implica la suposición que los mecanismos psíquicos involucrados son radicalmente diferentes o contrapuestos, es decir que existirían diferencias estructurales entre ellos, por lo que no habría posibilidad de trasposición de uno a otro.

El planteamiento central que fundamenta la diferencia es aquel que sostiene que los fenómenos psicósomáticos tienen relación con un disimbolismo (Assoun, 1998), o con un no representado, un no simbolizado (Bleichmar, 2016) o, más radical aun, con un déficit en la capacidad de mentalización (Marty, 2003); y que la conversión, en contraposición, se define como una trasposición simbolizada de un conflicto psíquico (Freud, 1895). Este estudio se dirige a entender cuál es la naturaleza de estas dificultades para la simbolización, qué operaciones psíquicas están impedidas o dificultadas y cómo puede intervenir el trabajo psicoterapéutico. Para finalmente dilucidar cómo ocurre que un fenómeno psicósomático devenga conversivo a partir del atravesamiento por un trabajo psicoanalítico.

Aparecen entonces dos líneas de preguntas, una sobre la forma que adopta la trasposición de lo psíquico en lo somático y la otra, qué hace posible que la intervención psicoanalítica pueda ser efectiva para el alivio de las somatizaciones. Las que se pueden plantear en los siguiente términos: ¿qué tipo de traza mnémica, huella o marca registra en el cuerpo algo del devenir psíquico (como “escritura en el cuerpo”, dice Lacan) que toma la forma de enfermedad o padecer físico? ¿Cómo se registra lo psíquico en lo corporal? Y, la pregunta planteada con gran sutileza por Julia Kristeva: “¿Qué características del *habla interpretativa* pueden entrar en resonancia con el destino simbólico del sujeto para llegar a su sustrato biológico y modificarlo?” (Kristeva, 1995, p.40). Pone el foco en el habla del analista y en el trabajo interpretativo específicamente. Es decir, cómo el habla que tiene lugar en transferencia, en la escena analítica, interviene los procesos simbólicos del sujeto, los que a su vez intervienen sobre su sustrato biológico. Supone nuevamente entender el vínculo entre este “destino simbólico” como lo nombra Kristeva, a lo vivido representado, y el sustrato biológico.

## **Monismo – dualismo**

Un primer problema que se plantea es la denominación misma de *lo psicósomático*, puesto que instala de inmediato la cuestión psique-soma implicada en su fórmula, la reunión de dos elementos diversos. Se ingresa aquí a la ya clásica discusión monismo-dualismo, y si bien esto toca el centro mismo de la problemática psicósomática, no es intención de este trabajo zanjar la cuestión; sin embargo, es inevitable pasar por ello aunque sea brevemente y, hasta podría derivarse de este estudio una cierta posición al respecto o, al menos, ofrecer algún argumento más a la discusión.

Los modos en que se resuelve la cuestión de la relación mente-cuerpo, o psique-soma, no es indiferente a la cultura, a la medicina y a nuestros propios tratamientos psicoanalíticos. Porque la posición que tomamos al respecto determina la atención que le prestamos a dicha relación, los tratamientos que favorecemos, las investigaciones que se realizan. Sobre todo cuando el conocimiento médico se ve llevado al límite en la búsqueda etiológica, justamente por algunas enfermedades, como las llamadas “autoinmunes”. El núcleo de la cuestión epistemológica es la continuidad o discontinuidad entre lo psíquico y lo orgánico del cuerpo, lo somático. Y si bien las problemáticas psicósomáticas implican a la práctica médica y a las teorías psicológicas, “una teoría de la causalidad no puede ser resuelta, en ningún campo del conocimiento científico, de manera empírica” (Bleichmar, 2005, p.58), puesto que las operaciones de psíquicas (como la simbolización) no se dejan aprehender en el campo científico.

Las posiciones monistas enfatizan la unión e indistinción en los funcionamientos de psique y soma; las dualistas oponen a ello una diferencia radical en constitución y funcionamiento de uno y otra. A Freud se lo consideró monista por su texto “Tratamiento Psíquico (tratamiento del alma)” de 1890 y el “Proyecto de psicología para neurólogos” de 1895, donde busca entender el funcionamiento psíquico desde la neurología. De ahí en adelante, su trabajo constata consideraciones diferenciadas, otorgándole un peso específico a lo psíquico,

que no estaba presente en el Proyecto, el que mantenía la misma lógica para ambos funcionamientos, psíquico y somático. En la fórmula metapsicológica que asienta lo psíquico sobre lo biológico en el concepto de pulsión, o con el representante representativo de pulsión, por delegación de lo somático en lo psíquico, va diferenciándolos, aunque estos conceptos suponen cierta tendencia determinista del cuerpo, que observa lógicas similares operando tanto en el soma como en la psique. Sin embargo, más tarde, Freud acusa a Groddeck de místico por suprimir la diferencia entre lo anímico y lo corporal:

Sus experiencias no conducen sino al reconocimiento de que el factor psicológico tiene una importancia insospechadamente grande incluso respecto de la aparición de enfermedades orgánicas. Pero ¿el solo hecho que se produzcan estas enfermedades afecta de algún modo la diferencia entre lo psíquico y lo corporal? (Correspondencia entre Freud y Groddeck en 1917, citado por Bleichmar, S., 2005, p.60).

Resulta difícil entonces identificar a Freud con una u otra posición, en relación al monismo o dualismo, pero se puede observar un desarrollo desde el monismo hacia el dualismo. Por ejemplo, en *Más allá del principio del placer*, ya con su teoría avanzada, se puede decir que se sitúa en una posición dualista, donde ofrece además una nueva dualidad: pulsión de vida y pulsión de muerte.

Por otra parte, las dos principales escuelas psicósomáticas, la de Chicago y la de París, sostienen “la unidad esencial del organismo humano” (Marty, 2003, p.11) considerando que “el énfasis está puesto en la tesis de que no hay distinción lógica entre mente y cuerpo” (Alexander, 1943). Hacen equivalentes el funcionamiento psíquico y el somático, derivando completamente la comprensión del funcionamiento psíquico de la actividad neurológica y endocrina (la Escuela de Chicago) e igualando con características evolutivas, propias de la naturaleza al funcionamiento psíquico (la Escuela de París). Así, para ambas escuelas, lo psíquico se desprende de lo orgánico y opera con sus mismas leyes, aunque por el momento no sea posible acceder a todo el conocimiento sobre los mecanismos de esta relación.

Estos planteamientos han construido los fundamentos de la medicina psicosomática, sobre los cuales se viene haciendo un arduo trabajo investigativo desde mediados del siglo XX hasta la actualidad. Se observa esta perspectiva en investigaciones que buscan relacionar perfiles de personalidad con desórdenes somáticos específicos, para dar cuenta de enfermedades consideradas propiamente psicosomáticas; y otros estudios en los que el cuerpo es tomado como superficie de proyección de las producciones psíquicas, que no pueden permanecer en el plano psíquico.

Para los investigadores de la Escuela de Chicago “esencialmente un síntoma de conversión histérica no es más que una inervación inusual; no difieren en principio de ninguna otra inervación voluntaria o de movimientos expresivos como el habla, la risa o el llanto” (Alexander, 1943, p.205). Se trata de alteraciones neuro-musculares voluntarias y del sistema perceptivo sensorial. Los fenómenos psicosomáticos, en cambio, son aquellos que implican alteraciones vegetativas autónomas como la hipertensión emocional, la úlcera péptica, etc. Así definieron siete enfermedades consideradas psicosomáticas. Aquí los síntomas somáticos no son expresiones sustitutivas de representaciones reprimidas sino que son acompañamientos fisiológicos normales de estados emocionales constantes o recurrentes. Son ajustes *viscerales* (músculatura involuntaria y propiocepción) para una tarea definida, como enfrentar un peligro. La cronicidad de una tensión emocional es lo que hace mórbida esta condición (Alexander, 1943).

Desde esta perspectiva entonces, “lo psicosomático no corresponde a un lenguaje simbólico, sino que es una manifestación multi-determinada por factores genéticos, ambientales y afectivos, que modulan la descarga neurovegetativa sobre los órganos en respuesta a las emociones, y su expresión temporal en fases agudas y crónicas de la enfermedad” (Arntz, A. 2017, p. 8); “la emoción opera así como un organizador psicosomático” (Smadja, 2009, p.161), el punto donde se cruzan las ramificaciones psíquicas y fisiológicas. Por lo tanto, los sín-

tomas conversivos y los fenómenos psicosomáticos son eminentemente producidos por mecanismos diversos y discontinuos entre sí, es decir, es impensable el paso del uno al otro, ya que los mecanismos involucrados pertenecen a sistemas diferentes.

La idea de estas escuelas es que la psicosomática es una disciplina que irá desarrollándose con el avance científico y que hará posible un conocimiento cada vez más certero de los procesos neuro-endocrinos:

Cuando hablamos de psicogénesis nos referimos a un proceso psicológico que consiste en excitaciones del sistema nervioso central que pueden ser estudiados por medio de métodos psicológicos porque son percibidos subjetivamente en forma de emociones, ideas o deseos. La investigación psicosomática trata con aquellos procesos en los que ciertos vínculos de la cadena causal de eventos, se prestan, en el estado actual de nuestros conocimientos, mejor al estudio a través de métodos psicológicos que a través de métodos fisiológicos desde que la investigación sobre el proceso cerebral de las emociones no está suficientemente avanzado (Alexander, 1943, p.205).

Alexander plantea, entonces, que dependerá del avance de la ciencia que la investigación psicológica pueda ser sustituida por la fisiológica y que solo por ahora es que la psicosomática deba ser un estudio desde lo psíquico. Nada lejos estaba de lo que ha sido el desarrollo de la medicina psicosomática (que no será tema de atención en este trabajo) que avanza en estudios cada vez más finos y precisos de los procesos fisiológicos que acompañan las reacciones emocionales en distintos estados y situaciones vitales, conformando hoy la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), interdisciplina que se organiza a partir de la interrelación de estas disciplinas médicas, con la idea que el individuo humano es una unidad de mente y cuerpo. La Escuela de Chicago, se inscribe, por ello, dentro de lo que Claude Smadja (2009) llamó el *modelo de la adaptación*, porque considera la somatización como una respuesta adaptativa del organismo –humano- a las exigencias del ambiente. Para ellos el sentido del síntoma orgánico está siempre relacionado con la historia colectiva y escapa al determinismo de un proceso histórico individual.

Smadja denominó el modelo de la *desmentalización* a la teoría -que él mismo adscribe- de la Escuela Psicosomática de París, pues propone que las somatizaciones ocurren en individuos que presentan déficit en su capacidad de mentalizar, de producir representaciones mentales. Lo que se expresa en características muy específicas definidas por: el pensamiento operatorio, la depresión esencial y la desorganización progresiva (Marty, 1990/2003).

Se acercan a ellos, con sus teorizaciones, Winnicott (2012) y Mc Dougall (1995), quienes definen a “pacientes psicosomáticos” a partir de observar funcionamientos psíquicos comunes en los pacientes con múltiples somatizaciones, lo que consiste en una falta de integración entre psique y soma para Winnicott y una normopatía y alexitimia en Mc Dougall; aunque al mismo tiempo Mc Dougall habla de los pacientes con somatizaciones como de “histeria arcaica”, admitiendo, de esta manera, una cierta continuidad entre lo conversivo y los psicosomático desde la idea de un psiquismo arcaico. Pero hay autores que decididamente se oponen a esta generalización. Green (2005) por ejemplo, en su artículo “Teoría”, expone dos casos para demostrar la tesis de que puede existir una mentalización importante en pacientes con trastornos psicosomáticos y, por otra parte, ausencia de somatización en pacientes con un funcionamiento psíquico que, la Escuela Psicosomática de París, consideraría como de una mentalización deficitaria.

Pierre Marty siempre consideró arbitraria y artificial la frontera entre el funcionamiento psíquico y el somático, pues sus causalidades están indisociablemente entrecruzadas por su inserción en la cadena de eventos evolutivos, a lo que Smadja (1998) llamó *monismo integral*, con lo que, según él, se puede abordar la continuidad entre los funcionamientos somático y el psíquico, a diferencia del psicoanálisis freudiano que solo puede abordar los fenómenos de somatización desde su causalidad psíquica. El concepto de *cadena somática de fijación* (Marty, P. 1990) por ejemplo, supone un funcionamiento unitario entre lo psíquico y lo somático, que se apoya en la idea de la evolución de lo psí-

quico a partir de lo somático: “esta causalidad se refiere a otro orden de fenómenos que engloban la fisiología y la psicología bajo la égida de la biología, es decir la evolución” (Smadja, 1998, p.200).

Al entender el funcionamiento psíquico como equivalente al de su base orgánica, sus características se vuelven fácilmente identificables. De ahí que el fenómeno psicósomático sea definido por una “lesión observable”; si no hay lesión será, muy probablemente, conversivo. Pero hay fenómenos que nos desafían, como la fibromialgia, que no presenta lesión, pero es difícil hallar su carácter conversivo cuando todos los pacientes responden a las mismas zonas dolorosas y no son éstas particulares de cada paciente. Y, a la inversa, lesiones del cuerpo que sí responden a una intervención a nivel de lo simbólico, como lo demuestran trabajos, como el de Dominique Miller (1995) que será revisado más adelante.

Elaboraciones teóricas posteriores a las escuelas de Chicago y de Paris, especialmente las que permanecen más apegadas al psicoanálisis de lo que se mantuvieron estas dos escuelas, plantean una posición dualista que considera la diferencia entre psique y soma en sus propiedades y su funcionamiento, a partir de situar el lugar fundamental del lenguaje y de la relación al otro, como condiciones esenciales a lo humano y a lo psíquico, situando lo somático como perteneciente a otro campo (Green, 2005; Bleichmar, 2005). Sin dejar de considerar, por supuesto, un espacio de influencias mutuas entre psique y soma, que Green llama “dualismo de la reunión”, dualismo que propone Freud, donde se entiende una diferencia de estructura entre lo psíquico y no psíquico, no una diferencia de esencia. Se trata de una “concepción del psiquismo radicado en el cuerpo, pero también determinado por sus objetos y no como organización autónoma” (Green, 1998, p.44). De aquí que Green (1998) plantea que: “*lo psíquico es la relación entre dos cuerpos, uno de los cuales está ausente*” (el itálico es del autor, p.61) con lo que enfatiza el lugar constitutivo que ocupa el otro para el sujeto, o para el psiquismo, y el lugar del cuerpo, la presencia es cuerpo y,

la ausencia, ausencia corporal. Considerando además que el pensamiento se instala en ese trayecto de la pulsión de la fuente hacia el objeto, es que el lugar de la alteridad, fundamental en el reconocimiento de lo humano hace una distinción radical con el orden de lo orgánico –o natural-. André Green, en desacuerdo con Marty y sus colaboradores, imagina una continuidad entre los fenómenos psicosomáticos y los conversivos. Pero esta definición de Green contiene algo más: la ausencia. No es el objeto, el otro, lo que impulsa el pensamiento, la condición de posibilidad para el desarrollo del psiquismo, es su ausencia, es decir su posición negativa. Ausencia, negatividad que es también la condición de la simbolización. Esta será una temática a trabajar, como apoyo esencial a la hipótesis de esta investigación.

### **Conceptos iniciales**

1. Los conceptos de “soma” y “somático” serán usados en relación a la materialidad del organismo biológico. La noción de “cuerpo” en psicoanálisis está referida al organismo ya atravesado libidinalmente e imaginarizado, que no se reduce a lo somático, de modo que se puede hablar de: “cuerpo erógeno -el de la pulsión-, cuerpo representacional –el del yo-, incluso cuerpo somático –el auto conservativo- regido por las leyes naturales, que no son las del procesamiento psíquico” (Bleichmar, 2005, p.60).

2. Algunos autores, desde el psicoanálisis lacaniano, (Fuentes, 2006; J.A. Miller, 1986) inscriben lo psicosomático como “fenómeno” para diferenciarlo claramente de “síntoma”. Entendiendo *síntoma* como categoría conceptual que Freud instaló, más allá del estatuto de indicio de una enfermedad, como aquello que remite a una formación del inconsciente, que “se inscribe metapsicológicamente en las relaciones de conflicto y comercio definidas por la búsqueda incesante de equilibrio entre los sistemas psíquicos” (Bleichmar, 2005, p.64). Siendo, desde aquí, el síntoma somático por excelencia el conversivo, que viene a dar cuenta

de un retorno de lo reprimido, es decir de la “conversión” de una excitación endógena a una inervación somática, a partir de una operación simbólica. Operación simbólica que le estaría negada al fenómeno psicósomático.

3. Paul Laurent Assoun (1998), por su parte, propone el término “síntoma somático”. Éste no lo considera como una formación del inconsciente, como lo son el sueño, el acto fallido, el síntoma obsesivo o el síntoma conversivo; sin embargo, una parte constitutiva de él es, de todos modos, un movimiento psíquico inconsciente. Considerando lo inconsciente como el “eslabón perdido” entre lo somático y lo psíquico, entiende que lo psíquico incluye lo inconsciente, pero lo desborda, desborde que integraría lo real del cuerpo. La fórmula que propone Assoun unifica lo que se ha diferenciado con las fórmulas: síntoma conversivo y fenómeno psicósomático, al indicar que se trata de algo del orden de un trabajo psíquico que se plasma simultáneamente en procesos somáticos. O dicho con las palabras de Assoun: “el *síntoma somático* es el momento físico del proceso inconsciente” (1998, p.8).

Así, el término *síntoma somático* será usado, en el presente estudio, para los espacios intermedios entre síntoma y fenómeno, donde se puede pensar un fenómeno del cuerpo como síntoma, sin que se refiera necesariamente al conversivo. Para decir que “lo que marca justamente el *momento* corporal del síntoma es el hecho de que viene a signar la derrota de las estrategias “significantes” y a inscribirse como un real, especie de falla de la simbolización, así como de las formaciones inconscientes “clásicas” (Assoun, 1998, p.23). Ya que es común la observación que la distinción entre uno y otro, es decir entre fenómeno psicósomático y síntoma conversivo, pueda no ser totalmente nítida y que en algunos casos clínicos concretos sea difícil decir si se trata de uno u otro (por ejemplo con la fibromialgia).

La discusión en torno a los problemas aquí planteados ha sido motivo de debate entre connotados psicoanalistas. Entre ellos, el seminario *Organsprache* y el diálogo posterior que tuvo lugar entre André Green y Luis Chiozza, en julio de 1989, en Roma. Y el debate que tuvo lugar en Ginebra, en junio de 1994, que se había organizado para que se realizara entre Pierre Marty, quien falleció poco antes del evento, y André Green, siendo el primero sustituido por sus colaboradores, Alain Fine, Claude Smadja, Michel Fain, entre otros.

### **Premisas para la investigación**

#### **1. Lo somático y lo psíquico**

Tomando en cuenta lo planteado por Bleichmar (2005) que “lo psíquico no surge de lo somático, si bien le es imprescindible el sostén biológico para implantarse” y que “lo biológico es externo al psiquismo”; se plantea que el psiquismo rebasa con mucho las condiciones de posibilidad que el sustento biológico y somático le ofrece. Que éste, asume al cuerpo somático como un objeto externo, es decir como una externalidad internalizada; mientras que al cuerpo erógeno (se definirá en capítulo correspondiente) como una parte constitutiva del psiquismo. Aulagnier (2014) también enfatiza la situación del cuerpo para el psiquismo como el *lugar otro*. Aquel *espacio corporal* que, en el tiempo del proceso originario, al mismo tiempo que cumple la función de “abastecedor de los modelos somáticos a los que recurre la representación” (p. 47), es también ese que por su posición de otredad, será “espacio privilegiado de un deseo de destrucción” (p. 47); aunque más adelante, se volverá, al contrario, el lugar privilegiado del placer.

Dado que lo biológico, es condición necesaria pero no suficiente para la constitución del psiquismo, el intercambio psique soma no puede ser directo y exactamente simétrico; se trata de materialidades específicas y diferentes. Así, la traducción posible entre lo representacional y lo somático, y viceversa, deber ser entendida como transcripciones indirectas y traducciones multideterminadas.

## **2. La psicósomática**

La psicósomática se ocupa de las alteraciones que lesionan el cuerpo, a las cuales se les supone una causalidad psíquica, aunque no implican ningún retorno, pues no se trata de lo inconsciente reprimido. En lo referente a ello, se usará este término de todos modos, aun considerando lo que plantea Assoun (1998), esto es que el término psicósomático es engañoso porque “supone una prolongación psíquica de un acontecimiento somático” (1998, p.9) y, como ya se planteó, son materialidades diferentes que requieren de traducción, pues la relación entre ellas supone transcripciones de una a la otra. Lo que se puede pensar, según Assoun, es que puede asomar en el cuerpo un fenómeno que dé cuenta de un “disimbolismo” (p.9), una falta de simbolización que se manifieste como un desarreglo orgánico.

¿Qué quiere decir Assoun con disimbolismo? Una falla de la simbolización primaria o secundaria (Rousillon, 2015), es decir, falla en alguna de las transcripciones, o ausencia incluso de potencial simbolizador, lo que se asociarían a las somatizaciones. Es un punto en el que se muestran de acuerdo muchos teóricos en psicósomática, como ya se mencionó, desde los clásicos de las escuelas hasta la actualidad. De modo que será un punto de partida central en esta investigación.

## **3. El fenómeno psicósomático**

La posición para esta investigación con respecto al fenómeno psicósomático, es que se trata de una característica del fenómeno y no del paciente (como también lo plantea Araceli Fuentes, 2002). Es decir, que la presencia de fenómenos psicósomáticos no constituye a un “paciente psicósomático”, esto es, que no habría una estructura psicósomática, como lo plantean Marty y la Escuela de Paris. Para esta Escuela psicósomática, se trata de un sujeto con importantes dificultades en la mentalización, la que se observa a través de la presencia de un pensamiento operatorio, junto con depresión esencial y desorganización progresiva, todo lo cual constituye un cuadro clínico bien determina-

do. Al contrario, aquí se plantea que los fenómenos psicossomáticos aparecen en cualquier estructura, y de hecho, como afirma Bleichmar “es imposible que haya un sujeto sin psicossomáticas, absolutamente imposible, porque sería como un psiquismo capaz de abarcar todo, de contener todo, de transcribir todo” (2016, p.156). Esto incluye además la idea de que, aunque la presencia de un fenómeno psicossomático, así como de un fenómeno de desajuste, apunte a una falla en alguna etapa del proceso de simbolización, esto no significa que el sujeto afectado sea incapaz de operaciones de simbolización, o que su psiquismo funcione completamente en este nivel. Por el contrario, se planteará que es respecto a un área circunscrita, aquella relacionada al fenómeno psicossomático o al síntoma somático, la afectada por la ausencia de simbolización o déficit de representaciones.

### **Desarrollo temático de la investigación**

El presente trabajo de investigación se desarrollará en capítulos independientes entre sí, aunque cada uno desarrolla las temáticas que interesan para llegar a responder a los objetivos planteados. Los temas centrales tienen que ver con elaboraciones sobre la teoría de la constitución psíquica, específicamente en relación al problema de la simbolización primaria y los procesos de simbolización, así como el lugar de la representación al interior de la teoría. A fin de dilucidar cómo es la inscripción de aquellas vivencias que no pueden ser representadas y que no llegan a ser simbolizadas, la forma que esta inscripción adopta y cómo involucra al soma. Se revisará para ello la noción de cuerpo erótico, como lo somático atravesado por lo psíquico, y el cuerpo somático en el otro extremo, como cuerpo desinvertido, para llegar a una concepción de lo que pudiera ser el cuerpo amputado, en el punto de la lesión psicossomática, noción que propone Dejours (1992), sin ahondar en la explicación de sus condiciones de posibilidad.

Será necesario trabajar entonces la constitución del cuerpo y del psiquismo, y su interacción, para ello se revisará los avances realizados hasta el

momento en la comprensión de los fenómenos psicosomáticos; se definirá, antes que nada, lo que se entiende por psicosomática, se revisará el concepto, la historia y los desarrollos de ésta como disciplina y las distintas posiciones de los autores con un mirada crítica sostenida principalmente en las premisas mencionadas con anterioridad.

En un segundo capítulo se expondrá la propuesta de esta investigación, lo que se ha llamado los “fenómenos de desajuste”, con la discusión sobre las condiciones de posibilidad para estos fenómenos y las implicancias que su postulación tiene. El problema de la simbolización será discutido en este capítulo a propósito de lo que tiene relación con las distintas formas de somatizaciones y por ser lo que, en esencia y respecto de los mecanismos psíquicos involucrados, diferencia los FPS de los síntomas conversivos. Revisando las diferentes propuestas de los investigadores, a favor de una continuidad entre síntoma y fenómeno y, las posiciones que opone una distinción determinante que los hace discontinuos. Además se trabajará en el análisis de dos casos, lo que ofrecerá una contrastación clínica para la teoría.

El capítulo siguiente se hará cargo del problema del cuerpo y la traducción, traducción entre los diversos niveles psíquicos (huella mnémica, representación- cosa y representación palabra) y entre lo somático y lo psíquico. Atendiendo a la noción de cuerpo en psicoanálisis, se trabajará sobre la noción de cuerpo erógeno, pasando por la teoría de la seducción y la confusión de lenguas en lo que tiene para aportar sobre la teoría de la traducción, para llegar a sus derivadas en el pictograma de rechazo de Aulagnier y el cuerpo amputado, noción planteada por C.Dejours (1992).

Se realizará una investigación sobre la conversión y el dolor, que revisa hipótesis sobre los posibles mecanismos de producción, con la intención de dilucidar la metapsicología del dolor, tomando como caso clínico la fibromialgia, desajuste que aparece con mucha frecuencia en la clínica actual. Finalmente un capítulo sobre la sexualidad como agente de unificación somato-psíquico por

excelencia, el problema de la pulsión en su implicación con la psicósomática y su relación al problema de la constitución psíquica.

Finalmente, el capítulo conclusivo reúne todo lo recogido en cada uno de los capítulos, responde directamente a las preguntas planteadas durante el desarrollo del trabajo y resumirá la propuesta de esta investigación en relación al problema y la hipótesis que se plantearon.

### **Hipótesis de trabajo**

Se ha planteado que los síntomas conversivos responden a un retorno de lo reprimido representando un conflicto psíquico. Y que la mayoría de los autores coinciden en adjudicar a los fenómenos psicósomáticos un origen presimbólico; es decir, que se constituyen a partir de una marca sobre el psiquismo, huella mnémica que no ha podido ser transcrita a representación, por lo que se trata de un material que no pudo ser reprimido, aunque pudo ser suprimido; que son apenas signos de percepción, o restos de algo anterior a la instalación de las condiciones necesarias para la simbolización primaria (o proceso primario); o que habiéndose creado las condiciones para la simbolización pudiera haber ocurrido posteriormente un repudio (supresión) de la representación. O, como Piera Aulagnier lo plantea con la noción de pictograma, tratarse de un pictograma de rechazo en este caso. Todos estos son distintos modos de enfocar el “disimbolismo” del que habla Assoun, o la ausencia de representación como lo describen otros autores.

Pero ocurre, ocasionalmente, que un FPS se comporta como síntoma, como el caso de una psoriasis relatado por Dominique Miller. Cómo puede ocurrir esto, si no ha habido represión. Este es el centro de la investigación, avanzar en la comprensión de qué permite que un FPS se comporte como síntoma. Lo cual se propone desde la hipótesis que, habiendo diferencias entre estas formas de presentación de lo somático, éstas no son estructurales, por lo que existiría la posibilidad de movimiento entre uno y otro, a lo que se ha llamado “fenómenos de desajuste” que puede observarse en la clínica.

## METODOLOGÍA

### Sobre la Investigación

La investigación de las operaciones psíquicas implicadas en los fenómenos de desajuste se hará a partir de una revisión teórica acompañada del estudio de caso, con metodología de investigación psicoanalítica, usando para ello la técnica psicoanalítica. La teoría que enmarca el trabajo de investigación se pondrá en permanente contrastación con los fenómenos observados en la clínica de pacientes aquejados con síntomas conversivos, fenómenos psicósomáticos y, los que investigamos como “fenómenos de desajuste”. Las categorías tales como el “enfermo psicósomático”, o la suposición de ciertas personalidades tipo tras determinados cuadros orgánicos, extreman la generalidad, perdiendo la riqueza del caso. El psicoanálisis por el contrario, trabaja justamente en la escucha del sujeto del inconsciente en los dichos de cada paciente.

La teoría psicoanalítica con la que se trabajará es principalmente la de la primera tópica freudiana. La segunda tópica se considerará circunstancialmente cuando es traída por los autores revisados y citados. Además se trabajará esencialmente desde la perspectiva intrapsíquica, como la planteada por André Green, antes que con la perspectiva intersubjetiva. Sin embargo, esto no significa que se dejará de considerar la importancia fundamental de la alteridad en la constitución del sujeto psíquico; muy por el contrario, este será un aspecto central en relación a ciertas propuestas del estudio.

La teoría lacaniana no es la perspectiva psicoanalítica con la que se trabajará especialmente; sin embargo, no se pueden dejar de lado numerosos autores lacanianos que hacen aportes importantes al tema aquí tratado (Paul Laurent Assoun, Araceli Fuentes, Patrick Monriboth, Dominicque Miller, Liliana Szapiro, principalmente) por lo que se considerará en esos casos, incorporando eventualmente además algunos conceptos como el de goce del cuerpo, goce específico, función paterna, cuerpo real, holofrase.

## 1) Estudio de caso y caso crítico en investigación

Respecto del uso de la clínica como material de investigación, Ian Parker nos recuerda:

Hay aquí otra lección más del psicoanálisis clínico. Los lacanianos, al igual que otros psicoanalistas, se refieren a “casos”, pero saben que en realidad no hay “casos” en absoluto. El análisis se lleva cabo “caso por caso”, y el discurso del analista se basa en una explicación teórica de los parámetros para interpretar lo que ocurre, una explicación que siempre debe estar dispuesta a mutar ante cada nuevo caso. Es por esto que la buena descripción de un “caso” es también la elaboración de una teoría. (Parker, I. 2013, p.67)

Partiendo por la constatación que todo el edificio teórico psicoanalítico fue construido, inicialmente por Freud, a partir de la investigación de casos, caso único cada vez, todo psicoanalista trabaja desde la convicción de que un caso único es un universo suficiente para validar una hipótesis, puesto que el hallazgo de un fenómeno, en un caso, es prueba de su existencia y tiene para el psicoanálisis suficiente valor probatorio; éste no requiere de investigaciones con cantidades estadísticamente suficientes para construir teoría. P.L. Assoun (2003) lo destaca en los siguientes términos: “Precisamente, en Freud la terapia jamás se separa de la *investigación*, de tal forma que el “caso” contiene su peso de verdad metapsicológica” (p. 117). El caso único tiene además valor de “caso crítico” (Yin, 1984), es decir que “una razón para seleccionar un caso simple en lugar de un diseño de caso múltiple es que el solo caso representa la prueba crítica de una teoría significativa” (Yin, p.26).

## 2) Construcción del caso

La descripción de un caso es siempre una construcción; habrán aspectos incluidos, otros rechazados, otros destacados y mucho que simplemente no puede ser contenido en un material escrito. Pierre Férida (1999), recordando la teoría de las “formas simples” de *André Jolles* (1874-1946), hace una comparación entre el chiste y el caso (dos de las nueve “formas simples” que describe Jolles) a partir de su forma particular de comunicación. El chiste debe ser sim-

ple, crea un nudo que luego se deshace, generando algo nuevo y sorprendente, esto es lo que produce risa. Los casos también contienen siempre algo nuevo, su singularidad, pero ese es su punto de partida, luego se amplían e historizan, pareciéndose al cuento, al mito o a una novela. Porque esa intimidad de la escena transferencial, siempre única, como la del sueño, imposible de comunicar en su totalidad, exige un esfuerzo de escritura que implicará una deconstrucción y reconstrucción de esa experiencia. El chiste en cambio, se enfoca justo en lo común comunicable. Por otra parte, un caso se vuelve psicoanalítico cuando es conversado en sesiones con colegas, es ahí donde se construye “el caso” (Fédida, 1999). La construcción y la escritura de un caso, supone una escena muy distinta a su original, la escena del consultorio, y puede ilustrar una teoría o un hecho ya conocido, como puede ser la primera demostración o descripción de un hecho nuevo.

### **3) Análisis del material de casos**

El análisis del material se hará principalmente en tanto cadenas de ideas; considerando el vínculo conector como el que devela el texto latente “el discurso oculto del inconsciente que habla por debajo de la superficie de las ideas articuladas” (Bollas, 2013, p.48).

### **4) La investigación como intervención en el tratamiento**

Esta investigación se realizó con el material de casos de la clínica habitual de la terapeuta-investigadora (se anotarán sus iniciales “LM” para indicar sus intervenciones cuando se expongan los casos). En dos de los casos el tratamiento estaba ya cerrado, por lo que fue necesario citar a los pacientes para informarles sobre la investigación, preguntarles sobre su disposición a participar y, en caso positivo, firmar el consentimiento informado. En ambas la reacción fue positiva y mostraron buena disposición a colaborar. Ambas sin embargo, quisieron revisar el material antes con el fin de asegurarse que no pudieran ser reconocidas sus identidades.

Los demás casos estaban con tratamientos en curso al momento de informarles sobre la investigación y solicitarles su participación. El consentimiento informado entonces marcó un hito en sus tratamientos y fue interesante observar que en la mayoría de los casos, luego de ello, comenzaron a poner mayor atención a sus síntomas somáticos y a hacer más espontáneamente asociaciones entre éstos y los eventos recientes o sus estados psíquicos. Con “más espontáneamente” se quiere decir que ya no era necesaria la pregunta por parte de la terapeuta, como si ellos mismos se hubieran hecho parte de la investigación, integrando a su mirada sobre sí mismos también la perspectiva de la terapeuta, haciendo objeto de investigación los fenómenos en su cuerpo, más o menos conscientemente. Por ejemplo, se observó esta actitud en una paciente, que llamamos Elsa, que no mostró mayor interés en la investigación, sólo aceptó participar con buena disposición por colaborar con su terapeuta, pero que, al poco tiempo tuvo una reacción en un ojo que ella misma observó íntimamente vinculada a la circunstancia; que el oftalmólogo evaluó como una “*endotropia congénita parcialmente acomodativa descompensada*; una desviación de nacimiento que fue operada, pero de resolución parcial, que el uso de los lentes mantiene compensada y que puede hacerse más evidente (descompensarse) por agotamiento, tensión emocional u otras enfermedades” (Dr. Alberto Arntz, comunicación personal 02/02/ 2018). Esto ocurrió el día que terminó, en forma sorpresiva, su relación de pareja, sin haber ocurrido nunca antes (la endotropía), y volvió a ocurrirle unos meses después tras una nueva discusión con él (el análisis de este caso se hará en el capítulo V). Ante esta sucesión de hechos, no pudo menos que ser ella misma la que puso en evidencia la relación entre la gran aflicción de ese día y esta descompensación en su ojo que la llevó de urgencia a la consulta oftalmológica.

El efecto que puede tener el “consentimiento informado” sobre el trabajo clínico es importante tener en consideración, por lo que se hará una distinción entre el material recogido en sesiones previas a él y las posteriores, en los ca-

sos en curso. Para los casos cerrados en cambio, se entiende que no fueron intervenidos por esta irrupción, ellos son los casos de Violeta (capítulo V) y Muriel (capítulo III).

Respecto de la confidencialidad, las reacciones han sido las más diversas. Algunos no les importa ser reconocidos en el material expuesto, incluso pareciera que lo desearan, al punto de no estar de acuerdo con cambiar nombres o algún elemento de la historia (de todos modos se hicieron cambios), piensan que el material presentado debe ser totalmente fidedigno para no alterar de ninguna manera el análisis que de él se pueda derivar. Al contrario, otros/as pacientes ayudaron a pensar los cambios posibles de hacer a la historia para no alterar el sentido total, y aun cambiar lo suficiente para despistar su reconocimiento; alguno/a también, proscribió ciertas temáticas. Los nombres a usar fueron conversados con ellos y en algunos casos integrados en el trabajo asociativo de la sesión.

### **Objetivos de la investigación**

El objetivo general que dirige esta investigación es:

Establecer los mecanismos u operaciones psíquicas implicadas en los “fenómenos de desajuste” entre lo psicossomático y lo conversivo, de modo de generar las condiciones para pensar en una continuidad entre ellos, a partir del trabajo clínico de orientación psicoanalítica.

Objetivos específicos:

- 1) Diferenciar mecanismos psíquicos que actúan en la transposición de lo psíquico a lo somático en los síntomas conversivos, de los mecanismos operantes en los fenómenos psicossomáticos.
- 2) Desarrollar con detalle y precisión los conceptos de: procesos de simbolización, simbolización primaria y representación.
- 3) Diferenciar en la clínica cuándo un fenómeno somático se corresponde con fenómenos de simbolización y cuando no hay trabajo

de simbolización asociado.

4) Determinar si las somatizaciones a las que no se asocia simbolización, pueden posteriormente realizar una elaboración a través de la producción, en el tratamiento psicoanalítico, de nuevas representaciones con las que simbolizarlo.

5) Identificar y caracterizar las operaciones intrapsíquicas específicas y diferenciales para los “fenómenos de desajuste” de aquellas identificadas operando en los fenómenos psicósomáticos y síntomas conversivos.

6) Redefinir las formas de somatización de modo que se pueda dibujar una continuidad entre fenómenos psicósomáticos y sintomatología conversiva a partir de identificar las operaciones psíquicas implicadas en ese trayecto.

Si la hipótesis planteada fuera verificada por los resultados de esta investigación, algunas de las definiciones imperantes y lo que se conoce hasta el momento en relación a las somatizaciones podrían discutirse críticamente. Los campos de la histeria de conversión y de los fenómenos psicósomáticos han sido diferenciados por muchos autores psicoanalíticos, entre los cuales, algunos postulan la posibilidad de una continuidad. Sin embargo, esto no ha sido apoyado con investigaciones rigurosas hasta el momento, lo que podría ser el aporte de esta investigación.

Por otro lado, esta investigación espera destacar la importancia y efectividad del trabajo psicoanalítico con las enfermedades llamadas psicósomáticas, favoreciendo nuevos desarrollos en atenciones más especializadas y específicas para las personas aquejadas con enfermedades de este espectro.

Es posible también que la metodología que se espera usar para la investigación: estudio de caso con el marco de la teoría y la técnica psicoanalítica, permita hacer alguna innovación que dé más solidez a investigaciones futuras

realizadas con datos clínicos y al interior de una metodología psicoanalítica.

# I. PSICOSOMÁTICA:

## DEFINICIONES Y CONTROVERSIAS

### Antecedentes de la Psicología

El campo de la psicología surgió de la observación que los estados afectivos se correlacionaban claramente con algunos trastornos orgánicos y, por otro lado, la medicina no lograba dar cuenta de las causas de ciertos trastornos orgánicos. Desde sus comienzos el psicoanálisis mostró ser la disciplina más indicada para investigar en este campo, por su descubrimiento del inconsciente y porque también comienza investigando las alteraciones corporales de sus pacientes histéricas. Posiblemente fue el psicoanálisis el que influyó en que la medicina accediera a aceptar introducir la posibilidad de alguna intervención del psiquismo sobre lo orgánico.

El término psicología fue utilizado por primera vez por Hienroth (fisiatra alemán) a comienzos de siglo XIX para describir un tipo de insomnio. Un siglo más tarde se lo retoma para designar una concepción de la medicina que incluye factores psíquicos en el determinismo de afecciones orgánicas, con lo que se empieza a cuestionar el positivismo reduccionista de la medicina hasta ese momento. Investigadores como Cannon y Selye, europeos que viajan a USA alrededor de 1910, trabajan sobre el síndrome de adaptación e inventan el concepto de “estrés”, comprendiendo en ello los efectos fisiológicos de las emociones. Desde estas investigaciones y tomando como punto de partida sus desarrollos, la Escuela de Chicago con Franz Alexander a la cabeza, empieza también a ocuparse del tema. Poco después, en Francia, se forma la Escuela Psicología de París, liderada por Pierre Marty, que realiza investigaciones en este campo con el fin de dar explicación a los fenómenos orgánicos que la medicina tradicional no había podido comprender.

En pleno desarrollo de la metapsicología (en 1915), dentro de las cualidades de lo inconsciente, a saber, la ausencia de contradicción, el proceso primario, la atemporalidad y el reemplazo de la realidad exterior por la realidad psíquica, Freud omite algo que revela a Groddeck en una carta el 5 de junio de 1917. En ella plantea dos aspectos centrales para la reflexión sobre el cuerpo que no incluye en su metapsicología: “el lcc no necesita ninguna extensión más grande para abarcar experiencias referidas a las enfermedades orgánicas” y que “...el acto inconsciente ejerce sobre los procesos somáticos una *acción plástica intensa que el acto consciente nunca alcanza*” (citado por Assoun, 1998, pg. 24). Se entiende con ello, que el inconsciente, abarca también lo que tiene relación con la enfermedad orgánica, y por tanto con el soma. Que ejerce sobre él una acción, que llama plástica, es decir, una acción modeladora, que tiene la propiedad de actuar sobre el soma, produciendo efectos sobre él, poder que no tiene el acto consciente. Sin embargo, Freud posteriormente, critica a Groddeck abandonar la diferenciación entre lo psíquico y lo somático para precipitarse en un monismo que califica de místico (Matet, 1972).

Por otra parte, el término psicósomática/psicósomático, ha sido discutido desde algunas corrientes psicoanalíticas, porque impone una linealidad causal, de antemano afirma como necesaria una causación psíquica para el síntoma somático. Y, aun considerando que es justamente el psicoanálisis quien más ha aportado a pensar el problema, - puesto que “lo real somático, hay que decirlo, está en el corazón de la experiencia de lo inconsciente” (Assoun, 1998, p.8)- las escuelas psicósomáticas con sus teorías, sin embargo, se fueron distanciando del psicoanálisis.

Assoun, junto con la mayoría de los investigadores, proponen para el fenómeno psicósomático, la falta de simbolización como lo que facilita la relación directa entre lo real del cuerpo y el real psíquico, conexión que permite ese efecto plástico sobre lo real somático. El real del cuerpo, entonces, va a dar

cuenta de un disimbolismo, que ofrece las condiciones para esta acción plástica. También, por el lado negativo, se puede pensar que “algo toma mal cariz” en el cuerpo, haciendo patente cierto “fallo” simbólico (Assoun, 1998).

Otros autores como Araceli Fuentes y Patrick Monribot, si bien cuestionan el término (psicosomática), lo usan de todos modos, con una salvedad: hacen una clara distinción entre síntoma y fenómeno. De ahí que, lo conversivo, esto es la sustitución por el cuerpo del conflicto inconsciente, será siempre un síntoma, en tanto que retorno de lo reprimido, simbolizado y metaforizado. El fenómeno en cambio, no se beneficia de una asociación con el sentido, quedando fuera de éste, para implicar una lesión en lo real. Según estos autores “el fenómeno es la consecuencia de un defecto en la incorporación del lenguaje y del significante en el "cuerpo-organismo" (Monribot, 2017). En el curso de este estudio se espera poder explicar cómo es que ocurre este “defecto” en la relación psique soma.

### **Los primeros pasos de la psicósomática**

Dos grandes escuelas psicósomáticas, la de Chicago y de París, se avocaron al estudio e investigación de este campo, desde mediados del siglo XX, con posiciones que intentan adscribir al modelo psicoanalítico, pero que se fueron alejando, como ya se mencionó, por hacer un uso casi instrumental de los conceptos freudianos. Sin embargo, cada una de ellas aportó a la investigación con un modelo de abordaje, una concepción y algunos conceptos, que han sido un aporte para continuar el trabajo de investigación. Claude Smadja (2009), quien ha realizado una acuciosa historización de la investigación en este campo, propuso tres modelos en los que reúne las distintas escuelas, a los teóricos e investigadores. Les llamó el modelo de la simbolización, de la adaptación y el de la desmentalización, con lo que los ordena desde la perspectiva que asumen sus teorizaciones.

El primer modelo propuesto por Smadja, el *de la simbolización*, sostiene un paralelismo psicofísico al proponer una misma organización para lo psíquico y para la naturaleza biológica del cuerpo. Es decir, que en el cuerpo orgánico se expresan de manera simbolizada los estados y conflictos anímicos, no importando el origen fisiopatológico de las alteraciones orgánicas.

Georg Groddeck (1923[1961]/1968)) se le ha llamado el primer psicopsicomatista, es un buen representante de este modelo, hace operar al cuerpo en la misma lógica del inconsciente, el Ello. Ambos procesos equivalentes, los orgánicos y los inconscientes, escapan a la voluntad individual. El inconsciente de Groddeck reacciona y se defiende de sus propias representaciones; busca la satisfacción de deseos y, al mismo tiempo, se defiende de ellos. En los trabajos de Freud, el simbolismo tiene siempre un valor y origen individuales, aunque pueda apoyarse en la prehistoria de la humanidad; para Groddeck en cambio, la simbolización que sostiene al síntoma, puede ser una misma, válida para cualquier paciente, pues la interpretación de ella es tarea del observador, es él el que tiene las claves para su lectura. En Freud, los procesos psíquicos no se confunden con los orgánicos, aunque pueden encontrarse (con el efecto plástico de los procesos inconscientes sobre lo orgánico). Por otra parte, la posición monista de Groddeck fue criticada duramente por Freud, quien consideró que éste llevaba su concepción del Ello a un punto que se volvía mística (en su carta del 5 de junio 1917, citada en p.3).

Angel Garma, psicoanalista español radicado en Argentina tras su exilio por la guerra civil española, fundador de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), también hace de la simbolización el centro explicativo de la enfermedad orgánica psicósomática, aunque a diferencia de Groddeck, propone la simbolización como producto de regresiones del desarrollo sexual individual. Desde este modelo, la idea de que “el cuerpo habla”, posición groddeckiana por excelencia, es perfectamente válida. Luis Chiozza, heredero de este modelo de la simbolización, contemporáneamente sigue desarrollando e investigando en ba-

se a estas concepciones. Apoyados en la determinación significativa que se expresa en “la traducción directa de una perturbación psicosomática a un fragmento de lenguaje”, sitúan al fenómeno psicosomático apenas indistinguible del síntoma conversivo. Se trata casi de una antropomorfización del inconsciente y del cuerpo, que toma la forma de una proyección de los modos de funcionamiento del yo. Posición que no considera la posibilidad de la ausencia de un fragmento de sentido, o de una “insuficiencia de simbolización” en ese sujeto psíquico (Bleichmar, 2005, p.62). Sin embargo, no se puede olvidar que el sentido no se da sino en el lenguaje, por tanto todo lo que ocurre a nivel somático, está en principio, fuera del sentido, el que sólo se podrá adjudicar a posteriori.

### **Las Escuelas Psicosomáticas**

Entre tanto, la Escuela Psicosomática de Chicago, en la década de los 30 aúna los trabajos anteriores y comienza a estudiar directamente los fenómenos que llaman psicosomáticos a partir de concepciones psicoanalíticas que Franz Alexander traía de su formación en Europa (psicoanalista húngaro, formado en Berlín, fue analizado por Sachs y a su vez analizó a Olivier Freud). Estos estudios, sin embargo, se van alejando del psicoanálisis al incorporar el empiricismo imperante en Norteamérica. Pero desde entonces la psicosomática conquistó un lugar propio entre las disciplinas, tanto en medicina como en psicoanálisis. Se trata de una posición monista y psicogenética (como se describió en la Introducción). Este es el modelo que Smadja llamó de la adaptación, pues centra sus estudios e interés en las reacciones fisiológicas neurovegetativas concomitantes a las reacciones emocionales, distinguiendo las *neurosis vegetativas* como estado intermedio entre la histeria de conversión y las enfermedades orgánicas psicógenas, estas últimas serían las enfermedades psicosomáticas propiamente tales, las que son producto de una tensión emocional constante, consciente o inconsciente. Se definieron así siete enfermedades psicosomáticas, las llamadas “Chicago Seven”, estas son: asma bronquial, hipertensión

esencial, artritis reumatoide, hipertiroidismo, rectocolitis hemorrágica, úlcera gastroduodenal y neurodermatosis, las que pueden ser curadas mediante psicoterapia dinámica, según estos investigadores, pues con un buen manejo de las tensiones emocionales en el paciente, se podrían disminuir, e incluso eliminar las crisis de la enfermedad.

Las *neurosis vegetativas* son cuadros caracterizados por alteraciones funcionales de los órganos o los sistemas vegetativos, serían la expresión fisiológica de los órganos ante estados emocionales estacionados – cronificados – o que se repiten periódicamente (por ejemplo, un alza de presión bajo el influjo de la cólera: no es la expresión de una emoción sino su correlato fisiológico).

Alexander (1968), planteó que el factor psicológico es un factor necesario, pero no suficiente para la aparición de la enfermedad y que su etiología vendría dada por la conjunción de una serie de elementos como la vulnerabilidad constitucional del órgano afectado, una constelación psicodinámica (conflicto específico) y una situación ambiental desencadenante (Alexander, 1968 en Sivak, 1997).

Poco tiempo después, se formó la Escuela Psicosomática de Paris (1947), con la dirección de Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M'Uzan y otros. A partir de un grupo de la sociedad psicoanalítica de Paris, se reunieron para reflexionar e investigar sobre las alteraciones de la salud que no podían ser comprendidas como “conversivas”, ni entraban en la categoría de las neurosis actuales. La investigación se centró en el papel de las insuficiencias profundas o pasajeras del funcionamiento mental y en la génesis de las enfermedades somáticas. Sostenían la esperanza de encontrar verdaderas estructuras psicosomáticas que ligaran de manera regular ciertas estructuras psíquicas con afecciones físicas. Sin embargo, no se pudo sostener tal ligazón y solo el tipo alérgico pareció responder a un tipo mental determinado.

La mentalización deficitaria (funcionamiento prepsíquico diría Green) fue la explicación del estado psíquico que facilitaría la aparición de las enfermedades psicosomáticas, la explican bajo los nuevos conceptos de: pensamiento operatorio (PO), depresión esencial (DE) y desorganización progresiva (DP) que, en conjunto, definen en el paciente una “desmentalización”. Esta es relativamente equivalente a la alexitimia de los norteamericanos como Sifneos (1973), también asociada a los trastornos psicosomáticos. Sitúan así, la falta de elaboración psíquica –desmentalización- que se observa por una pobreza en la calidad y cantidad de las representaciones, como causa de una desprotección somática ante las intensas excitaciones que se acumulan. El pensamiento operatorio refiere justamente este déficit de las representaciones: disminución notoria o ausencia de metaforizaciones, desplazamientos, proyección, introyección y pobreza de la vida fantasmática y onírica. La depresión esencial es una depresión sin objeto, una baja del tono libidinal sin autorreproches ni sentimientos de culpa. Y la desorganización progresiva es una destrucción de la organización libidinal que no puede ser detenida por ningún sistema, equivalente a la pulsión de muerte, como una progresiva incapacidad para catectizar (Marty, 2003). Este es el modelo que Smadja llamó de desmentalización.

Con ello, la Escuela psicosomática de Paris reinstala criterios evolutivos biológicos al funcionamiento psíquico y una jerarquización de funciones que se alejan de las proposiciones freudianas originales. Pretende ubicarse en una postura monista, pero con el concepto de metalización y desmentalización, hace exactamente lo contrario, automáticamente separa mente y cuerpo. Para Marty, “mente” habla del preconscious, formado por representaciones-palabra ligadas a las representaciones-cosa, parte esencial del psiquismo o, al menos el sistema en que más focalizan su atención y trabajo teórico. Su posición evolucionista llega a pensar las dos tópicas freudianas como momentos evolutivos que se suceden en el tiempo del desarrollo individual. Y entiende los síntomas somáticos como regresiones hacia formas de funcionamiento primitivo, o que

no se alcanzó cierta evolución funcional (Ulnik, 2000). Sin embargo, los conceptos de pensamiento operatorio y desmentalización, han sido, sin duda, aportes importantes a la investigación y las teorizaciones en psicósomática, pues operacionalizan la idea que el fenómeno psicósomático aparece “no como efecto de lo reprimido sino como evidencia de un déficit en la mentalización” (Bleichmar, 2005, p.68), lo que quiere decir que se encuentra “reducida la simbolización con la cual el soma responde ante el exceso (de afecto)” (p.67) siendo así, efecto de la imposibilidad de darle curso y tramitación a nivel psíquico al afecto, que se transforma en descarga somática.

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. (...) 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, 1991/1998, p.110).

El aspecto complejo de esta proposición es que Marty lo postula como una organización estable y estructural en el sujeto psicósomático. Mientras que la mayoría de los autores que se muestran de acuerdo con estas concepciones (Green, Bleichmar) las consideran sólo en tanto circunscritas a un modo de funcionamiento transitorio o en un área de la vida psíquica. El error, según sus críticos, es generalizar este funcionamiento a la totalidad de la vida psíquica de un individuo, lo que los lleva a definirlo en la categoría de “enfermo psicósomático” y no considerar que la posibilidad de somatizar esta en todo ser humano, con mayor o menor frecuencia o incluso solo en un determinado momento.

### **Definiciones para psicósomática/o**

De los autores trabajados en este estudio no todos hacen propiamente una definición de psicósomática, pero la caracterizan como noción. Es lo que se revisará a continuación:

- a) E. Roudinesco y M. Plon abordan la psicósomática desde su vertiente más médica: “nacida con Hipócrates, la medicina psicoso-

mática aborda a la vez el cuerpo y el espíritu y más específicamente, la relación entre *soma* y *psique*. Describe por lo tanto la manera en que las enfermedades orgánicas son provocadas por conflictos psíquicos en general inconscientes”. Una definición que se apoya en la relación causal; a su vez es clara y sintética. Agregan luego que fue esta vertiente de la medicina la que permitió la introducción de la clínica freudiana en los servicios hospitalarios, para el tratamiento psíquico de personas aquejadas de enfermedades orgánicas.

b) Una de las primeras definiciones que trata de delimitar lo que, por entonces, ya se nombraba como medicina psicosomática, es la de Marie Bonaparte (1952). Clasifica los trastornos psicosomáticos en cuatro grandes categorías: 1) Los causados por la conducta del individuo (por ejemplo fracturas, enfermedades adquiridas por contagio, por falta de higiene o las adquiridas por hábitos dañinos). 2) Las producidas por problemas emocionales que influyen directamente y desfavorablemente sobre el sistema nervioso y el sistema endocrino (por ejemplo el aumento de secreción de adrenalina que se traduce en hipertensión y trastornos cardíacos y gastrointestinales). 3) Los causados por falta de inmunidad a las infecciones. 4) Los que reproducen simbólicamente fantasías.

Esta es una concepción psicosomática inclusiva, interesante por su amplitud, que considera cualquier efecto del dominio psíquico sobre el organismo, incluidos los actos fallidos, impulsos autodestructivos, impulsos que pueden favorecer accidentes o conductas riesgosas (promiscuas, por ejemplo), que operan como un daño en el organismo. Los psicosomatistas, especialmente de las escuelas de Paris y Chicago no incluyen esto dentro de la psicosomática. La categoría 2 es semejante a la perspectiva de la escuela de Chicago. La categoría 3 es la que calza con lo que clásicamente se llama psicosomática, la baja de la inmunidad (causada por depresiones, por ejemplo) que llevaría a enfermeda-

des autoinmunes, alergias, trastornos a la piel, etc., que hablan de un trastorno orgánico con etiología desconocida por la medicina; y la 4 sería lo que cae dentro de la concepción de lo conversivo.

c) R. Chemama (1998) en su diccionario de “Significantes, conceptos y matemas en psicoanálisis” revisa el término psicósomático/ca: “Se dice de fenómenos patológicos orgánicos o funcionales cuando su desencadenamiento y evolución son comprendidos como la respuesta del cuerpo viviente a una situación simbólica crítica pero que no ha sido tratada como tal por el inconsciente del sujeto, lo que los distingue de los síntomas de conversión histéricos, que son, por su parte, formaciones del inconsciente” (p.359). Aquí hay una clara toma de posición respecto a la causación del trastorno psicósomático, diversa de las conversiones. La lesión o disfunción ocurre como respuesta del organismo a una situación simbólica pero no tratada como tal por el inconsciente, entre el cuerpo imaginario y el cuerpo real, en lenguaje binario: una crisis o ausencia de crisis mórbida. “La lesión del órgano o de la función conserva sin embargo una dimensión imaginaria en su forma o su proceder que autoriza a veces una tentativa de desciframiento (del modo en que una letra sacada del texto vuelve a encontrar su forma)” (p.361). Este autor, asume que habría una *situación simbólica crítica*, que no es una formación del inconsciente. Es un planteamiento que difiere, en este punto, de todos los otros. O sea, que la *situación crítica*, siendo simbolizada, ha sido desconsiderada como articulable en la red simbólica inconsciente. Al mismo tiempo, piensan los autores, conserva algo que permitiría una “tentativa de desciframiento”, es decir, que tiene algún lugar (no simbólico) en lo inconsciente.

d) Según André Green (2005) debiera decirse somatopsíquico y no psicósomático, puesto que la teoría freudiana comienza por el soma y va hacia la psique, de donde podría plantearse “*la hipótesis de un pre-*

*psíquico* como somático susceptible de volverse psíquico o no” (p.124); donde la pulsión eje central es considerada como “lo ya psíquico en una forma desconocida para nosotros”, en relación a un psiquismo natal, aún no desarrollado en sus cualidades propias y que lleva la marca de un biologismo del que no se ha desprendido aún. Y lo que observamos en psicósomática es la escisión psique/soma, que siendo algo del orden de una experiencia corriente, puede adoptar un giro patológico. Respondiendo a Marty y en oposición a su postura, Green va a plantear dos tesis: la existencia de una mentalización importante en pacientes que padecen desórdenes psicósomáticos; y, la ausencia de somatización en pacientes en los que se esperaría encontrar, teniendo en cuenta su funcionamiento con escasa mentalización.

Green se plantea como el crítico de Marty y la escuela de Paris discutiendo punto por punto cada una de las postulaciones de éste. Las dos tesis planteadas al final de su definición son buenos ejemplos de la diferencia radical de posición entre los autores.

e) Silvia Bleichmar (2005) plantea dos interrogantes al reflexionar sobre las relaciones entre el cuerpo biológico y la representación, problema que, esencialmente define lo psicósomático: 1) la necesidad de definir la existencia o no de un sentido inconsciente en la aparición de las manifestaciones psicósomáticas; y 2) la posibilidad de intervenir y producir transformaciones cuando el sentido no puede ser develado, porque lo que opera no es del orden de lo reprimido. Partiendo de la premisa que no es “el cuerpo el que habla” como postulan algunos psicósomatistas (Groddeck y luego Chiozza, por ejemplo, acogiendo lo que Freud menciona sobre una paciente psicótica), lo que sería “una traducción directa de la perturbación psicósomática a un fragmento de lenguaje” (p.62) sino que, lo que ocurre con el trastorno psicósomático es “que da cuenta de la ausencia de un fragmento de sentido que ha pasado, rebasado al psi-

quismo y emergido no como lenguaje de otro supremo poseedor de la verdad sino, lisa y llanamente, como insuficiencia de la simbolización disponible para el sujeto psíquico” (p.62). Puesto que cuando se rompen los lazos entre representación-palabra y representación-cosa (o sea, entre proceso primario y secundario), no se puede constituir la representación objeto, que es la que permite la captación del objeto externo, incluido en ello el cuerpo real, por parte del aparato psíquico; entonces, el aparato no pudiendo distinguir entre lo representado y la realidad del objeto, perdiendo la diferenciación entre sus sistemas, no puede capturar la vivencia con el lenguaje y la simbolización se ve impedida por el exceso.

Y, en referencia al método terapéutico, este debe ser uno que construya, en conjunto entre analista y paciente, “simbolizaciones transitorias” que hagan de puente para simbolizaciones más permanentes, que actúen como apoyo, no como rellenamiento de sentido.

Bleichmar denomina, como se pudo observar, “trastornos psicósomáticos” para diferenciarlos con claridad, del síntoma.

f) Paul Laurent Assoun (1998) por su parte, considera que “el término *psicosomático* es eminentemente engañoso, porque sugiere una “prolongación psiquista [*psychéique*]” de un acontecimiento somático. Lo que hay razón para pensar es que puede asomar en el cuerpo un suceso que viene a dar físicamente testimonio de un “disimbolismo”; como desafío a la economía orgánica, pero al punto de introducir llegado el caso un desarreglo de los mismos procesos orgánicos” (p.9). Plantea que es “la *incidencia física* de lo inconsciente que llega a expresarse en las manifestaciones somáticas del síntoma” (p.9); queriendo destacar un real (físico) inconsciente, que “toma” al cuerpo, tanto en el síntoma como en el fenómeno.

En síntesis, observando estas definiciones, la mayoría de ellas no se quedan solo en la descripción de su objeto, sino que contienen, lo que parece

inevitable, una propuesta etiológica que, aunque distintas en cada caso, en su mayoría implican la diferenciación con lo conversivo. La implicancia etiológica hace que algunos autores rechacen de plano el término psicósomática, como lo hace P.L. Assoun que piensa que el término mismo lleva a conclusiones erróneas.

### **Conceptos que limitan con lo psicósomático**

1. Lo **conversivo**, fue definido por Freud como la trasposición de un conflicto psíquico y la tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos motores o sensitivos. Donde la libido desligada de la representación reprimida se transforma en inervación somática. En estos síntomas somáticos hablan las representaciones reprimidas, deformadas por condensación y desplazamiento. Así, la conversión queda definida por las mismas características que la diferencian de lo psicósomático, que no es una tentativa de resolución de un conflicto, -si bien Dejours (1992) con su noción de “somatizaciones simbolizantes” así lo propone-. Pero, en resumen, cualquier forma de somatización es una energía (pulsión-afecto) que traspuesta en el soma (organismo) lo altera. En la conversión esta cantidad se traspone en el cuerpo erógeno, en el FPS se traspone en el cuerpo real.

2. **Las neurosis actuales**, fueron definidas por Freud (1895-96) en los comienzos de sus trabajos psicoanalíticos. Al tiempo que definía las psiconeurosis (histeria, paranoia y neurosis obsesiva) las distinguía de las neurosis actuales (neurosis de angustia, hipocondría y neurastenia). Estas son principalmente trastornos somáticos debidos a una vida sexual inhibida en el plano de la descarga, en la actualidad del paciente. Las neurosis actuales y las psiconeurosis están etiológicamente entramadas a la sexualidad, pero en las neurosis actuales la causa se ubica en la actualidad y no en la historia del paciente, como en las psiconeurosis. Por otra parte, el factor desencadenante debe buscarse en la

esfera somática, específicamente en la falta de descarga de la excitación sexual. La separación y diferencia entre psiconeurosis y neurosis actuales es clara: “En la histeria se trata de una excitación *psíquica*, que toma un mal camino conducente a reacciones somáticas. En la neurosis de angustia, al contrario, hay una tensión *física* que no logra descargarse psíquicamente y por consiguiente sigue morando en el dominio físico” (Freud, 1894 Cartas a Fliess, en Assoun, 1998, p.41). El término “actual”, además de referirse a la actualidad de su causación, indica la falta de mediación (simbólica) en la formación de esta sintomatología, a diferencia de las psiconeurosis.

Por otra parte, las neurosis actuales generan la complacencia somática para las psiconeurosis “presentan el material de excitación que a continuación se selecciona y disfraza psíquicamente”, eso parece el lugar mismo de lo *somático*: “El soma es tierra de acogida del fantasma” (1998, p.46) sostiene Assoun a propósito de esta relación de influencias recíprocas.

Pierre Marty deja fuera las neurosis actuales en su delimitación del campo de la psicósomática. Probablemente su etiología estrictamente sexual, las hace un concepto demasiado limitado; pero si se abriera el espectro etiológico a otras esferas pulsionales, como es la agresión, por un lado y la pulsión de muerte, por otro, podrían considerárselas precursora de las “neurosis somáticas”<sup>1</sup> o de los trastornos psicósomáticos.

---

<sup>1</sup> Tomado de la exposición del Prof. Dr. Hugo Rojas Olea en la Segunda Jornada Cuerpo Afecto, en Facso, U. Chile, junio 2014.

Por su parte, Silvia Bleichmar (2015) asegura que la tendencia de los psicoanalistas clínicos es a abandonar la clasificación de las neurosis en “actuales” y de “carácter” a partir de considerar que “sea cual fuere el valor desencadenante que posean los factores actuales, es siempre en los síntomas donde se encuentra la expresión simbólica de conflictos estructurales” (p. 22). No se sostiene una lógica que permitiera hacer tal distinción entre síntomas actuales y otros, pues todo síntoma es a la vez tan actual como histórico, siendo un continente para la historia individual, pero que requiere un gatillador actual, un vínculo que actualiza, lo que de todas formas siempre es actual.

### **Otras propuestas teóricas en psicósomática**

El pensamiento de Winnicott respecto de lo psicósomático dado que su planteamiento hace un juego interesante con la idea de la mentalización y desmentalización. Para empezar, puede ofrecer algún camino el pensar por qué Marty utiliza el término “mentalización”. Winnicott expresamente distingue mente de psique, diciendo: “Lo opuesto son el soma y la psique; la mente es de un orden especial que le es propio, y debe considerársela un caso especial del funcionamiento psique-soma” (2012, p.29), aunque en el curso del desarrollo individual psique y soma sólo se distinguen desde la perspectiva del observador. La mente nace del buen funcionamiento del psiquesoma y su desarrollo se ve muy influido por factores ambientales que a su vez afectan al psiquesoma en formación. Cuando falla mucho la función maternante del ambiente, o esta es errática, la función mental se ve demandada a un excesivo crecimiento, desarrollándose en oposición al psiquesoma, explica Winnicott: “en reacción a este estado ambiental anormal, el pensamiento del individuo empieza a asumir el control y a organizar el cuidado del psiquesoma, mientras que en condiciones saludables esto es función del medio” (1999, p.329) El funcionamiento mental, así organizado como defensa ante un medio atormentador, crece excesivamente, pudiendo provocar estados de confusión, independientemente del estado del

tejido cerebral “*el funcionamiento mental se transforma en una cosa por derecho propio*” haciendo innecesaria a la madre. La psique por su parte es atraída a funcionar como la mente y alejarse de su íntima relación con el soma. Deja al soma entonces desprotegido, sin psique que lo envuelva, y a cambio una mente confusa que puede atacarlo.

Pierre Marty fue precisando la noción de mentalización (entre 1970 y 1975) como la cantidad y la calidad de las representaciones psíquicas de los individuos, lo que constituye la base de su vida mental, para él “las representaciones facilitan las asociaciones de ideas, los pensamientos, la reflexión interior. También son utilizadas constantemente en nuestra relación directa o indirecta con los demás” (Marty, P. en Calatroni, 1998, p.111). Para Winnicott en cambio, mente se refiere a la capacidad intelectual, diferente del amplio concepto de psique que incluye lo afectivo, también lo intelectual y el funcionamiento en la relación al otro. Los procesos mentales dependen directamente del cerebro y en él está su soporte. Los procesos psíquicos en cambio dependen de la maduración afectiva, por lo que puede haber una psique enferma en un cerebro totalmente sano. Lo define del siguiente modo: “la palabra psique se refiere a la *elaboración imaginativa de las partes, sentimientos y funciones somáticas*, es decir, al hecho de estar físicamente vivo.” (1999, p.327). Las fases tempranas del desarrollo se constituyen a partir de la interrelación de la psique y el soma formando una continuidad en el ser; cuando este desarrollo es perturbado por excesivas exigencias, debido a la falla del ambiente, el individuo se hace responsable él mismo, ya que la perturbación ocurrió antes que se constituya un ser para odiar estos fallos ambientales, así el individuo se desorganiza y el desarrollo ya no será armónico entre psique y soma, y mente.

McDougall (1995) plantea que las “eclosiones somáticas” se deben a un funcionamiento malogrado por un sustrato primitivo de desamparo psicológico, que haría que los significantes preverbales (representaciones-cosa) de la sexualidad arcaica, no puedan ser simbolizados, es decir, elaborarse en represen-

taciones-palabra, quedando en forma de representaciones-cosa, más potentes y destructivas, lo que crea el terreno propicio para estas somatizaciones. Pero a su vez, la fijación de mecanismos somatopsíquicos tempranos impediría la constitución de representaciones verbales que pudieran más adelante proteger al cuerpo de los embates de las representaciones-cosa. Sin el sustrato de una relación precozmente perturbada con los primeros objetos de amor, esto es el desamparo primitivo, los mismos elementos que causan regresiones psicósomáticas (regresar a un funcionamiento más primitivo), producirían probablemente sólo síntomas “histero-fóbicos o fóbico-obsesivos”. McDougall recuerda que Freud (1923) precisa que “los afectos pueden eludir con facilidad las capas pre-conscientes del funcionamiento mental. Así, podemos suponer que en tales circunstancias afectivas, la psique no envía ninguna señal de angustia, y sólo transmite una señal somatopsíquica primitiva que inmediatamente se traduce en eclosión psicósomática” (p.187). Sin la traducción a representaciones-palabra, los afectos quedan en el nivel somático, ejerciendo ahí su potencial expresivo. Es esta una perspectiva económica, pero que agrega importantes factores dinámicos.

C. Dejours (1992) por su parte, propone una comprensión de la psicósomática vinculando dos términos: subversión y supresión. Entiende los dos órdenes, biológico y psicológico como diferentes, posicionándose en lo que llama un *dualismo inmanente*, bajo el supuesto que “de ninguna manera el orden psicológico podría ser independiente del orden biológico” (p.12), ambos principios activos, interactúan entre ellos por el orden de la subversión. Es decir que, si bien hay una íntima proximidad entre ellos, el orden psíquico de la sexualidad, en la lógica de la subversión libidinal, *no simboliza a lo biológico*, sino que justamente se separa de lo biológico por este mismo punto, de la sexualidad. La simbolización, operador de nuevos nexos, sólo actúa en el dominio psicológico, y siendo la subversión libidinal “el proceso por medio del cual el peso del determinismo biológico (...) puede ser conjurado por el sujeto, por lo menos par-

cialmente” (p.13) es que le es permitida cierta independencia a lo psíquico de lo biológico, algo que no es del orden de la simbolización al modo de la representación-palabra.

Así, a partir de la observación de algunas somatizaciones que aparecen en el curso de una psicoterapia y que parecen inscribirse en un movimiento de reorganización mental y mejoría (y no de desorganización progresiva, como lo que plantea Marty) describe lo que llama “somatizaciones simbolizantes”. Estas tienen “la capacidad de abrir, de alguna manera a través del cuerpo enfermo, el camino de las representaciones mentales” (p.19); somatizaciones que hacen las veces de una simbolización, ofreciendo un primer paso hacia la representación del conflicto psíquico. Recordando que ellas se dan en el transcurso de un análisis son, por tanto, dirigidas al analista en la transferencia, quien tendrá un rol en la simbolización de estas somatizaciones o en su interpretación.

Estas somatizaciones se dan en los órganos de la motricidad, de la sensibilidad y sensoriales, y su “poder simbolizante está ligado a *la localización de la lesión sobre un órgano, sin considerar el mecanismo fisiopatológico que la subtiende*” (1992, p.28). La localización de estas somatizaciones obedece a una finalidad, tiene un sentido en relación al conflicto que simbolizan. Posteriormente (2005), incluye a la función fisiológica, que también puede ser centro de significación, a partir de entender que, en el juego del cuerpo a cuerpo, entre los padres y el niño, puede ocurrir un fracaso de la subversión libidinal o una insuficiencia de subversión de alguna función, que la excluye del cuerpo erógeno, quedando la “función forclusa del actuar expresivo”. No se trata de un problema económico, por lo que la hipótesis cuantitativa no es aplicable aquí. El sentido de estas somatizaciones según Dejours, no responde a las formaciones de deseo, como en las neurosis, sino a los avatares de las mociones de destrucción y violencia. Si la violencia no es actualizada sufre el destino de la *supresión*, la que se diferencia de la represión porque esta última compromete a las representaciones y la supresión especialmente al afecto, actúa más cercana a la

conciencia y es equivalente a la inhibición, pero involucrando un aspecto más biológico.

Dejours plantea que si bien el síntoma somático no puede ser interpretado como el conversivo, eso no significa que carezca de sentido, pues renunciar a la búsqueda de sentido sería como renunciar a la pregunta por el inconsciente. En este punto se sitúa en una posición opuesta a muchos otros autores, entre ellos la misma Escuela de Paris, a Silvia Bleichmar, incluso a Green. Pero su posición tiene algo de intermedia, en la descripción de las somatizaciones simbolizantes, que si bien no describe el mecanismo psíquico propiamente, parece tratarse de un tipo de simbolización que no pasa por la representación-palabra sino que resultara de una puesta en el cuerpo de la representación-cosa. Más tarde (2005) agrega a su teoría un aspecto que parece importante apuntar: “toda moción pulsional está dirigida a otro (...) esta dimensión expresiva moviliza siempre el cuerpo a su servicio (y no solamente las palabras) (...) A este compromiso del cuerpo con la dramaturgia de la moción pulsional dirigida a otro, le doy el nombre de “actuar expresivo”” (p.109) Este actuar expresivo, entonces tiene la característica de estar dirigido a otro, por ello expresivo, pero anula, con ello, una de las diferencias que se hacen entre la conversión el fenómeno psicósomático.

Debe mencionarse también, una posición interesante de investigar a propósito de la propuesta de continuidad para los fenómenos conversivos y psicósomáticos, que es la idea de Valabrega sobre la *conversión generalizada*. La elaboración de Green (2000) al respecto, supone que así como en la conversión clásica de la histeria se trata de la representación reprimida que traspone su investidura sobre el cuerpo (cuerpo imaginario), representación de la cual el cuerpo se hace cargo de modo simbólico, en los estados psicósomáticos podría tratarse de una “conversión psico(afecto)-somática(crisis)” (Green, 1998, p.195): La idea es que el afecto que nunca pudo hacerse consciente se “convierte” en una crisis somática, sin alcanzar a asociarse a una representación. La crisis

somática en este caso es como un *acting out*, una expulsión del intruso, el afecto en este caso. Así lo piensan también Bleichmar y McDougall, esta última al equiparar la somatización con actuaciones, adicciones, excesos de diverso tipo, accidentes, etc. acciones todas dirigidas por la necesidad de descarga.

En síntesis la discusión entre las distintas posiciones en psicósomática se centra principalmente en la existencia de un sentido del trastorno en el cuerpo.

- Al parecer, el organismo (soma, cuerpo real) es protegido por las representaciones-cosa y representaciones-palabra del potencial destructivo de mociones pulsionales. Puesto que la representación puede contener las cantidades excesivas (afectos) y les permite acceder al nivel psíquico, liberando el nivel somático; además ayudan a dispersar las cantidades a partir de las asociaciones con otras representaciones.

- Dejours destaca la necesidad de agregar las pulsiones de destrucción al estudio de la psicósomática. Winnicott y Aulagnier plantean que el odio, por la falla del ambiente, por la insatisfacción de la necesidad, no puede asociarse al objeto que aún no se constituye, por lo que se cierra sobre el propio sujeto. Esta es una línea de investigación que bien valdría la pena realizar, lo que queda planteado para posibles futuras investigaciones.

## II. LOS FENÓMENOS DE DESAJUSTE

Las teorías que, desde el psicoanálisis, abordan la psicósomática toman como punto de partida la diferenciación de las dos formas de somatización conocidas hasta el momento: la conversión histérica y las enfermedades (fenómenos o trastornos) psicósomáticas. Ambas entidades nosológicas se diferencian por los mecanismos psíquicos intervinientes y los mecanismos fisiopatológicos involucrados; argumentos diferenciales que, en relación a la conversión están muy bien definidos, mientras que para los fenómenos psicósomáticos están en proceso de definirse, pues aún quedan aspectos poco aclarados. Pues la mayoría de los autores apuntan a la falta de simbolización en el FPS, pero los mecanismos que estarían en el lugar de esta simbolización, no han sido suficientemente definidos. Esta diferenciación, por supuesto, es un nudo central y punto de partida para el desarrollo de esta investigación, ya que reúne necesariamente la mayoría de las aristas involucradas en el problema. Se revisarán a continuación las posiciones de los distintos autores para ir articulando las nociones que serán útiles a nuestro propósito.

### **Teóricos a favor de diferenciar síntoma conversivo y fenómeno psicósomático**

Algunos autores y escuelas psicósomáticas proponen sus ideas partiendo desde una oposición entre la conversión y los fenómenos psicósomáticos. Sostienen esta posición con argumentos sólidos y consistentes con la clínica, de modo que es necesario revisarlos, aunque haya que discutir algunos de sus puntos.

- 1) La Escuela Psicósomática de París (desde 1947) sostiene la diferencia con claridad. Plantea que a la base de los fenómenos psicósomáticos se encuentra una desmentalización (pobreza en calidad y cantidad de las representaciones) y, por el contrario, en las conversiones se observa la trasposición simbolizante de un conflicto psíquico reprimi-

do, en síntomas somáticos sobre todo sensoriomotores, los que pueden estar apoyados o no en síntomas somáticos funcionales previos. A éstas, Marty las llama “neurosis mentales clásicas”, precisamente porque ocurren sobre la base de una buena mentalización, esto es, que se cuenta con representaciones ricas en calidad y cantidad observables en la actividad onírica, en las fantasías y asociaciones.

Como las representaciones metabolizan la excitación, favorecen la circulación y reducción de las excitaciones; si no puede ocurrir esta reducción por ausencia o pobreza de representaciones, se acumularan las excitaciones, afectando a los aparatos y sistemas somáticos. La capacidad de representar es, así, el eje central de la teorización de la Escuela psicosomática de París. Definen las representaciones como “la evocación de las primeras percepciones que se han inscripto y que dejan huellas mnémicas” (1998, p.112), inscripción que se acompaña de tonalidades afectivas agradables y desagradables. Describe así el preconsciente conformado por las ligaduras entre representaciones palabra y representaciones cosa. En los enfermos psicosomáticos, sin embargo, las representaciones parecen reducidas o, incluso, ausentes (esta es la desmentalización). Marty plantea que, aunque pudo haber numerosas percepciones, éstas no produjeron representaciones, porque la inscripción de ellas no se produjo o porque las primeras huellas mnémicas no llegaron a ser inscritas. Esto no logra ser suficientemente explicado, en relación a si se trata de ciertas representaciones ligadas a algunas vivencias, traumáticas por ejemplo, o se trata de un empobrecimiento general. Deja la impresión, sin embargo, que se trata de una deficiencia del paciente en particular, o de ese psiquismo respecto a cualquier vivencia, como un modo de funcionamiento generalizado en él. Se trataría, por tanto, de un sistema preconsciente empobrecido e insuficiente para metabolizar las exci-

taciones provenientes tanto del mundo externo en la relación al otro, como desde el propio organismo y psiquismo.

2) Los investigadores de la Escuela de Chicago, desde otra perspectiva, entienden las enfermedades psicosomáticas como una cronificación de las reacciones fisiológicas neurovegetativas normales que acompañan la expresión afectiva, por ello le llaman “neurosis vegetativas” (Alexander, 1987). No son la expresión sustitutiva de conflictos reprimidos, como lo es lo conversivo, sino que por el contrario, son el acompañamiento fisiológico normal, aunque exacerbado y cronificado, de los afectos.

Lo conversivo es asumido desde la definición freudiana y, en general, se puede decir que todos los teóricos acogen sin modificación la definición original de Freud para la conversión<sup>2</sup>. Se restringe la conversión histérica a síntomas producidos por los sistemas voluntarios neuromuscular y sensorio-perceptivo; diferenciándolo de lo “psicogénico” cuyos trastornos provienen del sistema vegetativo, bajo el control del sistema nervioso autónomo. Así, ésta sería expresión sustitutiva – abreacción- de tensiones emocionales, que no encuentran salida adecuada a través del sistema motor, y como no liberan la tensión completamente, se vuelven patológicas.

3) Françoise Dolto, quien lo analiza desde la dinámica psíquica, considera el síntoma conversivo como un llamado al otro, mientras que el trastorno psicosomático es una reacción muda del cuerpo, que proviene de un dolor padecido por una relación decepcionante “que se traduce en una herida imaginaria, con retorno a una imagen del cuerpo

---

<sup>2</sup> “Essentially an hysterical conversion symptom is nothing but an unusual innervation; it does not differ in principle from any other voluntary innervation or from such expressive movements as speech, laughter or weeping (...) is not more mysterious than any of the common motor innervations, such as voluntary movements or expressive movements (...) a conversion symptom was a symbolic substitute for an unbearable emotion” (Alexander, 1943, p.206).

arcaica (...) es la repetición a veces amplificada, de una disfunción pasada, real o imaginada, del cuerpo” (Dolto, 2007, p.285); pero en este imaginario está el otro sustituido por el cuerpo propio, el propio cuerpo objeto de desplazamiento. Es así como los diferencia esta autora, pero no llega a explicar cómo son los mecanismos implicados en estas formaciones de psicósomáticas. En la histeria está comprometido el narcisismo secundario, en un campo erótico en torno a la genitalidad; mientras que en el trastorno psicósomático es el narcisismo primario, que no remite a otro. Lo cual, de todos modos resulta algo contradictorio con la idea de la “decepción” que necesariamente es referida a otro.

4) Lacan ha tratado el FPS (fenómeno psicósomático) con el modelo de la holofrase (en el Seminario XI) y desde la perspectiva del goce, con lo que llamó “goce específico” (en la Conferencia de Ginebra), pero él mismo no ahondó más en ello. Para sus continuadores, que sí han desarrollado estas nociones, la distinción entre síntoma y fenómeno psicósomático es fundamental y debe ser precisa, para no cometer errores en el abordaje clínico. J.A. Miller (1986) en el Grupo de Investigación Psicósomática del Campo Freudiano,<sup>3</sup> fue quien propuso la denominación de “fenómeno” para el trastorno que lesiona el cuerpo sin causa orgánica conocida, para diferenciarlo nítidamente del síntoma (histérico), es decir de esa formación del inconsciente que tiene estructura de lenguaje y de metáfora, más precisamente; mientras que el fenómeno psicósomático “esquiva la estructura del lenguaje” o se sitúa en su límite (p.174). “El fenómeno es la consecuencia de un defecto en la incorporación del lenguaje y del significante en el cuerpo-organismo” afirma Monribot (2017), no representa al sujeto pues no está en asociación con el

---

<sup>3</sup> En Matet, J.D. (1995) Cap. El cuerpo y sus enigmas. La clínica lacaniana y la bulla psicósomática. En Estudios de Psicósomática. Vol. 3. Compilación Vera Goralí. Buenos Aires: Atuel Cap.

sentido, queda fuera de este; distinguiéndose así del síntoma que sitúa en el cuerpo una metáfora que representa al sujeto.

Además de encontrarse al margen del sentido, el FPS no está dirigido a otro (como también lo plantea Dolto); el sujeto que lo padece no se siente concernido ni representado por ésta alteración de su salud y puede no mencionarlo en absoluto en la sesión analítica. Diferencia radical con el síntoma, con el que el paciente se reconoce o al menos se siente concernido y es fácil notar que está dirigido a otro. Será, entonces, la enunciación lo que delate la relación al padecimiento del cuerpo y lo que permitirá distinguir éste como síntoma o FPS, independiente de su presentación física.

La presencia de lesión orgánica es también una condición, necesaria aunque no suficiente, para diagnosticar un FPS; el síntoma, en cambio, “afecta al cuerpo imaginario recortado por el significante” (Fuentes A., 2012, p.20) por lo que no implica una lesión.

Desde esta perspectiva, sostienen los teóricos en general, que se trata de un defecto del fenómeno y no del paciente, muy diferente concepción a la de otros enfoques, como particularmente el de la medicina psicosomática, derivación de las Escuelas de Chicago y de París, quienes se esfuerzan por singularizar al “paciente psicosomático” hasta encontrar las características comunes y específicas para los que sufren determinada enfermedad, adjudicando luego a estas características (rasgos estructurales) la causa del padecer orgánico.

A este respecto, la presente investigación se sitúa más cercana a la perspectiva lacaniana, es decir que se trataría de un defecto del fenómeno y no del paciente (como se mencionó en las premisa de la Introducción), apuntando a que lo que define el FPS son características de éste, que se pueden encontrar en cualquier estructura psíquica, en cualquier sujeto, y no se trata de característica del sujeto, como lo plantea la

Escuela Psicosomática de Paris, al determinar la desmentalización como un déficit del sujeto, que ofrece las condiciones para la somatización.

### **Posiciones que sostiene la continuidad**

Otros autores toman posiciones intermedias, es decir, contemplan la diferencia pero admiten la posibilidad de continuidad entre estos fenómenos. Entre ellos:

1) Joyce McDougall, los denomina *trastornos psicosomáticos* y plantea que el lazo que falta entre los estados psicosomáticos y la organización histórica debe buscarse en las neurosis actuales. Con ello sitúa la diferencia entre síntoma histórico y fenómeno psicosomático en que, al igual que sucede en las neurosis actuales, se trata de una dolencia corporal que no está determinada por una fantasía inconsciente, como si lo está el síntoma histórico. A su vez, la diferencia entre neurosis actuales y fenómeno psicosomático es que este último implica una lesión corporal. Ahora, el lazo entre el fenómeno psicosomático y el síntoma, que debe encontrarse en la neurosis actual, tiene relación con los destinos del afecto. A las tres transformaciones del afecto producto de la represión planteadas por Freud, McDougall sugiere una cuarta transformación que consistiría en que, paralelamente a una representación forcluida, habría un afecto totalmente sofocado, y esto sin ninguna compensación psíquica, dejando sólo al soma a cargo de responder, con el riesgo de que una amenaza psíquica sea tratada como una amenaza biológica (Szapiro, 2011), similar a lo que ocurre en las neurosis actuales, donde las excitaciones somáticas no alcanzan a trasponerse al plano psíquico.

Por otro lado, desde la perspectiva dinámica, entiende que el origen del trastorno psicosomático está en un sustrato primitivo de desamparo psicológico que mantiene los significantes preverbales de la sexualidad arcaica en un status originario (de “pictograma” como lo llamaría Aulagnier o “elementos beta” como lo denominaría Bion) sin que lleguen

a elaborarse a otros niveles, creando el terreno propicio para eclosiones somáticas. Todo lo cual tiene un estatuto traumático. Así, propuso la nominación de “histeria arcaica” para los trastornos psicósomáticos, donde los significantes preverbales de la sexualidad arcaica, sólo secundariamente pueden ser simbolizados, adquiriendo entonces un significado verbal y edípico, (lo que ocurriría con la intervención de otro, y especialmente con un tratamiento psicoanalítico). Según McDougall, la fijación de mecanismos somatopsíquicos tempranos, impiden la constitución de representaciones verbales (en esto se acerca a Marty) que puedan, más adelante, proteger al cuerpo de los embates de las representaciones cosa. Las representaciones palabra contienen a las representaciones cosa, más dinámicas, potentes y destructivas, que perturban el equilibrio. Cuando no se cuenta con representaciones palabra y dada la fuerza de las representaciones cosa, la psique no alcanza a enviar señales de angustia, quedando solo lo somatopsíquico primitivo al alcance. Estima que un trastorno psicósomático puede transformarse en conversivo en el atravesamiento por el proceso de simbolización favorecido en la transferencia.

Los términos de *representación cosa* y *representación palabra* definen un aspecto central en esta investigación por lo que se aprovechará su mención para detenerse en ellas y, con McDougall revisar el aspecto clínico, tomando un ejemplo de ella. McDougall (1995) describe el caso de una paciente, Dorotheè, quien se refería inmediatamente a su salud física al relatar su infancia. Así, refirió el asma que sufrió toda su infancia y que desapareció cuando se fue de la casa materna para casarse; sin embargo, retornaba cada vez que volvía a visitar a su madre. McDougall entonces le pregunta por su madre y Dorotheè responde: “Bueno, pues es más bien grande, bastante fuerte, bastante guapa. Siempre está ocupada de mil pequeñas tareas... En fin, ya no es tan activa como antes, ahora tiene reuma, sabe usted...”. Sorprendida la analista piensa que

Dorothée describe a su madre como alguien extraño, desde el exterior, no puede hablar desde sus sentimientos, ni expresar su ambivalencia hacia ella, lo cual por el contrario, su cuerpo sí “reconocía”. Descubre así, en ella, lo que sus colegas contemporáneos (de la Esc. Psicósomática de París) comenzaban a llamar *pensamiento operatorio*. “Era como si Dorothée no hubiera tenido acceso a las representaciones de palabra que pudieran expresar los sentimientos ambivalentes hacia su madre, que ella escondía” Y se pregunta: “¿Puede hablarse en este caso, entonces, de representación de cosa inconsciente?” (p.36) Lo inconsciente obviamente son los afectos ambivalentes hacia su madre, de ello no puede hablar, éstos serían lo que permanece como representación cosa, y no pueden por tanto hacerse conscientes a través de una ligadura con las representaciones palabra correspondientes, lo que les daría la oportunidad de hacerse conscientes. Queda entonces la descripción externa, como el resto, de lo que sí puede hablar.

Unas notas clave de Freud pueden ayudar a enfocar este problema, en el artículo “Lo inconsciente” (1915) hace una distinción al respecto:

La representación-cosa que consiste en la investidura, sino de la imagen mnémica directa de la cosa, al menos de huellas mnémicas más distanciadas, derivadas de ella. De golpe creemos saber ahora dónde reside la diferencia entre una representación consciente y una inconsciente. Ellas no son, como creíamos, diversas transcripciones del mismo contenido en lugares psíquicos diferentes, ni diversos estados funcionales de investidura en el mismo lugar, sino que la representación consciente abarca a la representación-cosa más la correspondiente representación-palabra, y la inconsciente es la representación cosa sola (1990, p.198).

Distingue la huella mnémica de la representación, ésta recatectiza la huella mnémica que no es más que la inscripción del acontecimiento (Laplanche y Pontalis, 1981). Luego, algo que es inconsciente puede hacerse pre-consciente y más tarde consciente, al enlazarse a la representación palabra. Ahora se entiende mejor, que la desmentalización y el pensamiento operatorio, que refiere Marty, es la ausencia de ligadura entre representaciones cosa y representaciones palabra. Y, una pista para comprender lo que puede llevar a

McDougall a pensar que la descripción de su paciente sobre su madre está compuesta por representaciones-cosa, pues no puede hablar de sus sentimientos (los afectos son suprimidos y los pensamientos asociados forcluidos), es lo que Freud (1917) advierte: “cuando las representaciones de palabra, pertenecientes a los restos diurnos, constituyen residuos recientes y actuales de percepciones, y no expresión de pensamientos, son tratadas como las representaciones de cosa” (en Laplanche y Pontalis, p.370). De modo que el *pensamiento* sería la ligazón entre representación-cosa y representación-palabra, es decir, la huella mnémica de una vivencia perceptual enlazada a las palabras correspondiente y los afectos involucrados. Pero las palabras también pueden ser tomadas como cosas, aunque aquí se trata de las representaciones-palabra, que pueden ser tomadas como cosas percibidas y no en su significación. Transponiéndose así a su vez en representaciones-cosa, debiendo quedar inconscientes hasta no enlazarse a una verdadera representación-palabra. Entonces el discurso de la paciente de McDougall sobre su madre, ¿qué es? ¿Son palabras tomadas como cosas? Tal vez es, justamente, lo que Lacan ha llamado palabra vacía, palabras sin significación adherida, sin afecto, sin catexia, sin carga de ningún tipo. Que alcanzan, quizá, justo para formar una frase coherente, tan solo por su pertenencia al lenguaje, pero no traducen nada, no contienen una vivencia.

Retomado los autores que abogan por una continuidad entre la conversión y los fenómenos psicossomáticos:

2) André Green (2005) crítica la generalización que hace Marty de la desmentalización para todo paciente psicossomático, afirma haber tratado pacientes que pudieran tener dificultades para la mentalización y que no presentaban somatizaciones, mientras que pacientes con somatizaciones que mostraban riqueza representacional y de fantasía, que no parecían desmentalizados. Define el *síntoma conversivo* contemplando una investidura corporal, refiriendo con ello “a lo psíquico en

su relación con el placer y con el otro, lo que no puede evitar el relevo representativo. Mientras que el *fenómeno psicosomático* implica una inervación corporal, que se salta la representación” (p.50) lo que implica una desinversión del funcionamiento mental una brecha entre el funcionamiento psíquico y el orgánico. La inversión, en cambio, implica al placer y al otro, por tanto, necesariamente incluye la representación; la inervación corporal es somática en sus casos típicos, y en los casos atípicos se referiría a la alucinación y al dolor (Green, 2005, p.50-2) (ver cap. Conversión y dolor).

3) Bleichmar (2005) parte de la base de que la teoría de la causación no puede ser resuelta en ningún campo empírico. Y si bien, para ella, el cuerpo “no habla” y el síntoma, entendido como “una formación de compromiso cuyo develamiento de sentido se produce como efecto del levantamiento de la represión – (...) restitución de algo que ya fue poseído por el sujeto” (p.64), éste debe diferenciarse de otras formas de sufrimiento que se producen sin deseo reprimido, ni desplazamiento de las representaciones implicadas, ni aparición de formaciones sustitutivas, tampoco destino diferenciado del afecto y la representación, como el trastorno psicosomático “que no da cuenta de una solución de compromiso sino de una insuficiencia del lenguaje por capturar la vivencia, una de las formas con las cuales la simbolización se ve fracturada por el exceso” (p.64). Considera, por ello, que debe modificarse el método terapéutico, que este debe ayudar a producir la simbolización faltante a partir de su construcción, reconstituyendo las vías simbólicas que no estuvieron disponibles. Utiliza la fórmula de *simbolizaciones de transición* para dar cuenta del empleo por parte del analista de verbalizaciones que actúan como “puentes simbólicos”. Propone así una comprensión económica del trastorno psicosomático, dejando fuera toda intención comunicati-

va al otro, pues entiende como una antropomorfización el adjudicar sentido a un devenir somático. Se trataría entonces de una reducción de simbolización por un exceso de afecto o excitación, imposibilitada de cursarse, que se trasmuda en descarga somática.

De modo que, aunque Bleichmar no lo explicita, aboga por una clara diferenciación entre el síntoma y el trastorno psicossomático. Pero concibe las *simbolizaciones de transición* (fragmentos representacionales ofrecidos por el analista), que al modo de puentes, harán el efecto de puntos de apoyo para abrir pasajes hacia simbolizaciones de mayor permanencia, con lo que el trastorno puede adquirir alguna forma simbólica que, aunque no provenga del levantamiento de la represión, de todos modos, le da una posibilidad neurótica.

4) Paul Laurent Assoun (1998) no hace distinción entre lo conversivo y psicossomático cuando propone un denominador (en el sentido de nominación) común: el “síntoma somático”, refiriendo el “momento físico del proceso inconsciente” (p.8). Hay, desde su perspectiva, una *posición del cuerpo* (que atañe a lo real inconsciente) que no es posible reducir ni a lo orgánico ni a lo psicossomático y que se detiene en un *real del síntoma* (p.7-8). Apoyado en las palabras de Freud en su carta a Groddeck (1917) respecto de que “*el acto inconsciente ejerce sobre los procesos somáticos una acción plástica intensa que le acto consciente nunca alcanza*” (p.24), sugiere que debiera agregarse esta característica al sistema inconsciente, pues lo real somático “está en el corazón de la experiencia de lo inconsciente” (p.8); por tanto, no habría un síntoma que no tenga, al mismo tiempo, ambos correlatos: orgánico y psíquico. De modo que destacar al síntoma como evento primeramente psíquico (en el sentido de la represión implicada), aunque implique un correlato somático, como lo es la conversión, para diferenciarlo de otra forma de somatización, no parece necesario para Assoun. Sin embargo, describe el sín-

toma somático como efecto de una “falla” simbólica: “derrota de las estrategias “significantes”” (p.23) para inscribir un real sobre el cuerpo. Es por ello que el “síntoma somático” no se encuentra junto a las otras “formaciones del inconsciente” como el sueño, el acto fallido o el lapsus. El síntoma somático no tiene la consistencia de una formación del inconsciente, pero “señala una figura original de formación de síntomas” (p.23), donde el acto inconsciente puede tener una “acción plástica” sobre los procesos somáticos.

5) Otras investigaciones realizadas desde perspectiva lacaniana, giran en torno a las hipótesis del FPS como “escritura en el cuerpo”, en relación a un “goce específico”, a la holofrase y la falla en la función paterna. Se detienen en la diferenciación entre síntoma y fenómeno, pero dejan abierta la posibilidad de continuidad entre estas dos formas de somatización. Entre ellas están Araceli Fuentes (2002), Dominique Miller (1995) y Liliana Szapiro (2006, 2011). Esta última autora sostiene la hipótesis de que habría una severa falla en la función paterna, que trabajada en la clínica psicoanalítica, permite el paso del fenómeno psicossomático en síntoma, y su posible remisión posterior; Szapiro relata: “En muchos de los casos la dolencia física que en un primer momento se planteaba como un fenómeno psicossomático, es decir del orden de una inscripción en el cuerpo pero no dirigida al Otro, devino síntoma analítico como efecto de la cura” (p.103). En la investigación de Szapiro y Reyes (solo se consigna el hallazgo de la alta frecuencia de casos con el padre ausente o desvalorizado en su función, en el discurso de la madre y luego del paciente, pero no se interpreta la posible relación entre esta “severa falla en la función paterna” y el trastorno psicossomático. La función paterna como concepto lacaniano tiene una acepción bien definida:

El padre, en tanto interdictor, es el que simboliza al niño como hijo de la pareja, haciendo posible su separación de la madre; razón por la que esta función se convierte en ga-

rante de lo que en nuestra disciplina se ha dado en llamar la cuestión de «la falta» y del «acceso a la erogeneidad». Es esta función de «corte» la que protege al niño de la posición narcisista de ser el falo de la madre, es decir, un objeto de fabricación materno, que lo puede condenar al goce de la fusión-con-fusión original e imaginaria (Kraut, 2002, p.119).

Lo esencial de la función paterna es, entonces, hacer de corte a la simbiosis madre-hijo y con ello, muchas operaciones se hacen posible. No entraremos en ellas, pero sí lo que llama el autor el “acceso a la erogeneidad” que resulta en oposición, aquí, a la caída en el goce. Una oposición, inadvertida hasta el momento y, como el goce es siempre goce del cuerpo, con una función paterna cumplida, cabría la posibilidad de erogenizar el cuerpo, es decir de inscribir el cuerpo propio en esa relación y diferenciación con el otro, sin el peligro de caer en el goce simbiótico; en contraste con una función paterna fallida, en que cabría sólo goce del cuerpo, dado que no ocurre el corte con el otro, no hay otro para erogenizar, para ser simbolizado y simbolizar-se. Ahora, quizá se pueda acotar y parcializar estos planteamientos, en el sentido que, la mayoría de las veces en que la función paterna pueda ser fallida, no lo es completamente ni del todo, así ciertas zonas pueden ser de todos modos erogenizadas, conformando un cuerpo erógeno que tiene a su vez zonas “amputadas” (Dejours, 1992), es decir no erogenizadas o excluidas posteriormente del cuerpo erógeno.

Importante consignar que los casos tratados en esta investigación, corroboran los hallazgos de Szapiro; también con una frecuencia significativa se encuentran relatos semejantes, relacionados a funciones paternas fallidas, ya se analizará cómo, aunque en principio aparecen especialmente ligadas a la violencia o la ausencia del padre. La ausencia lo consignaba también Szapiro, el padre que no está ahí para hacer la función de corte entre madre e hijo. Pero el padre violento también puede impedir esta función, dado que en el discurso de la madre o está desautorizado o el hijo permanece como el objeto fálico para su deseo. No es evidente, en todo caso, pues el material que se expone no mues-

tra específicamente este aspecto, la falla en la función paterna, por lo que requeriría más estudio. Pero es digno de tener en consideración que de los ocho casos estudiados, en cuatro aparece el relato de una infancia marcada por la violencia del padre; en 3 casos hubo ausencia paterna; y la última es el caso de violencia materna.

Bueno Restrepo, J. (2013) investigando en personas aquejadas con afecciones autoinmunes se encuentra con lo que define como tres lógicas distintas en el funcionamiento de estas personas en relación a sus afecciones y al afrontamiento que hacen de ellas: 1) en la afección autoinmune se observa la envoltura formal del síntoma; es decir que obedece a la lógica y estructura de síntoma, aparece como mensaje al otro y se pregunta por su deseo o, 2) la afección no dirige un mensaje al otro, es una manifestación del enloquecimiento del organismo que nada tiene que ver con la persona aquejada, y 3) aquellos en los que como efecto de la sesiones el fenómeno deviene síntoma (p. 106). Por supuesto que la “afección autoinmune” no es, en principio, un síntoma conversivo, sino que cumple con los criterios de fenómeno psicósomático; pero como descubre la autora, hay un devenir síntoma en algunos de las personas investigadas.

Dominique Miller (1995), por su parte, también deja abierta la posibilidad de transformación del fenómeno en síntoma. Entiende el síntoma como la inscripción de una huella en el cuerpo que vuelve a darle un lugar en el campo simbólico a un saber, aún inconsciente, sobre el deseo. En su exposición de un caso afirma: “Hubiera podido conformarse consultando a un médico especialista en dermatología pero prefirió en cambio consultar a su “especialista del inconsciente”. Fue en estas condiciones que la psoriasis podía convertirse en un síntoma y no fijarse como un FPS” (p. 154). Es decir, que la oportunidad de trabajar el trastorno somático en conjunto con lo inconsciente, según la autora, permite un movimiento desde una posición psicósomática hacia una conversiva, y supone que, el mismo trastorno (la psoriasis, en este caso) pudo haberse fijado

en esa posición, si no hubiera tenido la posibilidad de articularse a la palabra en el trabajo analítico, gracias a lo cual pudo curarse.

El planteamiento de Dominique Miller refuerza las ideas que impulsan esta investigación, en síntesis: 1) que se trata de un defecto del fenómeno y no del sujeto, 2) que es posible restituir algo (ya veremos de qué se trata) a través del trabajo analítico, que transforma al fenómeno de psicossomático en conversivo y, por lo tanto 3) que hay movilidad entre fenómeno y síntoma. Y, 4) sobre el entendido que se trata de un problema en la relación al lenguaje –al significante o a la representación palabra- en una determinada “zona” del vivenciar y del cuerpo, y no del funcionamiento psíquico total.

6) Finalmente, numerosas investigaciones, desde otras perspectivas psicoanalíticas, llegan a conclusiones similares. Entre ellos: Vartzopoulos y Beratis (2012) observan que cuando los conflictos inconscientes toman lugar en el cuerpo de manera concreta, con el proceso analítico puede iniciarse una “simbolización incipiente”, no concreta, del uso del cuerpo, a través de la cual puede haber una remisión de la enfermedad o al menos disminución significativa de estados críticos. Kohutis (2010) observa en su clínica que la capacidad para pensar metafóricamente sobre su intestino, por ejemplo, facilitó un modo de entender mejor la experiencia afectiva en un paciente. Algunos investigadores (Weinreb, A. 2010; M. Bittar G. y Viana, C., 2017). considerando la desmentalización observada en los pacientes, muestran el proceso de mentalización que con el tratamiento analítico, va poblando de metáforas, fantasías y asociaciones, permitiendo que lo que estaba corporizado pueda ser contenido y manejado a través del pensamiento. Así, observan estos investigadores, que el tratamiento psicoanalítico tiene la función de construir un hilo narrativo, un sentido que no estaba.

En síntesis, las investigaciones realizadas sugieren que todos quienes entienden que los trastornos psicossomáticos pueden y deben ser tratados psi-

coanalíticamente, consideran necesariamente, que el requisito es el paso por un trabajo de simbolización, mentalización, metaforización, - o como se conceptualice, según las distintas perspectivas teóricas-, para tener alguna expectativa de mejoría o remisión. Observación que, aunque no explicita la estructura de ese cambio, la mayoría de las investigaciones revisadas apuntan a ello. Tampoco ponen énfasis (como sí lo hacen los clínicos lacanianos) en diferenciar fenómeno de síntoma. Esta distinción supone considerar una estructura y un funcionamiento totalmente diferentes en cada uno, que ofrece el fundamento para pensar la posibilidad de una transformación del uno al otro. La indistinción entre ellos no lo permitiría. Otras perspectivas teóricas, como la Escuela Psicosomática de París, no suponen un cambio de estructura del fenómeno al síntoma, sino un agregar algo que faltaba, es decir, donde faltaba mentalización, ésta debe desarrollarse en vistas a una mejoría del trastorno somático.

Araceli Fuentes (2016) introduce otro elemento para hacer la diferencia: cuando se trata de un síntoma se escucha al paciente preocupado con él, es decir, que forma parte de su discurso, lo trae a sesión. El FPS está al margen del sentido, el paciente puede no hablar nunca de él, no hay sujeto preocupado, no cifra un saber inconsciente, nada habla en ese punto, la representación del sujeto ha fracasado:

Quando nos planteamos la duda si tal fenómeno es un síntoma o se trata de un FPS, solo la escucha de la enunciación del sujeto y el lugar que dicho sujeto tiene en la misma, nos permitirá decidir si estamos ante un síntoma o por el contrario se trata de un FPS (Fuentes, 2016, p.2).

Entonces ¿qué se puede decir del fenómeno que está en el discurso del paciente y a su vez implica una lesión? Porque el que haya lesión es una condición esencial del FPS “el síntoma histérico afecta al cuerpo como cuerpo recordado por el significante” (p.2); en el FPS el goce se ha escrito directamente en el cuerpo, sin pasar por el inconsciente. Pero desde este punto de vista, la dificultad propia del fenómeno psicosomático es que impide su subjetivación, se trata de “una falla en la segunda retranscripción, no hay huella en el inconsciente re-

primido, lo que impide la simbolización” (López Arranz, Z. 2009, p.88). Es decir no hay representación-cosa que tenga la posibilidad de ligarse a una representación-palabra (en la conversión lo que aparece es una representación-palabra reprimida). Suponiendo este fallo en el proceso de simbolización en la segunda transcripción, entre la huella mnémica perceptiva y la representación-cosa, dice López Arranz, de modo que queda imposibilitada la tercera transcripción, aquella que ocurriría entre la representación-cosa a la representación-palabra (Rousillón, R., 2015). Pero se irá más allá con la idea que el fenómeno psicossomático implica un fallo en la primera transcripción, quedando así como una huella del inconsciente orgánico (Freud, 1930) huella que tan solo marca el psiquismo, sin contenido para esa marca (se detallará en el siguiente apartado).

Si se separa “lo psicossomático” del individuo que lo sufre y de su psicopatología, no se puede hablar de la categoría de “enfermos psicossomáticos”, tal como se ve en Marty, que sostiene una descripción de características específicas organizadas en torno a la dificultad en la mentalización. Ni tampoco se puede sostener una categoría tal de “enfermedades psicossomáticas”, puesto que una determinada afección orgánica puede tomar una posición conversiva en un paciente y psicossomática en otro, o puede cambiar de una posición a otra en el mismo paciente.

Lo que hasta aquí se ha podido ordenar respecto del FPS es solidario con lo planteado por la escuela lacaniana, pero aun así, la propuesta de continuidad entre fenómeno y síntoma, es claramente rechazada por los autores recién expuestos de la escuela lacaniana, como A. Fuentes.

### **Los fenómenos de desajuste**

*Fenómenos de desajuste* es el nombre que surgió al pensar en las somatizaciones que, si bien parecen responder a la definición de fenómenos psicossomáticos al comienzo de un tratamiento psicoanalítico, en la medida que éste transcurre, con la articulación de la palabra en torno al padecer del cuerpo, van siendo representados y entramados -necesariamente, por las características

mismas del trabajo analítico- con el padecer psíquico en la relación transferencial, lo que en muchos casos tienen como consecuencia su remisión o, al menos una disminución significativa cuando cursan en crisis.

La idea de desajuste recuerda lo que Green sitúa como una “brecha entre el funcionamiento psíquico y el orgánico” en el sentido del desajuste entre ambos; o, lo que Winnicott también sostiene como falta de integración entre psique y soma. Por otro lado, el término desajuste, admite también la transicionalidad, en el sentido winnicottiano, es decir, en su correspondencia a un momento del desarrollo entre la salida del narcisismo primario y el comienzo del reconocimiento de la existencia del otro, que implica la existencia de un *espacio potencial*, como área intermedia de experiencia, entre la realidad psíquica y la realidad exterior, entre el yo y el no-yo. Y el organismo, primero y luego el cuerpo, no está ajeno a esta experiencia, sino que participa completamente en ella; la relación al objeto transicional se da por medio de sensaciones táctiles, olfativas, a veces visuales, quinésicas, etc., donde el cuerpo es parte de esa experiencia transicional.

O, recuerda también, las “somatizaciones simbolizantes” de Dejours (1992), aquellas somatizaciones que se dan a veces durante el curso mismo de un análisis, que “se inscriben en un movimiento de reorganización de mejoría de la evolución mental” (p.19); por lo que aun siendo alteraciones de la salud del cuerpo, se entienden como movimientos hacia la recuperación de cierto equilibrio perdido. Somatizaciones que organizan, en términos que aportan con cierto sentido (un sentido corporal) y que anudan energías pulsionales, permitiendo un funcionamiento psíquico, que de otro modo se desorganizaría. “Estas somatizaciones aparecen como etapas de simbolización en el camino que conduce de la excitación a la pulsión y a la representación mental de los conflictos. Para el aparato psíquico (estas somatizaciones) funcionan como precursoras de las representaciones mentales (...) para la reactivación del proceso de creación de representaciones de cosas cuando este fue interrumpido previamente”

(p.27), y es generalmente la palabra del paciente quien nombra la parte del cuerpo que será implicada en esta forma de organización que permitirá una descarga pulsional.

Dejours (1992) había planteado que no es el fenómeno lo que es psicossomático, sino el abordaje que de él se hace. La idea de desajuste integra también la posibilidad de lo transitorio, en el sentido temporal, rechazando la definición estructural, de una posición permanente o fija. Se puede pensar, entonces, el síntoma en el cuerpo, como momentos en un proceso, que es a la vez físico y psíquico, como dice Assoun “el momento físico del proceso inconsciente” (1998, p.8).

Esta tercera categoría de somatizaciones, que no es ni conversiva ni psicossomática, pero que comparte características de ambas, para la cual se ha propuesto el nombre de “fenómenos de desajuste”, espera ser justificada a partir de dar cuenta de los mecanismos implicados en ella; para lo cual es necesario conocer los mecanismos psíquicos implicados en la conversión y en los fenómenos psicossomáticos. Los mecanismos de la conversión están muy claros y definidos por Freud (se exponen en el capítulo correspondiente). Los mecanismos de lo psicossomático desde todas las vertientes teóricas, tiene relación con la capacidad de simbolización, lo que se planteará de la siguiente forma<sup>4</sup>: La realidad se constituye para el sujeto psíquico siempre en un *nachträglich*, esto es, en el reencuentro de la percepción de la cosa con la representación de ella, siendo esta representación una repetición de la primera percepción (Freud, 1925). Las cosas existen psíquicamente en tanto pueden ser reencontradas, como objetos (representación), y en ese reencuentro se inscribe “de manera retroactiva, un originario que la experiencia subjetiva *traducirá* (“metaforizará”) permanentemente” (Aceituno, 2010, p.72). De modo que lo originario será efecto de una traducción de vivencias reencontradas en representaciones que son

---

<sup>4</sup> Se hará una lectura y análisis desde el artículo “La negación” de Freud, 1925; del comentario de Jean Hippolite, 1966 y del artículo de Roberto Aceituno, 2010.

ya, a su vez una traducción de la percepción. Esto constituye los procesos primarios de simbolización; la condición para estas inscripciones es que, a su vez, el sujeto haya sido inscrito e identificado por otro, en el lenguaje.

¿Cómo entender este complejo proceso de las primeras inscripciones en el aparato psíquico, a través del cual él mismo se constituye, ofreciendo las condiciones de ser y continuidad para el sujeto psíquico? Se propone una hipótesis a partir de las propuestas teóricas revisadas: El juicio que permite reconocer una realidad afuera y un sujeto psíquico (adentro), es el juicio de existencia (Freud, 1925), que se sostiene sobre un primer movimiento, la primera inscripción de una marca, “huella mnémica”, que aún no tiene contenido. Esta es la primera percepción de la cosa, que solo dejará una marca; con la segunda percepción se crea un primer esbozo de representación, una pre-representación, se podría decir, que será comparada con una tercera percepción de la cosa, instalándose ahora sí una representación; de forma que la huella de la impresión primera se llenará posteriormente con este contenido, esto una representación-cosa que permanecerá, en adelante ligada a otras representaciones y, más tarde, se ligará a la representación-palabra correspondiente, para entonces poder acceder a formar parte del preconscious y tener acceso, eventualmente, a la consciencia; (recordando) “Así se instituye, de manera retroactiva un originario que la experiencia subjetiva traducirá permanentemente” (Aceituno, 2010, p.72), y así se instala el proceso de simbolización.

La función del otro contribuirá para hacer las vivencias placenteras y, por tanto, aptas para integrarse al yo o introyectarse, o una vivencia displacentera y entonces será expulsada del yo; esto constituye el juicio de atribución (Freud, 1925). En el extremo del displacer podría situarse la experiencia traumática, irrupción violenta sobre este proceso de simbolización, con implicancias ineludibles. Roberto Aceituno lo conceptualiza de la siguiente manera:

La irrupción de lo traumático en el devenir histórico (social y subjetivamente) afecta así a las condiciones mismas para que, de forma retroactiva, las huellas dejadas por la experiencia traumática puedan ser re-inscritas, elaboradas, simbolizadas “secundariamen-

te". De este modo el lugar mismo de lo "originario" queda afectado por una cláusula de inexistencia y su inscripción paradójica resulta de huellas "anamnésticas" (Aceituno, 2010, p. 79-80).

Considerado a nivel subjetivo, parece esta una explicación posible también para la noción de "órgano amputado", que Dejours propone, sin explicitar el mecanismo que lo permitiría. Parece posible hacer una derivación a los mecanismos implicados en las somatizaciones, dado que se trata de un impedimento de inscripción de representaciones, muy anterior a la posibilidad siquiera de represión, que afecta a las condiciones mismas de inscripción de huellas, consideradas así las vivencias implicadas, incluido el soporte corporal, como marcadas por una "negatividad radical" (Aceituno, p.81) que hubieran debido contener huellas simbolizadas, desde un cuerpo erogenizado por el otro, pero en cambio, se encuentran bajo esta "cláusula de inexistencia", o "amputación".

Y agrega Aceituno "son los recursos simbolizantes provenientes del otro, de su propia capacidad de juicio y de pensamiento, los que ofrecen la posibilidad constructiva de un espacio donde tales experiencias puedan tener lugar, es decir, ser simbolizadas" (p.81) El que las conversiones impliquen un material ya simbolizado no es poco decir. Es este el trabajo que debe hacerse con un fenómeno psicossomático, en la transferencia y con los recursos simbolizantes del otro (analista), como lo propone también Bleichmar, entre otros, para ofrecer simbolización a aquella zona, órgano o función que se mantiene fuera del cuerpo erógeno, como amputado de él. En este proceso, los eventos somáticos involucrados, transitarán por un momento en que ya no serán fenómenos psicossomáticos, pero tampoco conversivos. Para ellos se propone entonces la denominación de "fenómenos de desajuste".

En el material de los dos casos que se expondrán a continuación, de Juan e Ignacio, se observa que ambos se muestran claramente preocupados con sus eventos somáticos, los traen a sesión, tanto en su habla como con el dolor mismo que irrumpe a veces en las sesiones. Este punto es fundamental y nos permite hablar de ellos como síntomas, sin embargo, en ambos casos hay

lesión orgánica o trastorno fisiológico, lo cual hace dudoso considerarlos como conversivos. ¿Cómo considerar estos síntomas entonces? Para ello la propuesta de los “fenómenos de desajuste” parece la indicada. Se revisará ahora, desde la clínica, la hipótesis planteada.

## **Observaciones clínicas**

### **El caso de Juan**

Juan es un joven que atiende hace alrededor de dos años. Comenzó el tratamiento por angustias intensas relacionadas con dificultades para terminar su carrera universitaria y una importante insatisfacción en su relación de pareja. Llega a la primera sesión con el siguiente discurso:

*J: Estoy en un momento de colapso, toda mi forma de ser, mi vida colapsó. Estoy en proceso de ruptura amorosa y todo es muy turbulento.*

A poco andar en el trabajo analítico, fue terminando las etapas correspondientes en su carrera, ya sin tropiezos, en un año egresó, al año siguiente hizo su práctica y tesis, dio el examen y se tituló con excelentes calificaciones. La relación de pareja se pudo sostener un tiempo más y luego terminó, en principio sin que la catástrofe que él esperaba, ni para él ni para ella. Siguieron amigos por un tiempo encontrándose de vez en cuando para compartir algunas actividades que siempre compartieron. Luego sin embargo, ella comenzó otra relación y entonces se materializó el término para él.

Juan ha estado en terapias psicológicas varias veces desde niño (a los 7, 10, 17, 22 y la actual que comenzó con 27 años) al respecto dice que todas sus terapeutas han sido mujeres, pues no confía en los hombres. Pronto en el análisis apareció, con gran angustia, la relación con su padre, muy penosa para Juan. Su padre un profesional exitoso, era un hombre agresivo, con arranques de violencia cuando él era pequeño, y aún hoy ocasionalmente. Le pegaba en forma sorpresiva por motivos que Juan no entendía, cuando miraba la tele con los zapatos sobre la cama o cuando iban en el auto, le pegaba también a su

hermana y a su madre la violentaba en forma verbal. Había grandes peleas entre el padre y la madre, a quien Juan trataba de proteger aun siendo pequeño. A los 15 años lo enfrentó con agresividad y le dijo que no permitiría que le pegue nunca más. De ahí en adelante mantuvo con el padre una relación distante, con escasos intercambios, aunque siempre tratando de mostrarle logros de los que pudiera sentirse orgulloso, pero obteniendo indiferencia como única respuesta.

El padre lo sostuvo económicamente, pagaba la universidad, médicos y la psicoterapia, pero no preguntaba nunca cómo iban sus estudios, o su trabajo luego, no se interesaba en lo que él quería contarle y tenía en sus escasos intercambios frases como “con su deber no más cumple”. Los padres se separaron varias veces, en la actualidad viven separados pero mantienen la relación de pareja puertas afuera.

Fue un niño con dificultades en la integración escolar, por ello las consultas psicológicas. Inquieto, hiperactivo y agresivo, con muy pocos o ningún amigo; pero tenía muy buen rendimiento académico, no necesitaba estudiar y aún tenía excelentes notas, sentía curiosidad por lo que aprendía y era muy autoexigente.

Juan se da cuenta que le cuesta hacer vínculos, especialmente con hombres, -tiene algunas amigas, pero muy pocos amigos-, se siente solo y sufre estas dificultades. Su relación de pareja con la Jose duró todos sus años universitarios; el último tiempo eran muy buenos compañeros, pero faltaba deseo y atracción sexual entre ellos. En un viaje Juan conoció a otra joven de la que se enamoró intensamente. Pasan juntos los últimos días del viaje, pero deben separarse al volver cada uno a su país. Queda así con una fuerte nostalgia por ella y por la intensidad emocional que nunca antes había sentido.

El cuerpo en sesión tiene presencia notoria, aún antes de pedirle el consentimiento informado.

*J: Estoy con el tema de las manos, se me acalambran.*

*LM: ¿desde cuándo?*

*J: desde principios de año, pero se intensificó. No tengo fuerza en las manos, siento hormigueos.*

Está consultando al médico pero aún no encuentran nada.

*J: esto me angustia mucho, quiero saber qué tengo, la incertidumbre me desgasta (...) me hago un jugo de naranjas y se me cansan las manos. Siento el cuerpo súper apolillado. Hoy se cumple un año de que conocí a Paquita.*

*LM: ¿las manos pueden tener que ver con eso? (si bien no pensaba intencionar hacia el síntoma, no puedo dejar de señalar el paso de un tema a otro).*

*J: No sé. Quiero abrazar a Paquita, la quiero abrazar más que a la Jose.*

*LM: ¿este es el conflicto que te tiene apolillado?*

*J: Es que llevo constantemente una olla de presión adentro mío. Dos fuerzas opuestas, las dos son mías. Luego compara a las dos mujeres, con una comparten muchos intereses y pueden conversar sin cesar, pero no hay pasión, no hay deseo; la otra es lo opuesto. Vuelvo a preguntar por “las manos”, tomándolo ahora como significativo que se entromete en este conflicto, esta vez responde*

*J: no quiero tocar a la Jose, no es a ella a quien quiero tocar...*

Finalmente los exámenes médicos dieron con una justificación fisiológica para las sensaciones en sus manos, una anomalía muscular que trabajó con kinesioterapia, mejoró algo, pero continuaron un tiempo más las molestias. De todos modos queda subsumido como síntoma al ser traído a análisis y a la transferencia. Pero luego, tras encontrar su explicación fisiológica, desaparece de la escena transferencial, es decir, Juan no vuelve a hablar de ello. ¿Cómo entender esto? ¿Es o no síntoma? Toma carácter de síntoma al ser traído a sesión y asociado al conflicto actual. Se trata de un conflicto amoroso y sexual, donde las manos tienen un papel no menor. Esta anomalía muscular, estaba antes y, tal vez siempre, pero no había sido notada hasta este momento en que empieza a provocar molestias, lo que coincide con la agudización de su conflic-

to amoroso. Es este el caso en que el cuerpo (cuerpo erógeno) es usado para absorber sobre él un monto de tensión/excitación que desborda la capacidad de contención del aparato psíquico o, también se puede pensar, que el cuerpo expone un aspecto del conflicto que no logra ser expresado de otra manera, como la figuración en el sueño, es la figuración de un deseo, incluyendo el conflicto que la realización del deseo provoca; es ésta la fórmula más propiamente conversiva. Aunque en todos estos casos estamos hablando de un movimiento conversivo con todas sus características: la complacencia somática, una alteración morfológica muscular previa, que se ofrece para representar algo del conflicto, dado que el órgano o parte del cuerpo de hecho está implicada; responde fácilmente con la asociación lingüística, y la tercera característica, este es el nachträglich, el aparecer en un segundo tiempo, como recuerdo, pues Paquita, significa el recuerdo de un idilio vivido con el sello de la traición a la Jose, del cual el conflicto actual hace eco, pero solo como añoranza.

En otro momento del trabajo analítico:

*J: Volviendo de emergencia, se me infectó una glándula del poto, un absceso perineal, al lado del ano, en el borde; el año pasado me pasó igual. He tenido fisuras, hemorroides también. Me dolía muchísimo, no me podía mover, no sabían si era absceso o hemorroide trombolada. Me interno, a pabellón, se saja y se drena. El año pasado fue a lo bruto, nunca había sentido tanto dolor...esta vez fue con anestesia. Se acercó una enfermera y me dijo ¿siente dolor? Y le dije sí, en el alma. Y dijo: pucha no tengo nada para eso (reímos).*

*LM: ¿Y la fisura cuando fue?*

*J: El año pasado, se sano solo. Mi papá, mi mamá y mi hermana han tenido fisuras... Esta vez cuando vi a mi jefe me dijo: tú estás muy joven para tener tantos miedos. Nadie nunca me había dicho eso, se pueden decir muchas cosas de mí, pero no eso (...) La Jose se ha puesto muy inquieta, lo del absceso: ¿qué no he terminado, qué tengo pendiente? pucha, le dije algo inconcluso,*

*algo que debiera tener fin y no tiene fin. El ano es lo que está al final del sistema digestivo, y también el primer chacra: el miedo vital.*

Espontáneamente Juan integra el devenir del cuerpo con el devenir psíquico. Por otra parte, hay una fuerte carga genética (genético o un funcionamiento común en torno a lo anal en la familia) ofreciendo la sollicitación somática necesaria. Nuevamente observamos un evento orgánico (lesión) coexistiendo con un devenir psíquico que se integran en la sesión analítica. Pero aquí es más difícil pensar en lo conversivo, por el componente orgánico evidente que aparece de pronto (si bien el en caso anterior también lo había). En este caso las asociaciones lo llevan al miedo, miedo vital dice Juan, lo cual no es de extrañar considerando las condiciones en las que estaba trabajando (condiciones extremas en un lugar muy apartado) y sin el apoyo de un jefe confiable. Miedo vital, es también el que puede producir un padre en estado encolerizado a un niño de corta edad (aquí tenemos el nachträglich). Y es justamente este jefe el que trae el miedo a la palabra, el que Juan niega como primera reacción. Pero ya ha sido verbalizado, ha sido presentificado. Qué podemos decir de este evento somático con presencia en el cuerpo erógeno ¿es conversivo o psicósomático?

Se pudo observar la puesta en ejercicio de la simbolización del fenómeno (3º objetivo específico), primero por boca de la Jose que lo cuestiona con lo que no ha acabado, luego en la sesión de análisis aparece un nuevo significante en las asociaciones: el miedo. No parece un mensaje dirigido a otro, aunque la Jose así lo asume y se lo interpreta; pero sí tiene una ganancia secundaria evidente: el absceso se produjo estando apartado, en el lugar de trabajo, por lo que tuvo que volver de emergencia. Podría ser una mera coincidencia, (pero estamos trabajando sobre un material de sesiones de análisis y es esta cadena asociativa la que se da a ser leída) o, también, un fenómeno de desajuste.

*J: Voy a empezar la sesión diciendo que estoy mal, está colapsando el cuerpo, náuseas, molestias estomacales, cansancio profundo. Un poco de taquicardia, más de lo normal, los ojos se me secan...*

*LM: ¿qué piensas que te está pasando?*

*J: como los monos animados que están a punto de estallar y empiezan a tiritar. LM: ¿te sientes a punto de estallar?*

*J: Sí, pero nunca he estallado. Rabia y frustración, Paquita canceló la solicitud de amistad y mi mensaje quedó sin ser visto, yo creo que se arrepintió. Y eso me dio mucha rabia, luego desayuné con mi mamá y trató de disuadirme de hacer cualquier acción legal contra mi jefe (tuvo un conflicto en el que el jefe fue excesivamente agresivo). Esa huevada de vivir con miedo me carga, jese huevón (ex jefe) va a matar a alguien o generar un accidente! Me dice (la madre) "no enganches"; me molesta que siempre me sabotee la rabia, trata de taparla.*

Aquí el miedo pasa casi desapercibido, se refiere esta vez a su madre, pero se lo puede escuchar como de él también. Además la madre trata de calmar, apaciguar la rabia de Juan con el padre (y jefe). Pero con el trabajo de análisis Juan ha tomado alguna distancia de su madre también y ha podido observarla: ella le impide o lo disuade más bien (él lo siente como impedimento) a tener reacciones agresivas a las que él se siente impulsado, como tomar una acción legal en contra de su exjefe o, lo que lo sustituye, el actuar más enérgicamente frente a las violencias del padre.

### **El caso de Ignacio**

Ignacio tiene alrededor de 25 años cuando consulta y está terminando su carrera universitaria habiendo sido un estudiante destacado. Consulta porque teme que retornen las crisis de pánico que tuvo hace un par de años y que habían cedido con psicoterapia. También ha pasado por varias psicoterapias anteriores.

Escribiendo estos dos historiales observo que tienen mucho en común Juan e Ignacio, en relación a la estructuración familiar: un padre agresivo y vio-

lento con la mujer e hijos, la relación con el hijo (el paciente) resulta intensamente frustrante para éste. Ambos fueron niños ansiosos que buscan por todos los medios agradar a su padre, darle motivos para sentirse orgulloso, pero no lo consiguen, reciben más agresión que gestos amorosos. Los padres son hombres que no pueden controlar su ira y su violencia, y no pueden detenerse cuando la dejan salir. Ambos, Juan e Ignacio, enfatizan la posición de víctima de sus madres de este hombre violento, pero ellas extreman su victimización y, al mismo tiempo, no son capaces de salir de ese lugar: mujeres débiles, vulnerables y vulneradas, dependientes de ellos a pesar de ser, ambas, profesionales con trabajo, ingresos y reconocimiento igual o mejor que sus maridos, y que aún separadas no construyen nunca más otra relación de pareja.

Estos niños, intelectualmente hábiles y autoexigentes, han tomado el rol de protectores de sus madres, aun cuando no son el hijo mayor. Posteriormente siente mucha rabia con ellas por victimizarse y por no haberlos protegido a ellos, cuando pequeños, de los estallidos violentos del padre. Las constituciones familiares son distintas pero sus roles al interior del grupo son muy semejantes en este punto: sentirse a cargo de alguna manera y atentos a la madre. En ambos casos los padres terminaron separándose después de algunos intentos fallidos previos. Luego el padre de Ignacio falleció de cáncer unos seis años antes de que iniciara el análisis. Fue Ignacio el único que lo visitaba en su hospitalización, ni su madre ni hermanos lo acompañaron.

Las irrupciones del cuerpo en sesión son abundantes, a través de su discurso, pero también con dolores y malestares en la sesión misma.

*I: Veo a mi mamá y me acuerdo del desamor, de que sin un hombre la vida no tiene sentido. Eso es de ella, no es mío, yo soy feliz solo, yo no necesito a otro todo el rato. Este sistema no sabe funcionar sin un papá y yo soy lo más cerca de eso, y no van a ser conscientes de eso, la única solución es irme.... Me...me duele la cabeza.*

Imposible eludir la asociación que el discurso propone: su dolor de cabeza aparece cuando está hablando de su intento por diferenciarse de su madre “eso es de ella, no mío”, por un lado. Pero al mismo tiempo, se refiere a que su sistema familiar no sabe funcionar sin padre (sin una cabeza de familia) y él se siente llamado a ocupar ese lugar del padre ausente. Entonces se siente obligado a estar junto a la madre, a la cabeza del grupo familiar. Sus hermanos le piden opinión, su mamá le cuenta sus problemas en el trabajo, todos le piden ayuda para distintas tareas. Él les ayuda a pensar sus problemas, ofreciendo argumentos, pensando con ellos, pero también realizando muchas tareas concretas. Pero luego y reiteradamente, aparecen malestares físicos:

*I: Ando achacoso, con una alergia. Lo encuentro extraño que no me deje, son picaduras chicas que me rasco hasta que sangra y se infecta...No puedo dejar de hacerlo, de pellizcarme. Mi mamá me dijo que mi papá hacía lo mismo. Hoy empecé de nuevo con conjuntivitis. Me duele y me hago daño, quiero dejar esa maña o estereotipia, estoy rascándome todo el día. // Me dan alergias cuando me voy de Santiago al campo o a la playa. Me dan unas alergias brigias cuando salgo de mi casa. En mi casa donde está limpio no...*

*LM: ¿Cuándo sales de tu casa? (no es realmente una pregunta sino una puntuación).*

*I: Me han tenido que llevar a urgencia con un ataque de asma y me ponen corticoides. El sistema inmune se pone en alerta.*

*LM: ¡Viene un peligro!*

*I: ¡Alerta permanente!*

*LM: Puede que estés así –en alerta permanente- ahora en esta nueva vida (se había ido recientemente de la casa materna para arrendar un departamento con un amigo).*

*I: No sé han sido ambos, he estado disfrutando, pero hay dos cosas que me tienen complicado. Pero no es un estorbo real, no me gusta pero no quiero*

*darle importancia: Los gatos, a mí me da asco que los gatos suban a la mesa, mi amigo le da lo mismo, come en el mismo plato con los gatos.*

*I: No me he hecho el examen, a ver si se fue el virus (tuvo hepatitis B). Yo pienso que si estoy pensando que voy a tener cáncer o VIH y me hago los exámenes....se me fue la idea.*

*LM: creo que ibas a decir que si te haces los exámenes pensando que vas a tener algo te van a salir positivos. Esto te angustia.*

*I: Sí, porque es un examen del estado inmunológico y eso pasa por como estoy, si estoy contento, si voy al gimnasio, si cuidara el trago... ¡Putá la huevál! No me gusta irme más preocupado. Sigo pensando que tengo VIH, tengo esta alergia y siento que es un signo de VIH. Me fantasma esta enfermedad, desde chico, que tenía sexo con desconocidos, con 16 o 17 años. Yo era amigo de la bibliotecaria de mi colegio, me escondía en la biblioteca, sentado en el piso dormía, estudiaba y miraba las páginas amarillas: fono-sida y llamaba y contaba. Fui súper descontento y poco educado. Tuve muchos miedos de niño, como que mi cabeza se quemó con eso. Y es que mi papá llevaba un técnico a la casa para que dismantelara el computador, para encontrar pornografía gay y retaba a mi hermano, armaba un escándalo gigante, gritaba, rompía cosas, algunos eran míos pero yo me quedaba callado.*

*LM: Y ¿el tener VIH te dejaría en evidencia como gay y blanco de ataques de tu papá?*

*I: Sí eso puede ser. Igual quedé más tranquilo al hacer algún tipo de conexión.*

Empieza a aparecer un aspecto hipocondríaco que por momentos se intensifica, y que volverá a aparecer muchas veces, cualquier alteración física, aún la más mínima, la considera signo de VIH; la conexión que pudo hacer y que le alivia se refiere al miedo que su padre lo violentara por su homosexualidad. Pero está, al mismo tiempo, el miedo junto con el deseo de poder confesar a su padre la homosexualidad y ser aceptado por él, lo cual era impensable. La

amenaza de la violencia del padre, la falta de contención, el amor al padre y el naciente impulso sexual adolescente lo lleva a tener relaciones con hombres adultos, desconocidos y algunas veces muy mayores. La angustia por la ambivalencia, se revela con este lapso que olvida lo que estaba diciendo, un raptó del inconsciente, una represión de emergencia. Porque lo que teme y desea también, probablemente, el VIH; el examen que debe hacerse es de hepatitis, pero teme hacérselo porque, pensado desde su angustia, el VIH puede aparecer. Pienso que VIH es equivalente a cáncer. El cáncer mató al padre, el VIH lo puede matar a él.

*I: Me enrabié terrible y me dio amigdalitis un mes; y tomé remedio y me dio alergia, que se me enrronchó todo este lado. Y me cuesta darme cuenta cuando las situaciones me causan rabia. Un día con las amígdalas pa' l pico exploté y dije todo.*

*I: Fui a buscar mis exámenes, todo bien, estoy más cerca de la psicosis que del VIH (reímos).*

*LM: ¿Y todas tus picazones? (un tanto irónicamente).*

*I: Sí, todas psicósomáticas, porque no tengo ni infección urinaria, no tengo bacterias, mi pipí totalmente limpio. Sí, tengo que saber que cuando estoy angustiado me paso rollos. Cuando eso desaparece me vienen ganas de proyectarme, pero con la enfermedad es muerte al tiro.*

La hepatitis B fue asintomática y estuvo controlada, tenía que repetir exámenes, los que finalmente hizo al año y medio.

*I: No tengo nada de hepatitis, el virus se fue. Estoy muy emocionado. (...) ahora me acordé de algo, que no me acordé la semana pasada, ¿te acuerdas que te dije que yo siento mucho frío? Yo tuve que vestir a mi papá con rigor mortis...su cuerpo frío, inerte. Yo le vestí las piernas, no le puse calzoncillos, le puse calcetines; y se me enfrían los pies y por eso me pongo dos calcetines. Llevo un año y medio sintiéndome enfermo terminal...mi enfermedad viene de ahí. Todas las veces que cuidé enfermos, mi abuela, mi abuelo, no a nivel que a*

*mi papá pero los cuidé. Mi papá era el odio, cómo no iba a perder la voz si nos humillaba, el cáncer le partió en el cuello y se murió de una hemorragia en la garganta. Y la hepatitis fue una forma de ser padre. Necesitaba recorrer ese camino desde mi simbolismo. Porque la diferencia es que él se murió y yo me sané.*

Estas frases, en sus dichos, reúnen lo que se había estado trabajando e interpretando, la intensa necesidad de identificarse con el padre amado y odiado.

*I: Pasó que tengo como aftas en las amígdalas, me duele al tragar... ¡sistema inmune! Y me veo reflejado en las aftas, cada vez que tragaba me dolía... tengo mi atención súper nublada, estoy en la garganta. Y me saco la ropa para ducharme y me siento un olor raro y digo VIH! ¡es delirante!*

En la sesión siguiente y después de haber hablado de la muerte y su deseo de morir, de la muerte de sus abuelos, de haber estado tanto en funerales y entierros de niño, dice:

*I: Tal vez eso tenía en la garganta, yo soy súper bueno para generar amigdalitis y son cosas que me quedan y dejan atragantado.*

Más adelante en la sesión:

*I: Me acabo de acordar de algo, ayer fui al gimnasio y me encontré con una amiga del barrio que me dice ¿tú conocí a la polola del Pato? Y me dijo: esa que habla así...y yo nunca supe que estaban pololeando, y llevo desde ayer enfermándome, sintiendo mi garganta, mi guata, y no me volví a acordar de eso.*

Claro, pudo olvidarlo porque estuvo el cuerpo para recordarlo, la garganta, la guata... La polola de Pato era su amiga más íntima y con quien pasó toda su adolescencia, incluso ella le ayudaba a encubrir su homosexualidad pasando por su polola. Y Pato es un amigo del que Ignacio estuvo enamorado, pero que no es gay, por lo que solo siguieron siendo amigos. Ignacio los presentó, pero le

ocultaron que engancharon y tuvieron una relación; Ignacio se sintió muy traicionado, por ambos, y cortó relaciones bruscamente con los dos.

*I: Yo siempre obligaba a mi papá que abriera las ventanas y apagara el aire acondicionado en el auto...por la garganta; y me estoy llendo con la Taty que pone el aire súper fuerte. Me tomé un cuartito de clonazepam y se me pasó esto de la garganta. Mi papá en el auto era angustiante, peleaba con todo el mundo, se pegaba en la bocina.*

Parece empezar a darse cuenta que su síntoma de la garganta no tiene que ver con estados gripales o resfríos, sino con angustia. Sin embargo, terminan en amigdalitis de todas formas. No se puede ignorar que el padre murió por la garganta, y es también una zona de somatizaciones para Ignacio. Pero ¿cómo identificar sus repetidas amigdalitis? No pueden ser conversivas por definición, dado que el trastorno en las amígdalas es incuestionable. El hecho es, que durante el tratamiento analítico, no llegaron al punto de amigdalitis propiamente sino solo como inflamación, irritación de las amígdalas, molestias y dolor de garganta. También muestra una evolución, dada por la posibilidad de hablar de la angustia y por interpretación de la asociación con el padre. Se puede plantear que, la angustia de Ignacio cuando niño, se resolvía como amigdalitis, como fenómeno psicossomático. Luego, con el espacio para poner en palabras estas angustias, el fenómeno psicossomático ha podido ir derivando en fenómeno de desajuste: con la angustia, sus amígdalas empiezan a reaccionar, pero no alcanzan a hacer el desarrollo completo de una amigdalitis. La posibilidad que las representaciones palabras contengan parte del miedo, la angustia y el dolor psíquico y dispersen la carga de las representaciones-cosa asociadas a estos recuerdos infantiles, descomprime la urgencia por descargar con sus amígdalas.

A la vuelta de las vacaciones:

*I: Me he sentido muy como mi mamá; mi mamá tiene problemas con los músculos y los huesos. Y estuve todo el viaje con dolores musculares...*

Va al médico le hacen exámenes y se descubre una anemia, la cual no tiene una explicación definitiva pero debe hacerse transfusiones de hierro.

*I: Me tienen chato, creen en mi casa que es una hipocondría más...pero es real, es como Pedrito y el lobo. Nadie me dice que si me acompañan a la transfusión. Ahora que he estado enfermo, siento que he exagerado mucho. Hoy estuve en el Dr. haciéndome millones de exámenes y en un momento me dio vergüenza, estar en un espacio con gente muy enferma. Sentí mucha culpa por llegar a un estado de negligencia, como yo me llevé a estar.*

*LM: ¿Quizá una parte de ti lo busca?*

*I: Sí lo busco. Son los mismos síntomas que mi vieja, hoy me hice densitometría ósea, ecotomografía de estómago...ahora tengo la lengua hinchada y roja. Tengo hora el jueves con otro nutriólogo. La transfusión del hierro era igual que la quimio terapia. Hay una deuda pendiente. Yo creo que estuve muy enamorado de mi papá cuando chico, y no soportaba esas situaciones, y que se hayan olvidado, que no haya ni una sola foto de él en mi casa.*

*I: Sí, es la misma demanda que he repetido muchas veces desde que mi papá murió. Hepatitis hace 2 años y los mismos síntomas, que me quedé tieso, que me dolían los músculos, tenía ya deficiencia de calcio y ahora de nuevo (por la anemia).*

Sus demandas tiene que ver con que hubiera algún recuerdo amoroso del papá, alguna foto en su casa pero, o no lo quieren recordar, o los recuerdos son sólo negativos, incluidos los de él; también él recuerda la violencia de sus gritos, las peleas y sus celos patológicos con la madre. Pero para resolver en parte su ambivalencia necesita reencontrarse también con algo amoroso de su padre (puesto que aparecen gran cantidad de recuerdos de la violencia vivida) y poder así aceptar su amor hacia él. Esta ambivalencia intensa es muy difícil de representarla y verbalizar, quedando probablemente como representaciones-cosa, que impedidas de progresión, es decir de continuar el proceso de simbolización en asociaciones con representaciones palabra, vuelven a estadios ante-

riores, a cargar las huellas mnémicas perceptivas y el soma. Probablemente las amígdalas son un área “amputada” del cuerpo erógeno, así como la piel que, una y otra vez, se enrroncha. Avanzando en ello, se observa que la conexión lingüística para los trastornos de la garganta está en relación al cáncer del padre. De modo que éstos bien pueden hacer una evolución hacia lo conversivo. Y de hecho ocurrió, al principio del análisis Ignacio hacía amigdalitis con frecuencia, al año de trabajo analítico, sólo eran molestias y dolores de garganta, como lo que aparece en este material, y hacia los tres años de análisis, dejó de aparecer la garganta como temática de enfermedades. Pero aparecieron otras, como la anemia, la que no ha sido posible aún de contener. El trabajo analítico parece tener que ir haciéndose, una a una, con cada una de las somatizaciones.

### **III. TEORÍA DE LA SIMBOLIZACIÓN EN PSICOSOMÁTICA Y EN LOS FENÓMENOS DE DESAJUSTE**

Uno de los ejes centrales de esta investigación es -como ya se apuntó en la Introducción-, el lugar de la simbolización o de la no simbolización, en la conversión y en los fenómenos psicosomáticos. Responde además al segundo de los objetivos específicos planteados para el trabajo de investigación. De manera que se comenzará con la distinción de los términos: representación y simbolización, en busca de llegar a describir los mecanismos intrapsíquicos que pudieran ser los que intervienen en los fenómenos psicosomáticos y en los fenómenos de desajuste respectivamente, objetivo central de este trabajo.

#### **Sobre la representación y el representar**

René Roussillon (2015) comienza por la premisa que es imposible no representar, que cualquier mínimo encuentro con el mundo implica una representación interna, esto es, análisis y descomposición por parte del aparato psíquico de ese contacto sensorial, lo que ya es una representación. De modo que la expresión “sin representación”, que se usa con frecuencia para experiencias traumáticas y también para los fenómenos psicosomáticos (en Marty por ejemplo), es una simplificación que significa en realidad, “sin representación simbólica”, esto es “la representación de la ausencia de una representación aceptable” (p.1). Para Roussillon entonces, siempre habría representación, incluso para representar la ausencia de representación, lo cual recuerda a Green con la noción de alucinación negativa, la que también queda definida como la representación de una ausencia, o la marca de una ausencia. Green lo enuncia como “la alucinación negativa es el signo y la alucinación positiva es el síntoma” (Green, 1995, p.383), la primera es sólo una marca, marca de una ausencia, mientras

que el síntoma será siempre una presencia en sí mismo; que marca su presencia, se hace notar.

El problema estaría en la asunción subjetiva de la representación, es decir, que podemos representar sin conciencia de ello; sin embargo, continúa Roussillon, la “representación simbólica” lleva la marca de un trabajo reflexivo que reconoce la representación como tal. Este trabajo, que sufre la primera representación, para ser tomada como representación primero y representación simbólica luego, movimiento reflexivo que permite reconocerla y diferenciarla de la percepción, es lo que Roussillon llama *proceso de simbolización*.

Por su parte Green define representar como el “hacer presente, en ausencia de lo que es perceptible y que, por lo tanto, debe volver a ser formado por la psique” (2005, p.147). Mientras que para Green, la ausencia es el motor esencial a la tarea de representar, Roussillon enfoca la operación psíquica tanto en presencia como en ausencia de la percepción, asumiendo que habrá siempre una reproducción interna (objeto) de lo externo (la cosa), así como también de los movimientos internos y, el cuerpo propio se debe incluir como cosa externa, como algo que se percibe afuera –del psiquismo- y que debe ser o, que de hecho es, representado. En síntesis, representar sería una actividad ineludible, operación básica del aparato psíquico. La representación por ello se extiende a los campos del mundo, del cuerpo y del otro. De modo que el cuerpo (y debe ser el cuerpo en tanto que investido) es representación del organismo, representación que tiene otra posición y otra cualidad que la del mundo o la del otro.

### **Procesos de simbolización**

Simbolizar por su parte, dicho de manera simplificada –ya se entrará en sus complejidades- es el trabajo que liga las representaciones entre sí y permite el momento reflexivo que reconoce la representación como tal, es decir inscribe un adentro y un afuera. El momento inicial, sin embargo, el de la simbolización primaria, obliga a una observación más detallada y divide este proceso en dife-

rentes momentos, el de la simbolización primaria y de los procesos de simbolización secundaria.

La *simbolización primaria*, subraya Roussillon, “es el proceso que hace pasar “la materia primera” de la experiencia, la traza mnésica perceptiva que lleva la traza sensoriomotora del impacto del encuentro del sujeto con un objeto todavía mal diferenciado, mal identificado, que mezcla parte del sujeto y parte del objeto, a una posibilidad de escenificación susceptible de “devenir lenguaje”, susceptible de ser narrada a otro” (2015, p.14).

Freud en la carta del 6 dic. 1896 distingue diversos tipos de registro para la memoria, que son a su vez, las etapas de transcripción de los materiales psíquicos: 1) traza mnémica perceptiva, también llamado por Freud signos de percepción; que tiene ya una cualidad; la huella mnémica sola no tiene ninguna cualidad, es sólo una marca; 2) traza conceptual, inconsciente (representación cosa: representación bajo la forma de cosa, sueño, símbolo); 3) representación palabra, que es preconscious. A partir de esta clasificación, Freud propone una estratificación, que impone, al mismo tiempo, cambios tópicos y también dinámicos, por los que debe pasar el material psíquico para llegar a ser consciente. Así, pasa por al menos dos fronteras en las que este material debe ser traducido a una nueva forma, de ellas su última versión es la consciente, la representación-palabra, que es un efecto posterior -un nachträglich-, pues ya ha habido mucho trabajo psíquico anterior.

A partir de esta distinción que Roussillon establece: la *simbolización primaria* como el proceso que ocurre a las “trazas mnémicas perceptivas” que van a inscribirse como representación-cosa, con una forma conceptual, primera forma simbólica, como en la figuración de los sueños para disfrazar los deseos diurnos. Esto ocurre por una reducción de investidura del proceso, pues a plena carga de investidura se produciría una alucinación. Y será el proceso de *simbolización secundaria* aquel que lleva la representación cosa a representación palabra. El lenguaje funciona, de esta manera, como un gran integrador psíquico,

previo a él está la compulsión de repetición, como proceso por el cual se integran las experiencias precoces. De aquí se abre dos grandes preguntas: ¿Cuál es el devenir de las experiencias anteriores al lenguaje y como es su registro? Y ¿en qué condiciones pueden estas inscribirse secundariamente en el lenguaje y ser integradas aprés coup? La hipótesis con la que se trabajará es que las experiencias precoces deben inscribirse en las formas pre y no verbales del lenguaje. Estas formas pre y no verbales tienen que ver con el cuerpo, su gestualidad, sensaciones y motricidad. Estas son las trazas mnémicas perceptivas o signos de percepción, que luego serán transcritas a representación-cosa, si es que pasaron la primera etapa, sino quedaron en un momento anterior sólo como signos de percepción como marcas inconscientes.

Los conceptos de pictograma (Aulagnier) y significantes formales (Anzie), hablan de las condiciones de posibilidad para la inscripción de significantes, pero también de estas vivencias anteriores. Ellos se anclan en el cuerpo, en la sensorio-motricidad y tiene carácter de movimiento.

Son las primeras formas de relación del infante con su entorno, e instalan las condiciones para la inscripción de formas simbólicas. Es en el encuentro con el otro -como recalca Aulagnier-, en ese movimiento hacia el otro, que una zona corporal excitada por la necesidad (pulsión), se dirige hacia el objeto o se encuentra con él, que calma y satisface, produciendo un plus de placer; surge de ahí una huella, se inscribe este encuentro de tres elementos, trascendiendo lo puramente conservativo, permitiendo la emergencia de una zona erógena. Las repeticiones de la experiencia con el aporte significativo del otro van dando sentido a las zonas formando un cuerpo, el cuerpo.

Por su parte, Aceituno (2010) define los procesos de *simbolización primaria* como “las condiciones necesarias a los mecanismos encargados de *traducir* la experiencia “vivida” en un campo de *representación* [nota al pie: *apuntando con ello a diversas modalidades de mediación simbólica*] y, desde ahí, en un espacio-tiempo de memoria, de pensamiento y de vinculación (o de re-

vinculación) objetal” (p.70). El énfasis en esta descripción está puesto en los procesos *traducción* necesarios a la constitución psíquica. “Traducción” considera un proceso de mayor complejidad que la transcripción, usada por Freud en la carta 52 a Fliess (1896). Esta última significa un traspaso más literal de un tipo de material a otro; mientras que la traducción implica un trabajo de transformación. El carácter primario de la simbolización, concierne al sujeto en su “ser” y su continuidad, puesto que pone las condiciones para la inscripción de las representaciones, o sea “su posibilidad de trabajo psíquico, la posibilidad de sus operaciones represivas, es decir de representación, de enunciación y de memoria” (Aceituno, p.70). Para que esto pueda ocurrir, el sujeto ha debido ser primero inscrito en un orden simbólico por el otro, antes de poder inscribir sus vivencias simbólicamente. Ser él mismo objeto de inscripciones “en un campo de lenguaje, de pensamiento y de relación a otro” (Aceituno, 2010, p.70). Porque el otro y el “ambiente” (Winnicott) son condición de posibilidad para el sujeto, así como las exigencias pulsionales a las que se verá sometido y las defensas que pueda anteponerles, todo lo cual lo inscribirá en la distinción y separación del otro. La simbolización primaria será entonces lo que viene a inscribirse del sujeto gracias a esa primera diferenciación. Puesto en los términos de Rousillon, esta simbolización primaria que crea las condiciones para la existencia del sujeto mismo, para su inscripción subjetiva, sería la inscripción de las trazas mnémicas perceptivas antes de su traducción a representación-cosa.

### **Lo negativo en los fenómenos de desajuste**

André Green, en el debate con los representantes de la Escuela Psicosomática de París, comienza con una afirmación, que en principio resulta enigmática y, al mismo tiempo, ineludible: “Pienso que es absolutamente imposible comprender el funcionamiento de una estructura psicosomática si no se apela a la noción de alucinación negativa” (2005, p.138). Se entenderá aquí por “estructura psicosomática” la estructura psíquica eficiente en la producción del trastorno somático y no la totalidad de la estructura psíquica del sujeto. Y, “la aluci-

nación negativa es el concepto teórico que constituye la precondition de toda teoría de la representación, se trate del sueño o de la alucinación (...) La alucinación negativa es su matriz común” (Green, 1995, p.382). Puesto que, recordemos, para Green se representa en ausencia del objeto. “Esta representación de la ausencia de representaciones da fe del campo considerable ocupado por la alucinación negativa” (2005, p.138). En síntesis, la alucinación negativa es la representación de la ausencia de representaciones; y tal representación, según Green, es fundamental para comprender el campo de las somatizaciones ¿por qué sería tan esencial a los fenómenos somáticos? Con la argumentación que sigue se intentará dar cuenta de esta afirmación radical. Se adelanta, que tiene relación con la ausencia de simbolización en el fenómeno psicossomático; pero que se trata de una ausencia que se manifiesta como tal, es decir de la ausencia de algo que fue presente o que debió estar presente. Se argumentará que es en el fenómeno de desajuste donde con mayor intensidad, esta ausencia se hace presente. En el FPS en cambio, pudo no haber habido presencia de representación (como se plantea en las conclusiones de este trabajo, pues corresponde a una falla de la primera transcripción), de modo que la representación de la ausencia puede no estar o no operar. En cambio en el fenómeno de desajuste, que se sitúa como el fallo en la segunda transcripción, implica una presencia que luego se manifestará como ausencia.

Considerando que Freud establece, -en la carta 52 de 1896- la causación de las psiconeurosis en una falla en la retranscripción de un material psíquico, de una fase a otra, es decir, que no pudo seguir su curso normal en el proceso de elaboración y ha quedado negada la traducción para su inscripción en la siguiente etapa. Se propone a los fenómenos psicossomáticos y a los de desajuste, también como producto de la denegación de una transcripción, pero anterior, dejando una huella-mnémica como marca de algo, pero que no consigue tener contenido, pues no ha podido traducirse a representación-cosa, y menos aún a representación palabra. Reuniéndolo con la noción de Green de alucinación ne-

gativa, en principio se puede postular, que lo que resulta de la denegación de la transcripción, sería una alucinación negativa. Como reinvestidura de marcas en el psiquismo, que quedaron como signos de percepción, por un exceso de excitación que sobre cargó el aparato e impidió su traducción a representacion-cosa. Permanece el exceso sin poder dispersarse y retorna entonces al soma; pues además, por el displacer que representa, debe ser expulsado, afuera del psiquismo ¿y a dónde iría sino al cuerpo?

Tomando un caso como ejemplo, Green (2005) analiza el funcionamiento de la paciente en cuestión que, entre otros síntomas, sufría de rectocolitis hemorrágica, pero donde lo peculiar del caso es la forma que toma el discurso de la paciente, lleno de detalles que parecen irrelevantes y desprovistos de afecto, pero de los que parece aferrarse con tenacidad, como si revistieran mucha importancia. El relato que hace Green del discurso de esta paciente trae a la memoria un relato similar de McDougall (1995, p. 35-36), de una mujer, Dorothée, que al describir a su madre lo hace como desde afuera, describiendo su apariencia, como lo haría un extraño. La paciente sufría de asma durante la infancia, y esta reaparecía cada vez que volvía a visitar a su madre.

También en ciertas sesiones de análisis, los relatos de dos de los pacientes que forman parte de esta investigación, toman este carácter. Uno de ellos es Juan que, cuando lo animé a hablar de su experiencia en el colegio, su relato fue más o menos como sigue: “Estaba construido en ladrillo, de ese ladrillo princesa, todas las paredes de color ladrillo. Con ventanas con marcos blancos. Una explanada de pasto, recuerdo el olor del pasto, la sensación del pasto, se veía desde las ventanas de las salas, en las mañanas con rocío....Las salas eran amplias, con sillas y mesas de patas metálicas, muy ruidosas....” Llama la atención este relato, en ningún momento hace alguna mención a los compañeros, a los profesores, ni los juegos, clases, interacciones, nada. De inmediato este relato me pareció diferente, vacío de una manera extraña. Parece estar desprovisto de interés, de libido.

Por su parte Muriel fija su atención sobre las manchas en la pared del consultorio, y piensa en el modo en que estas pudieron hacerse, me explica “esta mancha a la derecha del sofá parece de una mano, no entiendo como una mano pudo ponerse a esa altura, parece como si alguien al mover el sofá, también pasó la mano por la pared. Esa otra mancha en cambio, parece que la hizo el mismo mueble, pero es ese mueble que está al otro lado. Quizá antes este mueble estaba del otro lado...” y sigue largamente. También resulta un discurso falto de algo, tal vez de libido.

Se pueden aventurar interpretaciones desde varios ángulos para estos discursos, pero por ahora seguiremos con Green, quien plantea respecto de ellos: “Vemos que la experiencia fundamental es la alteración de una especie de yo mnémico capaz no sólo de registrar los acontecimientos, sino de conservarlos, de relacionarlos dándoles un sentido” (2005, p.140). Exactamente eso parece en el caso de Juan, como una hiper memoria de los espacios, las cosas y sus detalles, pero que no parecen vincularse entre sí para producir un sentido. Muriel por su parte, a la inversa, parece estar muy preocupada por el sentido y en busca de él para todo lo que percibe, atenta y preocupada por aquello que no evidencia sentido; como si la percepción estuviera sobre investida. Esta sobre investidura también se observa en el relato de Juan. Green lo propone como una sobre mentalización más próxima a la organización delirante – respondiendo, en el debate, a la desmentalización de Marty-, pues a discursos de este tipo no se les puede aplicar un marco interpretativo como el de la neurosis, ni uno relacionado al fantasma, plantea Green.

Esta *sobre investidura de la percepción* por sí misma, simultáneo a una des-libidinización de aquello percibido, es lo que en principio reúne los discursos de estos cuatro pacientes. Recordamos la reinvestidura de los signos de percepción que no han podido ser traducidos a representación-cosa, y la afirmación de Green del este “yo mnémico” que queda incapacitado para conser-

var, relacionar y dar sentido a los acontecimientos. Y es que la representación y la libido son lo que dan sentido a las vivencias.

El punto es dónde toca la somatización. En el caso de McDougall, el asma está en relación evidente con los afectos ambivalentes hacia la madre y, como lo apunta la autora, lo que la paciente no puede admitir en su pensamiento, su cuerpo, en cambio, lo reconoce a su manera. De modo que este tipo de discurso impresiona como el resultado de una defensa frente a afectos ambivalentes intolerables. En la paciente que cita Green, la problemática gira en torno a la separación, incluso física, de los padres, porque dormía aun con ellos siendo adulta. Y este tipo de discurso aparece al describir un espacio que, por fin están acondicionando para ella sola. No se dispone de suficiente material para indagar en este caso, por ejemplo, no aparece mención sobre las crisis de rec-tocolitis en el relato, pero sí se puede sospechar, al menos alguna ambivalencia, respecto al cambio a vivir sola, revelado justamente por la forma que adopta su discurso. Suponemos para estos casos, como en los propios que, si llamaron la atención de su analista, es porque no era el estilo habitual de comunicación.

En Muriel y Juan (ambos casos son relatados en extenso en otros capítulos), su discurso adquiere esa peculiaridad cuando son enfrentados a relatar algo de su historia: lo que le pasaba en el colegio a Juan, su mala o escasa relación con los compañeros y la violencia del padre de Muriel en casa. Ambos además testigos de violencia entre los padres y del padre hacia ellos, y ambos con significativas dificultades para hacer otros vínculos fuera del mundo familiar.

Observando, entonces, lo que ocurre en estas estructuras psicossomáticas, Green plantea “Ese yo mnémico está bloqueado, fijado, inmovilizado; de no ser así garantizaría el movimiento de la continuidad. Lo que está en juego es precisamente la experiencia de la continuidad temporal y espacial. Esa ausencia de marco de la experiencia consciente explica que la representación no opere” (Green 2005, p.140). El “yo mnémico” de Green, también recuerda lo descri-

to como el proceso de simbolización primaria (Aceituno, 2010), aquel que pone las condiciones para la inscripción de primeras representaciones, para la constitución de “un campo de *representacia*” (p. 70), que permitan reencontrar la cosa percibida (juicio de existencia), y diferenciar el adentro del afuera, dando continuidad al “ser”; y por otro lado, esta paralización operará como impedimento para el trabajo de transcripciones que podría llevar el material de excitaciones, finalmente a la conciencia.

Pero ¿qué significa que la representación no opere? ¿Quiere decir con ello que la representación aunque puede estar presente no opera como portadora de energía pulsional? Como en los discursos recién analizados, desprovistos de libido. Supongamos que es una representación desinvertida; como la cita de la paciente de McDougall, que describe a su madre como si fuera una desconocida, desinvistiéndola por completo. Las representaciones que forman su descripción evaden los afectos que deben permanecer inconscientes, sin acercarse con ninguna representación que, por asociación, pudiera atraer alguna representación-palabra que permitiera hacer conscientes los afectos ambivalentes. Estas cargas de afecto suprimidas serían devueltas al soma, facilitando, en este caso, la crisis de asma.

### **La intervención psicoanalítica**

En este preciso punto interviene el trabajo psicoanalítico. Éste ofrece un espacio-tiempo protegido por el encuadre, para que las defensas puedan ceder y dar opción al trabajo de transcripción y traducción de estas cargas (ambivalentes y/o destructivas) para esbozar algunas representaciones-cosa. Cuando la escucha analítica reconoce señales de que se está conformando alguna representación-cosa (por ejemplo, a través del material de un sueño, como el de Violeta, o gracias a un lapsus u olvido, como le ocurre a Juan, descrito en el capítulo anterior) el analista con sus intervenciones y con sutileza, ayuda al paciente a esbozar algunas representaciones-palabra que integren en el nivel del lenguaje lo que todavía no tiene esta forma. Se trata de apoyar el proceso de simboliza-

ción que no había podido ser realizado antes. Algunos pacientes requieren que se le ofrezcan simbolizaciones, otros llegan a ellas por sí mismos, pero lo que hace posible que este proceso se realice, es la presencia de un otro que escucha lo que el paciente tenga que decir acerca de su dolor. El espacio/tiempo del encuadre está pensado para que ese trabajo pueda realizarse allí.

Esto le han llamado de diversas formas los autores, Bleichmar le denominó “simbolizaciones puente” las que ofrece el analista mientras el paciente puede construir las propias. Se ofrecen algunas o retomando otras del mismo paciente usadas en relación a situaciones que pudieran haber sido equivalentes.

Si el yo mnémico, que permite la continuidad del sujeto se encuentra paralizado, no hay continuidad para ese yo, no hay marco para la experiencia y ésta queda desligada, fragmentada temporal y espacialmente, lo que afecta a su vez a las representaciones y al proceso de simbolización. El trabajo conjunto de simbolización (entre paciente y analista) puede reparar estas discontinuidades.

Continúa Green, “esa ausencia de marco de la experiencia consciente explica que la representación no opere. No se apoya en el mantenimiento de las etapas de la sucesión temporal y espacial, tanto en el nivel de la integración de las percepciones como del pasaje de la percepción a la representación” (p.140). Es decir que, el que la representación no opere, significa que no puede hacer uso adecuado de la percepción para el reconocimiento de la cosa e integrarla en un marco mayor que permita así, el juicio de existencia y la continuidad del “ser”. “Por consiguiente, el lugar de los objetos y la constitución del espacio exterior como reflejo del interior crean una equivalencia espacial sin discriminación” (p.140). En la descripción que Juan hace de su colegio, parece poner gran atención a cada detalle, absorbido él mismo en ese trabajo de observación y luego de descripción, sin poder representarse lo que vivía en el colegio. O aún más involucrada Muriel, en la descripción de las manchas de la pared del con-

sultorio, descripción ausente de sentido, que refleja la incierta la continuidad del sujeto.

### **La pulsión y el objeto**

Agregaremos ahora a esta ecuación, la pulsión como noción clave del psicoanálisis y para el propósito de este trabajo, considerando la definición por todos conocida: “Si ahora, desde el aspecto biológico, pasamos a la consideración de la vida anímica, la “pulsión” nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {*repräsentant*} psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” (Freud, 1915/1990, p.117). Green (2005) interpreta esta célebre cita en sus tres dimensiones: tópica, dinámica y económica.

El aspecto económico refiere la exigencia de trabajo, en el sentido de gasto de energía que se requiere realizar, para transcribir los estímulos provenientes del cuerpo a una representación. El aspecto dinámico es el trabajo mismo a realizar, las excitaciones nacidas en el interior del cuerpo son transportadas al psiquismo; pero no son meramente transportadas, deben ser transformadas, requieren un cambio de forma, de una forma somática a una psíquica, esto es la representación; esto es el trabajo de traducción. El aspecto tópico refiere al cambio de lugar, al transporte del territorio de lo orgánico al dominio de lo psíquico.

Falta un elemento fundamental en esta ecuación, este es el objeto. Afirma Green “es finalmente su relación al objeto lo que va a conferirle su cualidad psíquica” (2005, p.149) a la pulsión; es la presencia de la alteridad que empuja a realizar este trabajo que transforma la energía pulsional somática en representante psíquico. Pero, más adelante Green puntualizará que, no es la presencia, sino la ausencia del otro, lo que obliga a representar. Aunque esta ausencia requirió presencia primero, para que luego haya ausencia.

La primera experiencia de satisfacción, como modelo de relación al objeto, deja una huella que se llenará con la representación de esta vivencia, representación que servirá para la alucinación posterior de esta experiencia de satisfacción. La pulsión biológica (hambre) busca su objeto que la satisface y, en un segundo momento, si éste está ausente, lo alucinará, es decir buscará la representación para reencontrar al objeto y “se creará una ligazón interna entre el representante psíquico de la pulsión (la exigencia corporal del pecho) y lo imaginario de la representación de cosa o de objeto” (Green, 2005, p.150). Es aquí donde la alucinación negativa empieza a tener lugar.

Considerando lo expuesto hasta aquí y agregando la perspectiva de la pulsión ¿cómo se puede pensar el fenómeno psicossomático? Podría ocurrir que las “excitaciones nacidas en el interior del cuerpo”, no lleguen jamás al psiquismo porque no puedan ser *traducidas* por lo psíquico, propone Green (2005). Es decir que queden impedidas de ser representadas, por intraducibles. Esta alternativa parece apuntar al nivel traumático, de la sexualidad por ejemplo, pero también de la violencia, como se verá ocurre en lo que se ha llamado “la confusión de lenguas” (Ferenczi, 1932) y los accidentes de la seducción (Dejours, 2015). Afectando al nivel somático directamente, quizá como plantea Freud que ocurre en la neurosis actual, que esta excitación somática, permanece en el plano somático por no poder dársele curso en el nivel psíquico. Lo cual puesto en los términos anteriores serían cargas de excitación que quedan pegadas a los signos de percepción sin poder dispersarse en el proceso de pasar de una transcripción a otra.

La segunda alternativa es que, aun habiendo franqueado la barrera somato-psíquica, se le niegue el acceso a lo psíquico y las excitaciones sean devueltas a su fuente somática. Así sería como un equivalente de la represión pero, según Green, se trataría de supresión (anterior y más primitiva que la represión; ver capítulo IV). Lo cual podría deberse a que la demanda llegada a lo psíquico sea de una alta carga de destructividad. Quedaría así suprimido de lo

psíquico y volcada la destructividad a lo somático, sin que nada de ella pueda percibirse en el nivel psíquico, el que quedaría totalmente ignorante, puesto que no ha llegado a ser representada.

### **Observaciones clínicas**

Josefina (caso que se trabajará en el capítulo sobre “Conversión y dolor”) sufre fibromialgia desde niña; tras algunos años de trabajo psicoanalítico dice:

*Josefina: Miro mi entorno y las decisiones que he tomado y veo que la psicoterapia me hace muy bien. Que el dolor no se pega, se mueve con la forma propia de la fibromialgia, pero no se pega. (...) A mí me duelen los músculos no más, y cada día que pasa me siento menos enferma de la cabeza; el entorno me enfermó años luz más que la enfermedad misma.*

Lo que resulta interesante pensar es su sensación que “el dolor no se pega, se mueve...” El que quede pegado lo hacía sentir más patológico y era lo que pasaba antes, sufría por mucho tiempo un dolor agudo a la rodilla o en la muñeca o en los pies. Leído en los términos de Green, expuestos más arriba, (repetimos la cita, p.8): “Ese yo mnémico está bloqueado, fijado, inmovilizado; de no ser así garantizaría el movimiento de la continuidad”. Autorizada la derivación de este planteamiento, al movimiento de las sucesivas transcripciones, que permiten la elaboración del material de excitaciones, de lo somático a lo psíquico, en síntesis el movimiento de traducción, por todo lo desarrollado en este capítulo. Pues, en principio, parecería tener poco que ver con lo que le pasa a Josefina a nivel orgánico, pero bien pueden ser uno reflejo del otro. Entendiendo que para que los procesos de simbolización operen y den curso a la traducción de las vivencias y cargas pulsionales a elementos posibles de elaborar psíquicamente, se requiere el paso de una transcripción a otra. Y, considerando que el dolor físico es un buen sustituto del dolor psíquico (como se explicará en el capítulo V), es que el movimiento de una zona dolorida a otra, estaría hablando también del movimiento de las cargas pulsionales en su paso hacia ser transcrita a representación y luego devuelta al nivel somático.

Si lo pensamos como un fenómeno de desajuste y considerando que se trataría de un fallo en la segunda transcripción, (como se explicará en las conclusiones), esto es, en la transcripción de signo de percepción a representación-cosa, estos dolores parecen reflejar la inmovilidad, cuando “que quedan pegados”, por rechazo de la transcripción, quedando limitado a permanecer como huellas inconscientes. Pero, el movimiento de dolor psíquico a físico, puede pensarse como el intento fallido del paso de huella mnémica a representación-cosa, que no se logra.

Pero, puede ocurrir –como de hecho ocurre- que, gracias al trabajo psíquico conjunto entre paciente y analista, al interior de ese espacio-tiempo de contención que el encuadre provee, y gracias a la función creativa y simbolizadora del/a analista, que esa traducción y simbolización, por tanto, puede articularse. Movimiento que, no solo se hace posible por ese espacio-tiempo del encuadre hablado, sino por el efecto de la investidura transferencial de ese otro, el/la analista. Esta función creativa (de las construcciones, por ejemplo) pudiera estar sostenida, no solo en las habilidades del/a analista y en la conservación de su capacidad simbolizadora, sino que incluso y principalmente, en su habilidad para retener, sintetizar y hacer retornar en el momento preciso, las representaciones-palabra, que alguna vez ocuparon un lugar clave en la trama del paciente. Traerlas al momento en que el dolor, o el trastorno somático insiste, muchas veces, facilita la disolución de las cargas sobre el cuerpo, dándoles otro desenlace, el de las representaciones. Como en el caso de Violeta, aunque la representación-palabra fue traída por la propia paciente en un sueño: la “cantora” (ver caso en capítulo VI), pero fue tarea de la analista situar esa presencia, esa representación, en el lugar de distinción y de relación a las otras representaciones, que le dió el valor de representación densa, continente de afectos y asociaciones múltiples.

Ana, por su parte, sufrió de violencia por parte de su madre en la infancia, ante la cual actuó una negación importante. Aunque en este caso es más

correcto hablar de denegación, porque los recuerdos estaban ahí todo el tiempo y al mismo tiempo eran negados. De adulta, se decía a sí misma, cuando aparecía más nítido un recuerdo: “¡Huevón, eso no pasó!”, y dudaba de que hubiera ocurrido cada una de las escenas de violencia recordadas. Como lo describe Rosolato (1991) la operación de denegación requiere de dos tiempos: “una primera enunciación referida a una representación (...), y después la negación formulada, pronunciada”. En este caso la primera enunciación: “eso”, es el recuerdo traído a la conciencia, y acto seguido: “no pasó”, negación de lo recién enunciado.

La denegación hizo posible que cuidara y protegiera a su madre en la vejez, intentando demostrar, por todos los medios posibles, su amor hacia ella. Hasta un momento en que, por una encadenación particular de eventos, no pudo seguir con la negación y la evidencia se hizo indiscutible; se vino toda su construcción abajo y su verdad apareció en toda su crudeza. Fue entonces cuando llegó a análisis, con una depresión mayor, pues todo el edificio defensivo se había venido abajo, la angustia era permanente y muy intensa y ya no podía contenerse.

Ana sufría de jaquecas desde niña hasta que llegó a análisis. Sin embargo, al poco tiempo de trabajo analítico, las jaquecas empezaron a disminuir hasta casi desaparecer y solo rara vez contaba haber tenido algún dolor de cabeza, pero nunca más al nivel de las jaquecas de antes. El paso del dolor físico al psíquico fue muy notorio; ya la jaqueca no se justificaba, el dolor psíquico estaba ahí, ineludible, todo el tiempo: las humillaciones, golpes e insultos que recibió de parte de su madre estaban ahora nítidos en su recuerdo y fueron siendo relatados e historizados trabajosa y dolorosamente en las sesiones. Por lo que el trabajo analítico no tuvo que hacerse cargo de la transcripción, ya que estaba siendo realizada espontáneamente, pero sí de favorecer la elaboración de esta historia, que solo recién en esa actualidad del trabajo analítico y gracias a él, estaba pudiendo representarse.

¿Qué pasaba en el tiempo de la denegación? Las excitaciones contenidas por la violencia vivida, excitaciones principalmente de carácter destructivo, vividas en relación al objeto (las sexuales, no han sido posibles de examinar) son expulsadas hacia fuera, afuera del aparato psíquico, esto es al soma. Esto en una lectura económica. En una lectura dinámica, se puede plantear que, al no poder dirigirse al objeto, incluso como defensa para el objeto mismo (como con la denegación) las cargas destructivas y el odio, son dirigidas al propio sujeto, ofreciéndose la cabeza como la zona adecuada para concentrar estas cargas. Esto porque además es el lugar que más golpes recibía, la cual podría considerarse hipotéticamente, como zona amputada del cuerpo erógeno.

Ana, además de las jaquecas, también sufría de constipación, lo cual es un síntoma funcional bastante inocuo, pero muy fácil de observar en sus movimientos. Lo he podido observar en otros pacientes también. Por varios días, seis o siete, por ejemplo, no había podido eliminar heces en absoluto. Luego de una fuerte discusión con su marido en que había podido decir muchas cosas que tenía retenidas, va al baño de inmediato, eliminando todo lo que también había estado retenido. Esto ocurrió varias veces, por lo que amerita alguna reflexión más allá de lo evidente. Antes que nada, ¿qué lugar le daríamos a este trastorno, es conversivo o un fenómeno psicossomático? Es un trastorno orgánico funcional que no implica lesión, pero hay una alteración evidente, por lo que se podrá pensar como conversivo, sin embargo, no parece tener conexión lingüística (lo “retenido” es usado por la investigadora y no por Ana) ni tampoco debe tener necesariamente que ver con un retorno de un reprimido. Pero, por otro lado, tampoco cumple suficientemente con las características del fenómeno psicossomático, no implica lesión, por lo cual admite considerarlo un fenómeno de desajuste. La coincidencia de la puesta en palabras en la discusión con su marido, de cargas afectivas intensas, que Ana tenía retenidas (que por el contenido de la discusión bien podrían ir dirigidas a la madre), la retención de las heces, se resuelve en una evacuación completa. Esta “discusión” permite la

evacuación de las cargas afectivas a través de las representaciones-palabra que las vehiculizan. Toda la trama de lenguaje en la que estos afectos se inscriben, permiten forman la trama de simbolización que facilita el paso de lo somático a lo psíquico.

## IV. CUERPO Y TRADUCCIÓN: TEORÍA DE LA SE- DUCCIÓN

Ana relata en sesión: *Tengo muchas cosas atascadas y el cuerpo no me da. Es la sensación que el cuerpo no me contiene la cabeza, los pensamientos no pueden ser retenidos por el cuerpo. Mis pensamientos están en el cuerpo, es como que me faltara el aire, como que no pudiera respirar muy profundo, voy a explotar, me voy a abrir. Estos pensamientos recorren el cuerpo y no lo aguantan.*

Lo que Ana relata espontáneamente, Dejours (1992) lo enuncia teóricamente: “la actividad del pensamiento no se sitúa exclusivamente en el cerebro sino que pasa por todo el cuerpo” (p.105), aludiendo con ello al organismo que deviene colonizado por lo psíquico a través de su sexualización.

Si consideramos que el apuntalamiento de la pulsión ocurre sobre órganos y funciones fisiológicas (lo que hace de un órgano, una zona erógena) y que gracias al trayecto de la pulsión, desde su fuente (somática) al objeto, es como lo psíquico se abre camino, las sensaciones relatadas por Ana podrían entenderse como correlatos sentidos (no comprendidos) de este trayecto. La pulsión se hace psíquica en tanto representante representación de las energías somáticas que pulsan por satisfacción; y, en tanto su meta sea alcanzar al objeto que la satisface, requiere desarrollar un aparato psíquico capaz de representar al objeto (ausente) para reencontrarlo. En tanto se apuntala sobre los órganos y funciones, se organiza el cuerpo erótico (cuerpo de placer), que en este proceso, se distingue del cuerpo fisiológico (organismo) que es su soporte, constituyéndose así las zonas erógenas, las que implican un anudamiento entre psique y soma y la fundación de la sexualidad psíquica.

Cuando algún punto de este trayecto pulsional se ve estorbado u obsta-

culizado y no se logra anudar lo somático a lo psíquico, pueden alterarse las funciones fisiológicas, lesionarse o enfermarse. Y, a veces, como lo siente Ana, tampoco el cuerpo soporta toda la energía pulsional (o de estos “pensamientos”); parece esto sentido, más cercano al orden de la destrucción antes que erótico, o están ambas pulsiones mezcladas sin poder distinguirse claramente en este fragmento. Pues la pulsión toma carácter sexual o de muerte en distintos momentos.

En este capítulo se revisará la noción de cuerpo para el psicoanálisis, pasando por la teoría de la seducción que contiene a su vez, una teoría de la traducción (“teoría traductiva”, la nombra Laplanche), para llegar a la noción de “órgano amputado” en relación a un trayecto que pasa por la violencia.

### **El cuerpo en psicoanálisis**

La noción de cuerpo en psicoanálisis sitúa la marca de lo psíquico sobre lo somático. El cuerpo es libidinal, es cuerpo de lenguaje, cuerpo vivido; un cuerpo que se hace cuerpo propio en la relación al otro y en una historia particular.

Silvia Bleichmar (2005) puntualiza dos formas de aparecer del cuerpo para el psicoanálisis, una es bajo la *inscripción pulsional* que produce la erogeneidad de éste, esto es la capacidad de los órganos de experimentar placer (y dolor, habría que agregar); y la segunda es en la *totalidad representacional* (refiriendo la autora al acervo de representaciones y verbalizaciones con las que el yo se identifica e identifica al cuerpo propio) que da sustento al yo. Se subrayan entonces dos conceptos estrechamente ligados a la noción de cuerpo: la pulsión y la representación.

La primera, asociada al concepto de placer, como aquella ganancia más allá de la satisfacción de la necesidad (por apuntalamiento pulsional), y que hace del cuerpo biológico un cuerpo sexual-representacional en la relación al otro de los cuidados; y también como cuerpo que goza, goce inexcusable del cuerpo en lo real. Y la segunda forma, el cuerpo como totalidad, cúmulo de representa-

ciones y en su superficie que da figuración al yo. Freud puntualiza estos aspectos en “El Yo y el Ello” (1923):

El cuerpo propio y sobre todo su superficie es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas. Es visto como un objeto otro, pero proporciona al tacto dos clases de sensaciones, una de las cuales parece equivaler a una percepción interna (...) También el dolor desempeña un papel en el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos y es quizá el arquetipo del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio. El Yo es, sobre todo, una esencia cuerpo; no es solo una esencia superficie, sino el mismo, la proyección de una superficie (1990, p.27)

La simultaneidad de las percepciones del objeto y propioceptivas, que pueden reunirse en el mismo acto de percepción, es lo que Aulagnier plantea como el estado originario, el producto de cuya actividad es el pictograma, donde la actividad de los sentidos es la realidad para el sujeto; en ese punto en que cuerpo y objeto aún no se han separado. Luego, el cuerpo propio visto como un objeto, como otro, ocurre en ese imaginario que Lacan explica con el estadio del espejo. Lo que se propone cuando se dice que “se tiene un cuerpo”, que permite la hipótesis que en este cuerpo se puede proyectar algo que le correspondería al objeto en propiedad, así como en esa superficie cuerpo se proyecta el yo (representacional) construido en esa relación al otro y a la cultura. La proposición que el dolor pueda ser arquetipo para la representación de los órganos, como única forma de percibir algunos órganos, resulta necesaria a la hora de pensar en las patologías del dolor.

Bleichmar (2005) plantea que “la articulación representacional de lo somático en lo psíquico no se produce en forma directa, sino por mediación de un sistema simbólico otorgado por el otro humano, por la cultura mediante formaciones discursivas que ordenan la relación del sujeto al cuerpo” (p.70). Lo que reafirma Green, que “la relación con el cuerpo implica una elaboración de la relación con el otro” (1998b, p.61). También Aulagnier (2015) enfatiza el lugar de la cultura (científica, médica, religiosa) sobre los discursos del cuerpo y de ahí la determinación de la vivencia del propio cuerpo. Es decir, no hay representa-

ción del propio cuerpo sino mediatizada por y gracias al otro, en la distinción y separación yo / no-yo, a través del lenguaje y con ello, en una cultura particular; antes de eso solo hay sensaciones fragmentadas sin articulación. Esto es reforzado por Derek Humphrey (2008) quien plantea:

El aparato psíquico es el resultado de una desviación de las fuerzas que determinan las funciones corporales. El cuerpo toma la envergadura y la complejidad de una proyección psíquica sobre un sustrato orgánico a partir del cual el sujeto se delimita, establece una función de borde a partir de la relación al otro. Esta relación al otro que delimita y significa el cuerpo, que establece una relación nueva a la satisfacción, al deseo y al goce, se constituye en último término por mediación del lenguaje” (Humphrey, D., 2008, p.17).

Agrega Humphrey un elemento más: la función delimitadora, diferenciadora del otro, gracias a la cual se significa el cuerpo. Por un lado, el otro inscribe este cuerpo, ofrece su diferencia, y hace del cuerpo propio otro también; y el Otro de la función simbólica que hace ingresar lo otro a la constitución psíquica. En síntesis, el cuerpo humano es un cuerpo psíquico, quedando el sustrato biológico como un resto, inevitable y a la vez esencial, que constantemente se trata de subvertir del orden fisiológico al que pertenece, por el apuntalamiento de la pulsión. El cuerpo como proyección psíquica, adquiere su forma de los sentidos, que ven, oyen, sienten; y a su vez, este aparato psíquico toma su energía del sustrato orgánico, energía pulsional. Esta es una primera forma de traducción, de lo somático a lo psíquico. La pulsión así, como frontera entre lo psíquico y lo somático, justamente a través del apuntalamiento, hace del organismo, en tanto que humano, un cuerpo, es en principio una energía indiferenciada, que posteriormente se separará en pulsión erótica y pulsión destructiva, cualitativamente diferenciadas.

Con cada una de estas dos clases de pulsiones se coordinaría un proceso fisiológico particular (anabolismo y catabolismo); en cada fragmento de sustancia viva estarían activas las dos clases de pulsiones, si bien en una mezcla desigual, de suerte que una sustancia podría tomar sobre sí la subrogación principal del Eros (Freud, “El yo y el ello” 1923/1990, p. 42).

Para Freud es directa la relación del proceso fisiológico, que metaboliza generando energía, con la pulsión. Pulsión que será de unión o erótica, o bien de destrucción o tanática; reunidas en una mezcla con distintas proporciones. El que “en cada fragmento de sustancia viva estarían activas las dos clases de pulsiones” permite pensar que pueden estar en distintas proporciones en cada uno de estos fragmentos. Es decir, en un determinado sujeto, en las zonas orales pudiera primar la pulsión erótica, mientras que en las zonas relacionadas a la analidad, por ejemplo, pudieran primar las pulsiones destructivas, y esto ocurriría así por la forma que adoptó el encuentro con el otro de los cuidados, el otro maternante. O incluso más, pudiera ocurrir que una parte de lo oral quedara dominada por la pulsión erótica (la boca por ejemplo), mientras que otra parte (la garganta) quedara inscrita bajo el signo de la expulsión por dominación de la pulsión de destrucción.

Pues ese trayecto desde la fuente somática de energía en busca de satisfacción, la pulsión inviste al órgano, fuente de displacer primero por la tensión de la necesidad y luego, fuente de placer, con la satisfacción. Primera inscripción o huella que instala las condiciones necesarias para el reencuentro con la cosa de satisfacción, que será comparado con la huella creando el objeto interno. Primeras condiciones para la representación y, luego, para la represión, condiciones necesarias a su vez para la memoria. Así también, la búsqueda de repetición de este placer primero, instalará las bases para una representación de ese primer estado de satisfacción, lo que incluye una primera y mínima forma de aparecer el objeto, como parte de esa provisión de placer, unido a la sensación del propio órgano. Esto es el pictograma de Aulagnier. Luego, el objeto estará ausente y la satisfacción será recreada por estas primeras mínimas representaciones, reproducción alucinatoria; para cuando la insatisfacción insista y el dolor invada el aparato, esa primera representación será cargada por el displacer con la fuerza de expulsión y será puesta afuera, como proveniente del otro.

Piera Aulagnier (2015) concibe el organismo como origen de todo devenir humano y como mediador relacional. Plantea que los orígenes de la vida psíquica están profundamente enraizados en el soma (cuerpo biológico) y “el poder de los sentidos para afectar la psique permitirán la transformación de una zona sensitiva en una zona erógena” (p.1385), a través de lo cual se metaboliza la relación del infante consigo mismo, y con la madre, como primer representante de una sensación corporal. Es desde los sentidos –como en Freud-, aportados por el organismo, que la psique se va constituyendo y con ella el cuerpo en tanto cuerpo erógeno.

La función de borde con el otro (referida por Humphrey) significa al cuerpo en tanto investido, que conecta y, a la vez, se separa del otro, en relación al deseo, al goce y sus satisfacciones. Por ello las zonas erógenas, al menos en un principio, son zonas de intercambio, aperturas entre el interior y el exterior (boca, ano, genitales).

La distinción entre cuerpo y soma es así evidente: el cuerpo es el cuerpo libidinal, en el sentido amplio (libido erótica, libido agresiva, libido narcisista) mientras que soma remitirá a lo que se conoce como la organización biológica. El trabajo psicoanalítico se dirige al cuerpo, “podemos hablar al cuerpo, podemos, incluso ante una sintomatología somática, hablar al aspecto corporal de esa sintomatología somática. (...) el cuerpo puede delirar lo somático, y sólo este delirio es de nuestra incumbencia” (Green, 2000, p.56).

Se ha distinguido cuerpo de soma, y se diferenciarán a su vez de otros términos cercanos, tomando la diferenciación que hace Assoun (1998), de la siguiente forma:

- a) Somático o soma, es el objeto tangible, cuerpo muerto o vivo, la materia, en oposición al alma.
- b) Orgánico se refiere al cuerpo como conjunto de órganos con funciones determinadas.
- c) Físico, la extensión concreta de lo material en el mundo.

d) Cuerpo, entonces, no es el conjunto de los órganos y su funcionamiento, sino el conjunto completo de investiduras libidinales sobre el soma. *“El cuerpo sería lo que, del soma se volvería perceptible psíquicamente por haber conservado la disposición a la erogeneidad”* (Villa, 2018). Lo que excluye los órganos que no son percibidos, órganos internos para los que no tenemos sensibilidad regularmente (vesícula, páncreas, por ejemplo), a no ser que el dolor nos los haga perceptibles, como plantea Freud. Aunque, siendo fieles a él, habría que asumir que todo el organismo está originalmente erogenizado, es decir, es capaz de excitabilidad (incluyendo el dolor) y luego, algunos órganos “conservan” y otros no, esta disposición a la erogeneidad.

### **Teoría de la seducción**

La teoría de la seducción es una trama teórica que recorre desde los comienzos hasta la actualidad del psicoanálisis, aportando vectores importantes a la hora de pensar los fenómenos psicosomáticos. Estos se revisarán brevemente en el camino hacia los puntos que interesan a las teorías psicosomáticas.

Su historia comienza con la atribución a toda neurosis histérica de un origen en traumas infantiles por la irrupción prematura en el psiquismo infantil de la sexualidad del adulto. A partir de lo cual, esto es, la prematurez del psiquismo infantil respecto de la imposición de la sexualidad adulta, se impone el desarrollo del concepto *nachträglich*. Este concepto, en principio tiene una acepción simple, como una “acción diferida”, es decir, lo que fue inscrito a partir de un primer acontecimiento en la infancia, queda en estado latente para ser despertado, como recuerdo, por un segundo acontecimiento, solo entonces el primer acontecimiento adquiere carácter traumático. Posteriormente, el *nachträglichkeit*<sup>5</sup> va a significar que el segundo acontecimiento determina por completo al primero, le da existencia, pues es este segundo, el que constituye como recuer-

---

<sup>5</sup> Nachträglichkeit es el sustantivo del adjetivo nachträglich.

do al primero, es decir, le presta representaciones o puede hacer de él un acontecimiento traumático, por la descarga de excitación sexual tras el desarrollo puberal, de este segundo momento. Este primer evento, si es que se puede considerar como tal, será siempre prematuro, es decir, ocurre para un psiquismo que no puede traducirlo, incluso quizá un psiquismo que aún no está propiamente constituido. Este es el punto de quiebre entre una teoría apoyada en una línea de tiempo simple (direccionada del pasado hacia el futuro), como lo sería el “efecto retardado”, y lo que fue desarrollándose luego, en el pensamiento de Freud, y más tarde reforzado por Lacan y los psicoanalistas franceses, con la traducción al francés, como *après coup* que, como concepto psicoanalítico, implica la inversión en la dirección del tiempo, esto es que lo que viene después da sentido a algo que en su momento no tuvo código para ser traducido, ni había sujeto para ello. El punto es que la traducción posterior es realizada por un sujeto otro que el que sufrió la primera impresión.

La teoría de la seducción, entonces, habla del retorno de un reprimido, en un tercer tiempo, a partir de un segundo evento de seducción por parte de un adulto hacia un niño/a, momento en que la reunión de varios elementos (recuerdo actual, gracias a la excitabilidad naciente de la pubertad, del evento reprimido y, el evento inicial como impresión intraducible) pudiera dar existencia a un primer evento.

Continúa el desarrollo de esta teoría con la conferencia pronunciada por Sándor Ferenczi en el XII° Congreso Internacional de Psicoanálisis de Weisbaden, en septiembre de 1932. La conferencia se tituló originalmente “Las pasiones de los adultos y su influencia sobre el desarrollo del carácter y de la sexualidad del niño”, posteriormente tomó el título de “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión”. Freud, que había recibido el texto con antelación, había hecho comentarios negativos y se opuso a su exposición; el comité científico dudaba. Finalmente lo facultaron a exponer sin modificaciones, sin embargo, esto determinó el quiebre definitivo de la rela-

ción entre Ferenczi y Freud. Para éste último, la propuesta de Ferenczi significaba una vuelta atrás, a dotar de realidad material la escena de seducción sin consideración por los efectos de la aposterioridad constitutiva del psiquismo, posición que Freud había abandonado ya hacía mucho (35 años exactamente), desde que confiesa a Fliess que dejó de creer en sus histéricas (carta 69 fechada 21/09/1897; citada por Laplanche, 2012, p. 71-72). La diferencia entre Freud y Ferenczi se asienta en la pregunta sobre la naturaleza de aquello infantil inscrito como trauma, para Freud es un infantil metabolizado por la represión, para Ferenczi es algo no elaborado, no simbolizado, debido al trauma, por tanto es un niño en bruto, lo que justifica su técnica activa. El trauma tiene como efecto una inhibición de las posibilidades elaborativas del psiquismo, para Ferenczi, no en cambio para Freud.

Ferenczi describe la escena de seducción del siguiente modo: el niño busca al adulto en su necesidad de apego en forma tierna y el adulto, por su inconsciente sexual, responde con el lenguaje de la pasión. Esto es la confusión de lenguas que introduce en el niño mensajes enigmáticos, que éste intentará traducir. Si no los puede traducir ocurrirá que, bajo la presión de la urgencia traumática, se producirá una maduración súbita de facultades (emocionales e intelectuales) que potencialmente están en el niño, provocando una progresión traumática (en vez de regresión) al modo de una pre-maduración de carácter patológico, dejando así el desarrollo de una personalidad fragmentada (Ferenczi, 1932). Muy semejante a lo que propone Winnicott de una mente que se desarrolla separándose del psique-soma.

Para Freud en cambio, el efecto traumático está dado por el recuerdo del encuentro del niño con algo que dejó una marca, una impresión sin contenido, una huella que no puede ser representada, que no pudo ser significada, por la prematurez psíquica del momento de su ocurrencia. Como recuerdo, contiene una excitación excesiva para el aparato, pero ya posible de contener en representación-cosa, la que, de todos modos, permanece inconsciente.

Hasta aquí dejamos a Ferenczi, para introducir la *Teoría de la seducción generalizada* de Laplanche (1969-1970) que, por supuesto, parte del trabajo de Ferenczi “La confusión de lenguas”, agrega las observaciones de Freud sobre la histeria y los reúne, poniendo el centro de su nudo argumentativo aquel párrafo tan citado de los “Tres ensayos de una teoría sexual” (1905):

El trato del niño con la persona que lo cuida es para él una fuente continua de excitación y de satisfacción sexuales a partir de las zonas erógenas, y tanto más por el hecho que esa persona –por regla general, la madre- dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece, y claramente lo toma como sustituto de un objeto sexual en pleno derecho. Y continúa Freud: la madre protestaría, incluso se horrorizaría, si le dijésemos que con esas muestras de ternura despierta la pulsión del pequeño. Pero ya sabemos que la excitación no se produce solamente por la estimulación genital. Con esto enseña la madre al niño a amar y lo prepara para ser una persona íntegra, dotada de una enérgica necesidad sexual y con la capacidad de consumir lo que la pulsión exige a los seres humanos. Sin duda que la ternura desmedida predispone a la neurosis, y serán los padres neuróticos los que tenderán hacia este tipo de trato, por lo que no hace falta apelar a la herencia para entender la forma de transmisión de la neurosis (Freud, 1990, p.203).

Con ello Freud le da carácter universal y estructural a la escena de seducción. Sin embargo, la escena en la que Freud habría basado su teoría, años antes, es de índole directamente sexual (caso Catalina, Ema, Rosalía, como ejemplos) puede ser un acto, pero también un gesto, palabra o exhibición, en el que uno de los participantes es activo y le impone su sexualidad al otro, pasivo (Laplanche, 1980). Laplanche piensa en una teoría general, apoyada en la idea del desencuentro estructural e inevitable, entre la sexualidad infantil y la adulta (la ternura del niño y la pasión del adulto); o más bien, pone el énfasis en ese encuentro de la relación primaria, que requiere siempre de una traducción por parte del niño, de lo que le llega como mensajes enigmáticos del adulto. Si bien Laplanche no se adjudica la autoría, pues su labor, afirma, es de rescate del olvido, le da el estatuto de teoría general y la singulariza llamándola *Teoría de la seducción generalizada*.

Lo que Freud explicita y Laplanche problematiza es que el niño no tiene elementos para traducir el efecto de estos mensajes sobre su cuerpo, pues en este encuentro, el adulto siempre excita al niño con su inconsciente sexual. Para Freud es parte de la naturaleza de la sexualidad su efecto traumático y, simultáneamente, todo traumatismo, en el origen de una neurosis, contiene una escena de seducción (Laplanche, 1969, p.111). En “Estudios sobre la histeria” afirma:

(...) el nexo causal del trauma psíquico ocasionador con el fenómeno histérico no es tal que el trauma, como agent provocateur, desencadenaría al síntoma, el cual subsistiría luego, ya devenido autónomo. Antes bien, debemos aseverar que el trauma psíquico, o bien el recuerdo de él, obra al modo de un cuerpo extraño, que aún mucho tiempo después de su intrusión tiene que ser considerado como de eficacia presente (...) (Freud, 1990 T.II, p.32).

El nexo causal, entonces, no es directo ni inmediato entre el trauma psíquico y el síntoma, pues el trauma solo es tal en tanto recuerdo, y es éste, el recuerdo, lo que subsiste como *cuerpo extraño* manteniendo su eficacia como agente provocador para cada nuevo evento que pueda asociarse simbólicamente al él, sin importar la distancia temporal con el momento originario, esto es el *nachträglich*.

El concepto de *trauma simbólico*, muy bien definido por Leonardo Medeiros (2010), agrega una perspectiva que permite inscribir al trauma, en las neurosis, en relación al deseo implicado que, a su vez, pone al sujeto en una posición activa respecto de éste, pues reconstruye un recuerdo que se compone de realidad y fantasía; en sus palabras el trauma se constituye por: “unas escenas donde de algún modo está presente el sujeto que las pudo armar –con retazos de lo oído y lo visto- para figuración del deseo” (Medeiros, L., en Aceituno, 2010, p.166). Así también Lacan afirma en “Función y campo de la palabra”:

Seamos categóricos, no se trata en la anamnesis psicoanalítica de realidad, sino de verdad, porque es el efecto de la palabra plena reordenar las contingencias pasadas dándoles el sentido de las necesidades por venir, tales como las constituye la poca libertad por medio de la cual el sujeto las hace presentes (Lacan, 1990, p.246).

Invierte de esta manera la temporalidad: la contingencia –algo fortuito, que puede ocurrir o no ocurrir en el futuro- es puesta del lado del pasado y la necesidad en el futuro, de modo tal que en el presente *de la narración*, la contingencia toma el sentido de algo que fue necesario que ocurriera de ese modo; es decir, adquiere sentido después de su ocurrencia. Este es el centro mismo del *nachträglich*, la posición deseante (lo plantea también Medeiros) determinará el orden que se dará a los eventos pasados; el sentido de un evento, de una contingencia, se le adjudica después, en la escena de su narración. En el habla de la sesión analítica se dará el sentido a los eventos que llevaron a consultar al analista.

Así la *teoría de la seducción generalizada* contiene elementos para una “filosofía del tiempo”, plantea Laplanche (2012), es un pensamiento acerca del tiempo humano individual. Pues, el ser humano se temporaliza en la relación al otro originario, al otro de la seducción, “que desde el comienzo inyecta en el ser humano sus mensajes enigmáticos” (p.15-16); tiempo “traductivo” lo llama también, apuntando con ello a la exigencia de pensamiento (pensamiento del cuerpo) para traducir las sensaciones que la relación con el otro introduce, esto es el tiempo de construcción psíquica. Consiste en la articulación de un pensamiento que comienza con las primeras impresiones, las “huellas mnémicas perceptivas”, que Freud distingue en el aparato psíquico primitivo. Son solo impresiones que no significan nada, y no se vinculan aún (y quizá si es que lo hagan), ni a representación cosa y menos aún a representación palabra; estos son los mensajes enigmáticos intraducibles.

Es al aspecto “trascendental” de la teoría, al que Laplanche apunta, su validez para todo evento y todo caso, que es a la vez la condición para la *representación primaria*: las huellas de las impresiones originarias, no podrán nunca ser recuperadas como tales, sino siempre en ese *après coup* del sentido dado con los materiales de un tiempo y un sujeto que ya es otro que el que padeció las impresiones, otro del que fue para la inscripción de las “huellas mnémicas”.

### **Los procesos de simbolización y la actividad judicativa**

La simbolización primaria y los procesos de simbolización secundaria están íntimamente ligados al trabajo de traducción. La primera operación que inaugura el trabajo traductivo es la que transforma a la pulsión en su representante psíquico. La creación de las condiciones de posibilidad para que el aparato psíquico pueda representar, simbolizar, reprimir y memorizar se dan, según Freud, a través del trabajo judicativo, por medio del *juicio de atribución* y el *juicio de existencia*, elaborados en su artículo “La negación” (1925). A partir de ello, y con la intervención necesaria y constituyente del otro, se crean las condiciones primarias para la constitución los procesos de simbolización con los que el sujeto adquiere la capacidad de representar-se primero y de representar, y que lo inscriben en el campo del lenguaje y de los otros; esta operación se lleva a cabo con la actividad pulsional.

La realidad se constituye para el sujeto siempre en un *nachträglich*; es decir en el reencuentro de la percepción de la cosa con su representación (objeto), siendo la representación una repetición de la percepción. Aceituno (2010) lo explica en los siguientes términos: “el *juicio de existencia* relevará (...) la capacidad no solo de representar las cosas sino de *reencontrarlas* en tanto objetos; así se instituye, de manera retroactiva, un originario que la experiencia subjetiva traducirá (“metaforizará”) permanentemente” (p.72). La traducción por tanto es una operación presente desde el principio, y mantenida en adelante. Lo que quiere decir también, que la representación y simbolización de las percepciones y vivencias comprometen siempre una retroactividad que es ya una traducción (transcripción primero y luego traducción) de la realidad percibida (incluido el fundacional encuentro con el otro) que implicará una constante contrastación y un reencuentro entre la cosa percibida y la representación, lo que da lugar al juicio de existencia.

El *juicio de atribución*, por su parte, adjudica cualidad (buena o mala) a las cosas en tanto se relacionan con el placer o con el displacer, de tal manera

que, a través de la actividad pulsional, serán incluidas (introyectadas) dentro del yo, las que son placenteras (esto es Eros) y expulsadas, las que son displacenteras o extrañas al yo (esto es pulsión de destrucción). Sin la operación de expulsión, la de introyección no tendría sentido, por lo que es esta primera la que funda el juicio de atribución (Hyppolite, 1969); a su vez, es a través de la atribución de cualidad que las cosas, luego los objetos y el sujeto para sí mismo, tendrán realidad (Aceituno, 2010).

Ambas actividades judicativas implican una operación fundamental para la constitución subjetiva, esto es la institución del adentro y del afuera, condición necesaria para los procesos de simbolización primaria. Estos procesos primarios de simbolización competen a las condiciones de posibilidad del “ser” del sujeto, instalan las condiciones para representar, reprimir, enunciar y para la capacidad de memoria. Luego, los procesos de simbolización secundaria introducirán contenido sobre las condiciones ya instaladas.

En la carta 52, del 6 dic.1896, dirigida a su amigo Fliess, Freud sienta las bases para algunos desarrollos posteriores de los *procesos de simbolización*. Distingue primero diversos tipos de registro para el material de huellas mnémicas suponiéndole una estratificación sucesiva, que de tiempo en tiempo, sufre reordenamientos según nuevos nexos. Precisa que lo esencial de su teoría es el hecho de que las huellas mnémicas tienen diversas formas de registro y que implican transcripciones de un registro a otro, aventura al menos tres:

- “la primera transcripción de las percepciones, por completo insusceptible de consciencia y articulada según una asociación por simultaneidad” (p. 275);
- “la segunda transcripción, ordenada según otros nexos tal vez causales. Las huellas /c quizá correspondan a recuerdos de conceptos, de igual modo inasequibles de consciencia”; y

- “la tercera retranscripción, ligada a representaciones palabra, correspondiente a nuestro yo oficial. Desde este *Prc*, las investiduras devienen conscientes de acuerdo con ciertas reglas” (p.275).

Asume que cada transcripción se da en épocas sucesivas de la vida, y que en la frontera entre dos épocas debe producirse una transcripción. Podría agregarse que ocurre lo mismo con cada nueva vivencia, que las percepciones se transforman en materiales psíquicos elaborándose a través de sucesivas transcripciones, momento a momento, en cada actualidad. Y que estas transcripciones requieren de una traducción, al modo de esa traducción permanente, que hace el psiquismo, de lo originario.

Rousillon, R. (2005), toma la sucesión de transcripciones de Freud y la describe de la siguiente manera: 1°) traza mnémica perceptiva, que tiene ya una cualidad pues la huella mnémica sola no tiene ninguna cualidad, es sólo una marca; 2°) traza conceptual, aún inconsciente, representación bajo la forma de cosa, como el sueño y el símbolo; y 3°) representación palabra, que es ya preconscious; regida por las reglas del lenguaje, lo simbólico. De aquí, sitúa la *simbolización primaria* como el proceso que ocurre a las “trazas mnémicas perceptivas” que van a inscribirse como representación-cosa, con una forma conceptual, primera forma simbólica. Como en la figuración de los sueños para disfrazar los deseos diurnos, esto ocurre por una reducción de investidura del proceso, pues a plena carga de investidura se produciría una alucinación; por su parte, Freud también considera que la investidura va decreciendo con cada nueva transcripción. Y será el proceso de *simbolización secundaria* aquel que lleva la representación cosa a representación palabra, impulsando con ello que la compulsión a la repetición pueda dar paso a nuevas formas de funcionamiento; pues el lenguaje funciona como un gran integrador psíquico. Esto es lo que se observa en toda experiencia clínica, cuando lo que se experimenta con desazón por su carácter repetitivo, llega a ser verbalizado (simbolizado) en su

totalidad, es decir en las diversas formas que toma, es que puede desalojar la compulsión a la repetición.

Volviendo a la carta 52, Freud agrega que las psiconeurosis se explicarían al no producirse la transcripción para ciertos materiales:

Cada reescritura posterior inhibe la anterior y desvía de ella el proceso excitatorio. Toda vez que la reescritura posterior falta, la excitación es tramitada según leyes psicológicas que valían para el período psíquico anterior. (...) la denegación de la traducción es aquello que clínicamente se llama "represión". Motivo de ella es siempre el desprendimiento de displacer que se generaría por una traducción, como si este displacer convocara una perturbación del pensar que no consintiera el trabajo de traducción (Freud, carta 52, 1991, p.276).

Ferenczi en su trabajo sobre la *confusión de lenguas* habla de una traducción que hace el niño para convertir el lenguaje de la pasión del adulto a su lenguaje de la ternura y el apego; habla de una traducción intersubjetiva, a diferencia de Freud que habla de una traducción intrapsíquica. Laplanche, con su *teoría de la seducción generalizada* retoma el tema y, posteriormente Dejours (2015), precisa el trabajo de traducción como lo que debe hacer el niño con el efecto sobre su propio cuerpo de los "mensajes enigmáticos" del adulto. Así plantea un inter-intrapsíquico. En este punto, puede ocurrir una detención del pensamiento, una "perturbación del pensar" (producida por el displacer, dice Freud, o por la reacción violenta del adulto, según Dejours; displacer en cualquier caso) que impide la traducción –hasta aquí Freud-, e impacta en una zona del cuerpo que queda excluida del cuerpo erógeno –agrega Dejours-. Llama la atención que todos (Freud, Laplanche, Dejours) sitúan como punto de quiebre una detención del pensamiento que impide la traducción, lo cual tendría consecuencias patógenas. Se impide el proceso de simbolización, y queda, entonces, "encriptada". Como lo propone Gaudillière:

Si hay hechos que no podemos olvidar, no podemos recordarlos, y entonces están allí, están allí todo el tiempo y no tiene posibilidad real de transformarse en representaciones, ni en representaciones de palabra ni en representaciones de imágenes (...) no es posible filtrar progresivamente su energía para arrancar de la cosa misma, llegar a una

representación, primera disminución de la energía; luego a una representación de la representación, segunda disminución de la energía, que puede ser una representación por imágenes o una representación por palabras” (2010, p.79)

Quedarían entonces en una forma de inscripción anterior al lenguaje (lenguaje tanto verbal como no verbal), lo que puede incluir la zona del cuerpo involucrada, excluida del cuerpo erógeno, rechazada como lo observaría Aulagnier o amputada, como propone Dejours.

También, en la carta 52, más adelante, Freud diferencia una defensa normal de una patológica, esta última ocurre siempre “contra una huella mnémica todavía no traducida de una fase anterior” (1991, p.276). Es decir que el material psíquico de una transcripción anterior será siempre rechazado, o al menos ignorado, por la fase posterior, si no ha sido traducido. Igualmente, cuando un recuerdo desprende displacer, convoca una defensa; pero con cada nueva transcripción, se inhibe a la anterior y el displacer desprendido va siendo cada vez menor (equivalente a la disminución de la energía), a excepción de un caso: cuando se trata de un suceso sexual, pues al ser recordado desprenderá un nuevo displacer, comportándose el recuerdo como actual, por lo que no es inhibible en una fase posterior. “La condición de la defensa patológica (represión) es, entonces, *la naturaleza sexual del suceso y su ocurrencia dentro de una fase anterior*” (p.277). Esta es la proposición que da pie a la teoría de la seducción generalizada y a la declaración de Laplanche (1980) que lo reprimido es siempre de naturaleza sexual. Cuando la vivencia sexual genera placer, el resultado será una *compulsión* y no la represión, “Pero en ambos casos la traducción a los signos de una nueva fase parece estar inhibida” (Freud, 1896/1991, p.277). Es decir cuando la excitación supera ciertos umbrales, el material psíquico no es transcrito en la forma de la fase siguiente, por lo queda detenido en una fase anterior, no puede así ser elaborado y permanecerá con la carga de excitación. A lo que se ha llamado falla de la transcripción.

Se hace necesario aquí distinguir la represión, como el resultado de una perturbación del pensar e impedimento de traducción, con la supresión como su equivalente más primitivo (Mc Dougall, 1995; Dejours, 1992).

### **Represión - Supresión**

La represión Freud la sitúa como una falla de transcripción, pero para ser precisos, se trataría de la tercera transcripción. La supresión, que consiste en que el afecto queda por completo suprimido, se trata entonces de un impedimento de la primera transcripción, es decir que el afecto, no llega a traducirse a representación-cosa, sino queda solo como huella mnémica perceptiva. Como marca de los sentidos, como huella en el soma. La supresión, Green (2005) la refiere a “las excitaciones nacidas al interior del cuerpo no lleguen jamás al psiquismo” (p.150) pues se ha detenido el proceso sin poder continuar a la siguiente transcripción, es decir no han podido ser traducido y es reenviado a su fuente. Agrega Green que la característica de este proceso es que “la demanda llegada a lo psíquico implica una muy fuerte carga destructiva” (p.151) con lo que hace permanecer esta carga de destructividad en el nivel somático, sin que se le permita el paso a otras fases, con lo que las cargas pudieran dispersarse y perder fuerza. Así para proteger al yo o al objeto, se produce un equivalente de la forclusión, “sordera supresiva de lo psíquico que deja al sujeto presa de esta destructividad volcada entonces en el propio nivel somático” (p.151), mientras que en el nivel psíquico nada se sabrá de esta destructividad.

Dejours (1992) diferencia la supresión como mecanismo de los fenómenos psicósomáticos, equivalente a la inhibición, pero en su aspecto más biológico, mientras que ésta implica el aspecto más psíquico. Y la diferencia de la represión que tiene que ver con la supresión del afecto, mientras que la represión concierne a las representaciones.

### **Cuerpo erógeno / cuerpo amputado**

¿Cuáles son las condiciones para la erogeneidad de un órgano o zona del cuerpo? ¿Qué hace de un órgano cualquiera, una zona erógena? Freud dirá que la erogeneidad es una propiedad general de toda la superficie del cuerpo, tanto cutánea como mucosa, e incluso de los órganos internos, es la condición para la excitabilidad, por tanto se trata de un factor cuantitativo, que puede aumentar, disminuir y desplazarse. La libido, energía pulsional elaborada psíquicamente, tiene su fuente en las zonas erógenas (Laplanche y Pontalis, 1981, p.213). En “Introducción al narcisismo” (1914) Freud lo plantea del siguiente modo:

Llamamos a la actividad por la cual un lugar del cuerpo envía a la vida anímica estímulos de excitación sexual, su erogeneidad (...) Podemos decidirnos a considerar la erogeneidad como una propiedad general de todos los órganos, y ello nos autorizaría a hablar de su aumento o disminución en una determinada parte del cuerpo. A cada una de las alteraciones de la erogeneidad en el interior de los órganos podría serle paralela una alteración de la investidura libidinal dentro del yo. En tales factores habríamos de buscar aquello que está en la base de la hipocondría y puede ejercer, sobre la distribución de la libido, idéntico efecto que la contracción de una enfermedad material de los órganos (1990, p.81).

Plantea así que la excitabilidad de los órganos tiene un equivalente psíquico, la libido del yo. Si la libido queda retenida en un órgano y excede cierta magnitud, la cualidad sería de displacer. Así también cuando la investidura libidinal del yo sobrepasa cierta magnitud debe invertirse entonces afuera, al objeto, para evitar una estasis libidinal que sería displacentera. “Un fuerte egoísmo preserva de enfermar, pero al final uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo, y por fuerza enfermará si a consecuencia de una frustración no puede amar” (Freud, 1914/1990, p.82). Así, la estasis libidinal, como una tensión excesiva, provoca un displacer tal, como la que invoca la hipocondría, equivalente a la alteración efectiva del órgano o función. Todo lo cual, considerado bajo el supuesto que la enfermedad orgánica produce, a su vez, alteraciones en la distri-

bución de la libido tal como una concentración de energía libidinal, que lleva al enfermo a retirar de sus objetos y del mundo toda otra investidura.

Dejours (2015) por su parte, estudia con detención el encuentro/desencuentro en la relación de seducción, considerada bajo la mirada de Laplanche como una teoría generalizada, y avanza enfatizando que lo más excitante y comprometedor es justamente que el adulto no sabe que es lo que implanta en el cuerpo del niño, puesto que proviene de lo inconsciente de su sexualidad. Divide la escena en cuatro tiempos: el primero es la llamada del niño al adulto desde sus necesidades y apego; el segundo es la respuesta de cuidados del adulto, recubierta por su inconsciente sexual, que excita al niño, obligándolo a hacer un trabajo de traducción, este es el tercer *tiempo traductivo*<sup>6</sup> de los mensajes del adulto. Freud, que también se detiene en este punto, parece ver un paso más orgánico que no implica necesariamente un esfuerzo adicional al niño, diferencia importante, porque la traducción en la teoría de Laplanche es una exigencia prematura de trabajo al aparato psíquico incipiente. Por su parte, Dejours puntualiza que lo que el niño traduce, no es un mensaje propiamente, sino el efecto, sobre su cuerpo, del intercambio con el adulto. De aquí podría surgir un cuarto tiempo, este es la invitación del niño a continuar el juego de manipulaciones. Es entonces cuando el adulto puede reaccionar con confusión, rechazo o violencia, lo que provocaría la detención del pensamiento en el niño, con la consiguiente imposibilidad de traducir; esto es lo que Dejours llama “accidentes de la seducción”. La violencia que detiene el pensamiento en el niño, -pensamiento corporal- deja la zona comprometida fuera del cuerpo erógeno: “Si no hay traducción, la función del cuerpo comprometida en el actuar expresivo estaría excluida de la subversión libidinal. En ese momento, el cuerpo erótico quedaría como amputado” (Dejours, 2015, p.8). Una zona amputada, excluida del cuerpo erógeno, resulta vulnerable a enfermar o alterar su funcionamiento.

---

<sup>6</sup> Dejours (2015) le llama también “teoría traductiva” al trabajo de lectura que Laplanche hace sobre el texto de Ferenczi “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño” que él mismo llama Teoría de la seducción generalizada.

Pero Dejours no aclara el mecanismo a través del cual se produciría la amputación, por lo que nos deja la tarea por resolver. Lo que sí explica es que en este cuarto tiempo de la traducción, que él agrega a la teoría traductiva de Laplanche, la reacción violenta por parte del adulto impediría la traducción y el pensamiento, debido a la sobrecarga de excitación que se produce. Si el cuerpo erógeno es el punto de partida del pensamiento, esta zona quedaría excluida del pensamiento. “El desapuntamiento de la pulsión sobre la función parece capaz de facilitar una somatización” plantea Dejours (1992, p.109). ¿Es el desapuntamiento lo que ocurre en el órgano amputado? El desapuntamiento sugiere que el cuerpo erógeno vuelve a ser organismo, la economía erótica sucumbe y las zonas que eran erógenas pierden su excitabilidad, pierden el recubrimiento psíquico/libidinal y recuperan su funcionamiento fisiológico original previo al apuntalamiento.

También pudiera entenderse que el órgano ha cambiado la cualidad de su energía pulsional que lo inviste, de ser pulsión erótica ha cambiado a pulsión destructiva, pulsión que excluye, que saca fuera de sí. Visto desde esta perspectiva, podemos pensar también que el órgano y su energía pulsional ha quedado negativizada, lo que produciría su amputación. Es una desmezcla pulsional pero a nivel de un solo órgano o zona. Es decir que la duda estaría si el órgano amputado es un órgano que ha perdido su conexión con lo psíquico, ha perdido su apuntalamiento pulsional o si éste ha quedado negativizado. Lo que puede ayudar a resolver esta cuestión es el problema de la traducción, pensando que de un punto a otro media el trabajo de cambio de estado.

Francois Villa (2018) propone una hipótesis que puede aportar con una perspectiva interesante a estos problemas: La *represión orgánica*, es un tipo de represión que aparece en varias ocasiones en la obra de Freud, pero que él no se ocupa de desarrollar específicamente, la enuncia en una carta a Fliess (carta 75) y en una nota en el Malestar en la cultura, además de en otras obras. En esta carta del 14 de noviembre de 1897, escribe a su amigo:

Que en la represión coopera algo orgánico, lo he vislumbrado a menudo; que se trata del abandono de anteriores zonas sexuales (...) en mí esa conjetura se enlazó al alterado papel de las sensaciones olfativas: la marcha erecta, la nariz levantada del suelo, con ello se vuelven repugnantes –por un proceso que yo todavía desconozco- ciertas sensaciones propias de la tierra que antes interesaban. (...) Cabe suponer que en la infancia el desprendimiento sexual todavía no está tan localizado como después (...) El irse-al-fundamento {Zugrundegehen} de estas zonas sexuales iniciales tendría un correspondiente en la atrofia de ciertos órganos internos en el curso del desarrollo (Freud, 1991, p.311).

Y en el Malestar en la cultura en la parte IV nota al pie 5, escribe:

Con la postura vertical del ser humano y la desvalorización del sentido del olfato, es toda la sexualidad, y no solo el erotismo anal, la que corre el riesgo de caer víctima de la represión orgánica, de suerte que desde entonces la función sexual va acompañada por una renuencia no fundamentable que estorba la satisfacción plena y esfuerza a apartarse de la meta sexual hacia sublimaciones y desplazamientos libidinales (Freud, 1990, p.103-104).

Esta *represión orgánica* opera sobre ciertas zonas sexuales con la consecuente atrofia de ciertos órganos. Tiene un rol determinante en la represión originaria y también con las represiones secundarias; pero incluye más específicamente la represión de zonas sexuales que fueron abandonadas a partir de la posición erecta del humano, el olfato pierde preeminencia, pero además debe irse-al-fundamento (junto con la boca, la nariz, el ano), lo que va a permitir y favorecer la civilización y la higiene propia de la cultura. Con ello aparecen la vergüenza y el asco, frente a los órganos sexuales visibles y a los olores anales y genitales. Es este “uno de los principales mecanismos a través de los cuales puede ocurrir una transformación radical de la erogeneidad: su resultado es la extinción de esta actividad en aquella parte del cuerpo respecto de la cual actuará la represión; podríamos decir que como resultado esta parte se volverá “anestesiada”” (Villa, F. 2018, p.13).

La “anestesia” de una zona corporal, que antes fue sexual, hace recordar la zona amputada de Dejours, lo que lleva a pensar que esta amputación podría ser asimilada con la represión originaria o, represión orgánica; y, lo que tiene de

orgánica la amputación (de hecho el término elegido por Dejours, implica al organismo) es este ocurrir en un momento primigenio, o en una zona primitiva del psiquismo, obligada la vivencia a permanecer sin traducción, quedando en forma de impacto, sin representación y fuera del sentido.

Si algún tipo de violencia resulta estructural en la crianza (lo que se puede pensar al reunir todas estas teorías) entonces todos portamos zonas corporales que debieron ser excluidas del cuerpo erógeno. O, una zona que fue apuntalada por la pulsión inicialmente, deviniendo zona erógena, pudo posteriormente sufrir un quiebre violento que, entonces, la paraliza y excluye. Lo que pudiera entenderse como un cambio en el apuntalamiento, de la pulsión erótica inicial, pueda quedar investida, luego del quiebre o de cierta irrupción, por la pulsión destructiva. De modo que por estar excluidas estas zonas, no puedan participar de la contención que otorgan los procesos de simbolización (la posibilidad de ser representadas) lo que las deja vulnerables a los excesos y sobrecargas de excitación. De aquí que fenómeno psicossomático, puesto que fenómeno y no síntoma, deba pensarse como un excluido del cuerpo erógeno.

Green (1994) habla de la *exclusión somática* como un mecanismo de defensa contra la regresión, en los estados fronterizos, en los límites entre lo conversivo y lo psicossomático:

La defensa por somatización se hace aquí en las antípodas de la conversión. La regresión disocia el conflicto de la esfera psíquica, excluyéndolo al soma (y no al cuerpo libidinal) por medio de una desintrincación de la psique y del soma. Su resultado es una formación asimbólica por transformación de la energía libidinal en energía neutralizada, puramente somática, que, llegado el caso, puede poner en peligro la vida del sujeto (...) una exclusión que tiene el valor de un verdadero acting out dirigido hacia el cuerpo no libidinal (p.59-60).

En este extracto, aunque Green está pensando en los estados fronterizos, hace una descripción de lo que puede ser un mecanismo de somatización asimbólica, como consecuencia de una expulsión del conflicto psíquico fuera de

la esfera psíquica, que lo instala en el campo del soma, es decir fuera también del cuerpo erógeno. ¿Pero qué condiciones hacen posible que un conflicto psíquico sea traspuesto al soma o que la energía libidinal se neutralice?

Ocurre que la pulsión en conflicto podría evitar el trayecto hacia el objeto, dirigiéndose directamente al soma (o tomar al propio cuerpo por el objeto), sin dar ese espacio para el pensamiento, para la representación. El problema implica un salto de paradigma, esto es lo que hace enigmático el problema de lo psicósomático. Pero Green resolvería esto planteando la necesidad de traer a participar de estas ideas a la pulsión de muerte, pues con ella se entienden los efectos de ataque a las representaciones y al proceso mismo de representar.

### **Sexualidad y violencia: el caso de Muriel**

Antes de plantear su teoría sobre los accidentes de la seducción, C. Dejours (1992) consideró que antes que la sexualidad es la violencia, lo que resulta en somatizaciones (a diferencia de la conversión); plantea: “el exceso de excitación resulta en una degradación de la violencia que conduce, a fin de cuentas, a la somatización” (1992, p.41). Desde la perspectiva de la teoría de la seducción, es evidente que la imposición de la sexualidad adulta al niño debe ser un acto violento para este último. Y, a su vez, actos violentos como el castigo físico, el uso (abuso) de la fuerza del adulto contra el niño, pueden contener cargas/descargas sexuales. La intrincación pulsional en ambos, tanto en el niño como en el adulto, debe ser considerada.

¿Qué consecuencias tiene en el psiquismo y en el cuerpo esta violencia? Se revisará a la luz de un caso:

Muriel de más o menos 40 años, la menor de los hermanos, vive con sus padres sin poder independizarse por falta de recursos económicos y personales en general. Lleva 15 años en psicoterapia, con tres terapeutas. En su primera consulta conmigo plantea: “*Quiero tomar control sobre mi vida. Siento que está todo mal, no nací para vivir*”. Todo le da miedo, andar por la calle y que la miren, hablar con la gente, su corporalidad hace notar una incomodidad permanente

con su cuerpo; ella misma se define como una persona “rara”; su vida social es casi nula, se limita a cumpleaños familiares, aunque tuvo algunas relaciones de pololeo cuando estuvo en la Universidad. Trabaja como profesora para adultos, pero vive con mucho nerviosismo e inseguridad cada clase, siente que se equivoca constantemente y se cansa muchísimo, por lo que hace una o dos clases por semana.

Presenta múltiples somatizaciones: alergias a la piel en el borde de la cabeza y otras partes, inflamación de los párpado, zarpullidos, erupciones en las mejillas, aftas en la boca. Dolores de cabeza frecuentes, de espalda y de estómago. Bronquitis y resfríos muy frecuentes, bajas de presión, mareos, desvanecimientos, malestares corporales imprecisos. Siempre se siente mal y tiene alguna de estas dolencias o varias simultáneamente. Cada sesión comenzaba diciendo “estoy igual... más o menos... mal”, siempre con la misma fórmula y tono.

Su padre es un hombre autoritario, invasivo y violento. Con arranques iracundos, descalificaciones permanentes y malos tratos injustificados. Muriel era especialmente maltratada por él, le pegaba y la insultaba; también le exigía realizar tareas domésticas desde muy pequeña, como podar árboles y plantas, encerer la terraza, el aseo general de la casa, mantener el orden y servirle a él las comidas, lo que no le exigía a sus otros hijos. Pero al mismo tiempo la mantenía cerca, la vigilaba, le ordenaba y construía su vida, la abrazaba, jugaba a la lucha con ella. La madre, anulada, no protegía a los hijos de la violencia del padre.

El trabajo con los sueños fue muy importante para el avance del análisis. Los que se exponen a continuación corresponden a la etapa media del trabajo analítico, a partir de la cual la paciente empezó a admitir algunas actividades nuevas en su vida y pudo empezar a hablar de su trabajo y de las relaciones sociales, amorosas y sexuales que fue construyendo, pues al comienzo del tratamiento sólo hablaba de si estaba congestionada, cómo estaba su garganta,

siempre tenía carraspera y cómo se había sentido el fin de semana, en fin de su cuerpo y las enfermedades.

### **A. Los sueños**

*M: Me preparaba para casarme con mi padre, mi madre contenta me preparaba el vestido, mi padre también estaba contento. Empecé a pensar si no estaría mal, si no habría algún resquicio legal para negarme. Desperté perturbada.*

*M: Soñé con un tigre, unos tigres se habían arrancado, un tigre salía de la reja y volvía a entrar. Un tigre se me apoyaba y no se iba, y sentía ese peso y ese calor...de pie y el tigre encima, que no se dé cuenta que estoy...el calor encima, asqueroso. (...) y más encima eso, como que yo fuera la esposa de mi papá. LM: ¿Eso que percibes a veces, como en el sueño anterior, algo de lo sexual se cuele? M: Sí, como me usa como su empleada pero después me abraza, y yo preferiría que no se me acerque. He encontrado Viagra en su velador y en la maleta del auto. No me gusta estar tan al tanto de eso... no debería vivir ahí.*

*M: Un sueño asqueroso con mi papá: Que íbamos viajando y él tenía ganas de tener sexo, en el camino... y yo no quería pero decía bueno ya, eso lo va a calmar. Tiene que ver con la energía del auto, porque me subo y el asiento del copiloto está echado para atrás. Él decía: yo necesito tener sexo para calmarme, y se subía arriba mío y yo decía si ya estoy en esta tendré que disfrutarlo. Es lo que he hecho para no pasarlo tan mal en general. Se interrumpía porque unos tipos venían a robar...era en mitad del camino, una pausa y después seguir antes de llegar, para llegar tranquilo. Yo me siento responsable, si en el camino va bien, llega bien. Si se enoja en el camino llega idiota.*

*M: Soñé que me cambiaba de casa con mi papá, íbamos a vivir los dos solos en un departamento de dos ambientes, tenía un techo súper bajo, living, cocina, comedor, como esto y él no estaba. Él había tenido, parece una fiesta el día anterior y había dejado todo desordenado para que yo ordene. Otro día, en-*

*traba agua en el departamento y terminábamos en el techo del edificio con todos los residentes, ahogante, deprimente, angustiante. Alguien llevaba unos pasteles y se armaba algo más comunitario.*

*M: Volví a soñar con mi papá que me daba besos en la boca, yo lo tenía que aguantar porque era la única que lo podía apaciguar. Debe ser que fuimos a San Fernando y él en el auto pedía cosas para comer. (...)*

Otros temas que aparecen rara vez, pero hablan de la intensidad de sus vivencias: *M: Empecé a pensar que traicionaba a mi papá por querer estar con un hombre; pienso que lo que me enfermó (había faltado a sesión por estar con bronquitis) es esta culpa. LM: ¿cómo que tú eres para él? - M: sí, en esta posesión que hace de mí. Fui criada para complacerlo. (...) Si no lo manejo bien se le puede soltar el tornillo definitivamente. LM: ¿Tú sostienes su salud mental?- M: Sí, aunque mi mamá ahora está más firme.*

En otra sesión dice *M: Me preguntaba si los padres tienen derecho a meterse en la vida sexual de uno, yo pensaba que sí.*

## **B. La Violencia**

Los sueños dan figuración a pensamientos (representación cosa y afecto), luego permite el paso a representación palabra con su relato; se trata de pensamientos que no tiene otra forma de aparecer, pues son muy pocas las asociaciones que logra hacer con este material. Evidencian algo que está en ciernes. Algo que era irrepresentable y que empieza a representarse. Las ideas que ella mantenía como verdades, con la posibilidad de ir poniéndolas en palabras, fue liberándola, aunque muy lentamente, de la tiranía de su padre, a la se sentía sujeta por miedo y por una especie de exigencia del destino.

*M: Hoy me desperté y me dieron ganas de morirme...yo casi no tomo leche, no ingiero calcio, voy a tomar café para que me desaparezcan los huesos, molerme los huesos. Quería sufrir o desaparecer. Autoinmolarme... no sé (pone cara muy rabiosa). Antes me pasaba todos los días, todo el día. Me imaginaba volarme los sesos con una pistola, o me partía la cabeza con un hacha, y me*

*interrumpían todo el día esos pensamientos.*

*LM: "¿Qué pudo traer de vuelta esos pensamientos?"*

*M: Hablábamos de porqué estoy sola, con Daniel y Pedro (sus cuñados) Pedro me dijo, la verdad lo que quieren los hombres es independencia en la mujer. Y yo ahí terminé la conversación. Me duelen los pies, los huesos, siento que piso con el hueso, me está matando ese dolor.*

En el relato de esta escena aparece clara una violencia somatizada; es decir, primero sus fantasías violentas de agresión hacia sí misma: "volarme los sesos" o "partirme la cabeza con un hacha". Reconoce rápidamente que se trató de la conversación que sitúa como causa (del no tener pareja) su falta de independencia económica que, en apariencia, le impide desprenderse de esa patológica dependencia con su padre, aunque es a la inversa, es decir, por la dependencia a su padre es que no ha podido hacerse independiente económicamente. Ante esta situación sin salida, lo único posible, parece ser, dirigir la violencia contra sí misma. Entonces aparece el dolor en los pies "que me está matando".

Para entender esta forma particular violencia y su paso al cuerpo, la definición de Piera Aulagnier (2014) para violencia primaria, puede orientar:

Designamos como violencia primaria a la acción mediante la cual se le impone a la psique de otro una elección, un pensamiento o una acción motivados en el deseo del que lo impone, pero que se apoyan en un objeto que corresponde para el otro a la categoría de lo necesario (p.36).

Aunque se pueda discutir si es exactamente violencia primaria la de este caso, es evidente la imposición sobre la psique de la niña de los deseos y necesidades del padre. Lo que es discutible es si obedecerle sería algo de la categoría de lo necesario. Para la mujer adulta que es hoy, evidentemente no, pero para la niña que fue, obedecer a los deseos de su padre pudo ser una necesidad (si no hubo una madre que la apoyara en otra dirección), así como ser querida por él.

En los sueños se da figuración a la experiencia de la imposición de los

deseos del padre, frente a los cuales ella se siente demandada a responder. El objeto de necesidad sobre el que la imposición se apoya es, actualmente, la absoluta dependencia económica, aunque Muriel cree además, ser necesaria para sostener la estabilidad mental de su padre y piensa que es natural que así sea. Cuando dice: “*Fui criada para complacerlo*” o al pensar que “los padres tiene derecho a meterse en la vida sexual de los hijos”, parecen mezclarse las necesidades de satisfacción sexual del padre con las de ella misma. Se siente demandada a complacerlo, no solo en los sueños, sino en la vida cotidiana. Y, cualquier actividad que la aleje de su casa, y de estar disponible para él, la asusta y le exige un esfuerzo que a veces se siente incapaz de realizar. Esta puede ser la forma que toma su demanda: su incapacidad para la vida independiente, es demanda a su padre que la siga sosteniendo en el lugar de ser necesaria para él. Es claramente un vínculo de orden incestuoso, pero que logra tomar un sentido de necesidad al interior de los significados de esta particular cultura familiar.

### **C. Lo impensable**

Al mismo tiempo, el dolor de no tener una relación de pareja como sus hermanas que, para sus cuñados, es culpa de su dependencia, es tan insoponible que no puede continuar la conversación; más allá no puede ir, porque eso sería hacer consciente su demanda al padre (pues lo consciente es la demanda e imposición de él hacia ella); entonces aparece ese dolor a los pies, “que me está matando”. Esto que no puede ser pensado, queda traspasado al cuerpo como dolor, como alucinación negativa, podríamos decir citando a Green: el dolor puede ser aquí, la representación de la ausencia, en ese punto de la demanda de ella al padre.

### **D. Fenómenos de desajuste**

¿Por qué en este caso son los pies y los huesos? Lo que “la está matando” es el dolor de no poder salir de una confusa relación incestuosa. Hasta aquí se ha vinculado a la temática de la dependencia-independencia, tanto desde

realizaciones sexuales (pareja), como laborales (un desarrollo y crecimiento laborales que de sostén para una independencia económica). Este dolor, a los pies, clásicamente se consideraría conversivo, pues aunque no hubo investigación médica, su remisión y la forma en que aparece en sesión, apuntan en esta dirección. Pero no vemos el retorno de lo reprimido, sino más bien una ausencia, o supresión. Y se puede afirmar aquello apoyándolo en los sueños; si bien en uno de ellos dice “*si ya estoy en esta tendré que disfrutarlo*”, y si consideramos los sueños como realización de deseos, en todos estos sueños aquí expuestos hablarían de un deseo incestuoso, lo que resulta difícil de aceptar, pero no si pensamos en el amor de la niña pequeña hacia su padre, que aquí podría estar confundido con el deseo de la mujer adulta. ¿Cómo resolver esta situación? Una interpretación posible es que el deseo de esta mujer no haya podido desprenderse del objeto original, el padre; pero también se puede interpretar que, en el trascurso del análisis, Muriel ha estado haciendo el trabajo de traducción de los mensajes enigmáticos, que durante la infancia, recibió en la interacción con su padre y que por entonces no podía traducir. Y, aunque los sigue recibiendo, éstos ya no son enigmáticos. Pero mucho quedó intraducido, constituyendo vivencias traumáticas congeladas, que estos sueños, en la actualidad del análisis (*nachträglich*), vienen a hacer el trabajo (trabajo del sueño) que no pudo hacerse entonces.

De modo que el dolor en los pies, aunque tenga el carácter, en apariencia, de conversivo, bien pudiera ser un fenómeno de desajuste, pues responde a algo suprimido o ausente, más que a una representación reprimida. Pudiera haber complacencia somática, pero no hay conexión lingüística, y este es el otro elemento que apunta a categorizarlo de esta manera.

Respecto de sus repetidas bronquitis, quedan asociadas al conflicto entre el deseo y la culpa. M: “*Empecé a pensar que traicionaba a mi papá por querer estar con un hombre; pienso que lo que me enfermó es esta culpa*”. Después de dar figuración y representación a lo incestuoso en ella, es que Muriel

puede empezar a desear a otro hombre. Ya que a propósito de los sueños, se trabajó y elaboró con ella, el vínculo a la vez agresivo y sexualizado con su padre. Lo que trae un nuevo conflicto, ¿qué hacer con el padre siempre presente y que la ahoga? A diferencia del dolor a los pies (donde no hay lesión), las bronquitis implican una alteración observable del funcionamiento del aparato respiratorio. Desde este punto podrían pensarse como fenómenos psicossomáticos. Cumplen con la complacencia somática (desde niña sufría repetidas bronquitis) y no tienen la conexión lingüística, sin embargo, por el tipo de conflictiva involucrada, haría pensar en una posición histérica (el conflicto de culpa edípica). Pero, es preciso considerar la violencia de sus dichos contra sí misma, que bien pudieran ser contra el padre y, que sin embargo, ni por asomo aparece en sus asociaciones, ni en la transferencia. Pero siguiendo los razonamientos desarrollados hasta ahora, la culpa, consciente en este caso, no requeriría somatizarse, puesto que es verbalizada, pero sí la violencia (de ella contra el padre) que esta misma culpa sustituye. Esta violencia sufre el destino de la *supresión*, que a diferencia de la represión, concierne más al afecto que a la representación. Y, así como la inhibición le ocurre al yo, (es una limitación a una función yoica), la supresión le ocurre al cuerpo (Dejours, 1992). Por lo que, para este caso, las bronquitis también responderían mejor a la categoría de fenómeno de desajuste.

### **E. Síntomas y psicossomatizaciones**

Otros problemas de salud, sin embargo, son del orden psicossomático, desde la perspectiva que los hemos distinguido aquí, o no tenemos suficiente información del material clínico para distinguirlos mejor. Las irritaciones a la piel, aftas en la boca, etc. todas cursan con lesiones observables. Por otra parte, también hay síntomas. El síntoma, recordamos, “es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado de un proceso represivo” (Freud, 1990/1926 [1925], p.87), expresión de fantasías inconscientes y cursan como una alteración de la función. “El proceso sustitutivo [de la satisfacción pul-

sional] es mantenido lejos, en todo lo posible, de su descarga por la motilidad; y si esto no se logra, se ve forzado a agotarse en la alteración del cuerpo propio y no se le permite desbordar sobre el mundo exterior; le está prohibido trasponerse en acción". (p.91). Síntomas como dolores de garganta, cabeza, espalda, pueden muy bien ser considerados sustitutos de la satisfacción pulsional y fantasías prohibidas, con impedimento total de la descarga de la agresión a la motilidad. Proceso que probablemente es insuficiente, por ello "se ve forzado a agotarse en la alteración del cuerpo propio" probablemente apoyándose en fijaciones de sustituciones infantiles o vulnerabilidades somáticas, alteraciones funcionales facilitadas por una larga historia de maltrato. Una de las tesis de Dejours (2015) es que una vez que se abre el cuerpo a la producción de la "enfermedad somática" a la que ese cuerpo está predispuesto, por herencia genética por ejemplo, entonces esa tendencia somática se hará cargo de los conflictos psíquicos, reaccionando de manera intensa ante las provocaciones ambientales.

## **F. La seducción**

Un extracto del texto "Sobre la confusión de lenguas" de Ferenczi, se ajusta muy bien a este caso, por lo que se reproducirá aquí:

La seducción incestuosa se produce en una escena donde el adulto y el niño se aman, el niño tiene fantasías lúdicas y el juego puede tomar una forma erótica que, sin embargo, para el niño permanece siempre en la esfera de la ternura. Pero los adultos inestables en su control y equilibrio mental pueden confundir el juego del niño con los deseos sexuales adultos. Si el adulto tiene predisposiciones psicopatológicas o, propiciado por el uso de estupefacientes, pierde el control, puede ocurrir que dirija el juego a actos sexuales. A esto el niño reaccionaría con rechazo, pero en la mayoría de los casos, la revuelta contraria se inhibe por temor intenso frente al adulto, sustituyéndose por un sometimiento a la voluntad del agresor; se identifica entonces con él, incluso para adivinar sus más mínimos deseos. Por introyección (del agresor) desaparece la agresión como realidad exterior y se hace intrapsíquica. Así como también el sentimiento de culpabilidad, que del adulto pasa al niño, quedando éste dividido: es a la vez inocente y culpable y pierde la confianza en "el testimonio de sus propios sentidos". Con frecuencia, tras

el hecho, el agresor se comporta como si nada hubiera ocurrido, se vuelve irritable, se adhiere a una moral rígida. El niño se vuelve obediente y se mimetiza con el ambiente. Su sexualidad no se desarrolla, queda fijado a ese momento de imposición y desencuentro ante la sexualidad adulta. Pues si se impone al niño más amor del que requiere o un amor diferente de la ternura, los efectos son equivalentes a la ausencia total de amor objetal. Lo mismo ocurre en la transferencia, el amor que profesa un paciente hacia su analista puede llevar a la misma confusión de lenguas en la que puede caer el adulto respecto del niño. El amor forzado, lo mismo que los castigos insoportables, tiene efecto de fijación (Ferenczi, 1932).

En el caso de Muriel no hay recuerdos, ni siquiera aparece la duda de la posibilidad de abuso propiamente sexual en la infancia, pero el abuso de poder, los castigos, el dominio y control sobre ella, toman este carácter en su psiquismo, lo que hace pensar que la propuesta de Dejours, sobre la preeminencia de la violencia sobre la sexualidad como antecedentes de la somatización, resulta adecuada para este caso. Pero considerando que la violencia, en el vínculo padre-hija, bajo el signo de la relación de seducción constitutiva, bien puede tener mucho de confusión entre sexualidad y agresión.

Por otra parte, Dejours (1992) considera que, si bien los conceptos de *pensamiento operatorio*, *depresión esencial* y *desorganización progresiva*, continúan siendo las referencias clínicas fundamentales en la clínica psicosomática, una buena cantidad de pacientes no responden a estos criterios. Y este es claramente el caso de Muriel, si bien tiene múltiples somatizaciones, no se ajusta a la descripción de Marty: El pensamiento está libidinizado, incluso por momentos en exceso (pensamientos de los que no puede desprenderse, por ejemplo, por qué dijo tal cosa). Es capaz de asociar, muestra riqueza de representaciones, hay una fantasmática actuante con presencia inomitible y el aporte onírico es evidente. Y, si bien ha tenido estados depresivos frecuentes, estos tienen contenidos expresables. Su “mentalización” obviamente no es la descrita por Marty para los “pacientes psicosomáticos”.

Pero, respecto a la violencia en la relación con su padre, se puede hipo-

tetizar una zona de no mentalización: la violencia suprimida en ella misma. Dejours (2015) lo explica de la siguiente manera: “la falta de mentalización nos lleva a considerar que el conflicto actúa entonces como un traumatismo: es decir, como un exceso de excitación en relación con la capacidad de unidad del Yo” (p.6) Los sueños muestran lo que puede empezar a representar, mientras que las somatizaciones, lo que no tiene expresión representativa. Muriel habla de la violencia de su padre, de las sensaciones relacionadas a percepción de la sexualidad de él, pero lo que no está consciente es su propia violencia (contra el padre o la madre) la que solo puede volcar contra sí misma.

¿Cómo podríamos distinguir si en Muriel la falta de expresión de la agresión responde a una supresión o una inhibición? Parece más lógico pensar que ambas formas están presentes simultáneamente. La *supresión* se observa en su corporalidad algo extraña, rígida, como si temiera ser observada en sus movimientos. La inhibición en sus relaciones sociales y profesionales, siempre incómoda, insegura, no sabe qué decir, como comportarse, se mueve y trabaja (remuneradamente) lo menos posible.

Como se puede observar, encontramos en Muriel fenómenos y síntomas, tanto conversivos, de desajuste y psicósomáticos; todos simultáneamente en el tiempo y algunos incluso compartiendo el mismo nudo conflictivo y desarrollado reacciones diversas respecto de los distintos niveles del mismo nudo.

## V. LA CONVERSIÓN Y EL DOLOR

### La conversión

La histeria es entendida por Freud, en 1888, es decir al comienzo de sus estudios, como una “anomalía del sistema nervioso”, que inicialmente se debía a la herencia y luego se asoció a experiencias traumáticas, acompañadas de un excedente de estímulo dentro del “órgano anímico”. El exceso, es decir una cantidad de excitación mayor a la posible de manejar por el aparato psíquico, es una causa aún aceptada en la actualidad. En sus “Estudios sobre la histeria” (1888) plantea: “en la histeria estamos habituados a descubrir que una parte considerable de la suma de excitación del trauma se trasmude en síntoma puramente corporal” (p.105) de modo que por un lado está el exceso, la cantidad de estímulo y por otra parte, aparece el trauma, que es lo que ha provocado este exceso, que confluyen en un síntoma en el cuerpo: “escogemos el término “*conversión*” para la trasposición de la excitación psíquica en un síntoma corporal permanente, que constituye la característica de la histeria” (p.105). Pero luego, seis años después, en “Las neuropsicosis de defensa” (1894) se describe la conversión como una trasposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores (por ej. parálisis) o sensitivos (por ej. anestésias o dolores localizados). Ya no se trata, entonces, de una anomalía del sistema nervioso, sino una tentativa de resolución de un conflicto, y no habla sólo de cantidades excesivas de excitación, sino de algo de otro orden, de mecanismos psíquicos que se mueven en el ámbito del sentido. Sentido como aquello que implica a la actividad de representación.

Green recuerda que fue el psicoanálisis, desde este preciso origen, los estudios sobre la histeria, que “descubre el sentido allí donde el lenguaje falta.

No solo en el sueño, sino también en el acto sintomático; en suma en el mundo de las representaciones de cosa sin representaciones de palabra correspondientes” (Green, 2000, p.193). Y a su vez es este descubrimiento el momento inaugural que funda el psicoanálisis.

Desde una primera posición que sostiene que “no poseemos criterio alguno que permitiera separar con exactitud un proceso psíquico de uno fisiológico, un acto de la corteza cerebral de un acto de las masas subcorticales” (Freud, 1888/1991, p.90) poco a poco se va poniendo de manifiesto una novedosa relación entre el cuerpo y el lenguaje, entre lo psíquico y lo somático “que se exteriorizan bajo la forma de leyes de asociación” (Le Poulichet, 2012, p.82). Al comienzo esto se concibe como el movimiento de una neurona a otra: “Es evidente que la represión histérica acontece con auxilio de la *formación de símbolo*, del *desplazamiento* a otra neurona” (Freud, 1950 [1895]/1991, p. 399). Así la represión de una representación inconciliable, aquella que despierta una cantidad considerable de displacer, ocurre por vía asociativa, esto es, que otra representación toma su lugar, la sustituye, permitiendo la separación entre la representación y el afecto. De este modo se produce la cadena de representaciones que marcarán el camino en reversa para reclamar de vuelta la representación reprimida. Todo este trabajo psíquico es lo que se llamó *formación de símbolo*. La fuerza para reprimir la representación es la misma que se opone como resistencia a que ésta devenga consciente, o que sea parte del proceso del pensar pero, al mismo tiempo, al ser reprimida y quedar fuera de las asociaciones, esta representación no será olvidada.

Corresponde a una concepción *económica* de la conversión el que la libido desligada de la representación reprimida se transforma en energía de inervación somática (Laplanche y Pontalis, 1981, p.85-86,-87). En otras palabras, a la representación inconciliable, que debe ser reprimida pues amenaza al yo, se le debe descargar el afecto asociado a ella, el que será desplazado y traspuesto en el cuerpo. ¿Dónde? en una zona corporal que ha sido elegida por que pre-

sentaba un dolor orgánico preexistente, que se ofrece para subrogar el dolor psíquico en dolor somático (lo que posteriormente Freud llamó “complacencia o sollicitación somática”) o una zona que por su uso reiterado, coincidente con el evento que sobrecarga al aparato de excitación, queda asociado al evento posiblemente traumático. Dice Freud: “todo síntoma histérico requiere de la contribución de las dos partes. No puede producirse sin cierta *sollicitación somática* facilitada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano del cuerpo, o relativo a ese órgano” (1905 [1901]/1990, p.37). Las dos partes son lo somático y lo psíquico.

Corresponde a una concepción *dinámica* de la conversión que una zona del cuerpo sea escogida por estar ligada “simbólicamente” al conflicto reprimido, es decir ligada por asociación a la representación reprimida. Y, simultáneamente carga con el aspecto económico, con el afecto dolorido, que luego será afecto desplazado.

Así, lo que caracteriza los síntomas de conversión es su significación *simbólica* (Laplanche y Pontalis, 1981, p.85-86,-87); es decir, que en los síntomas corporales “hablan”<sup>7</sup> las representaciones reprimidas deformadas por los mecanismos de condensación y/o desplazamiento; esto es lo que significa que haya una *relación simbólica* entre el síntoma (corporal) y el conflicto suscitado y reprimido. A Elizabeth von R., paciente de Freud (en “Estudios sobre la histeria”, 1893-1895) le duele la pierna donde el padre apoyaba las suyas para hacerle el cambio de vendajes, mientras ella se debatía entre su deseo por un muchacho y el sacrificio de estar al cuidado de su padre enfermo. A Josefina, (paciente que se expondrá más adelante) junto con muchos otros dolores, le duelen los codos, asociados éstos a arranques violentos de su padre cuando de

---

<sup>7</sup> Silvia Bleichmar (2015) va a discutir esta noción de que el cuerpo que “habla” pues contiene una mirada antropomorfizante de la naturaleza. Sin embargo, es posible, a su vez, discutir a Bleichmar que si hablamos de un cuerpo, ya no estamos hablando de naturaleza pura, sino de un cuerpo ya colonizado por el efecto libidinizante de la relación al otro, siendo éste un punto central de distinción entre el síntoma conversivo y el fenómeno psicósomático.

pequeña los ponían sobre la mesa. El sentido viene dado desde el conflicto psíquico amor-odio, reprimido e inconsciente, que se le supone asociado.

Para Green “la creación de un símbolo demanda que dos elementos separados se reúnan para formar un tercer elemento que toma prestadas sus características de los otros dos, pero que será diferente de la suma de aquellos” (1994, p.33). Estos dos elementos son el afecto y la representación. Es en este sentido que podemos decir que en el síntoma conversivo “hablan” las representaciones; es decir que algo de la representación que ha de reprimirse, por lo cual justamente se hace síntoma, se traspone en el cuerpo. El deseo que hace de la representación lo inconciliable, despierta el rechazo del yo. Deseo que pulsa alterando la tranquilidad del yo y superyó. Pero este “hablar del cuerpo” no es directo ni literal, no es desde una complicidad entre el cuerpo y la psiquis por “decir” algo, como parece pensarlo Groddeck<sup>8</sup>, se trata más bien de una relación simbólica, donde el síntoma en el cuerpo hace de representante del conflicto.

Se puede concordar finalmente, que la conversión se distingue por tres aspectos significativos que Freud define con claridad (en “Estudios sobre la histeria”, Señorita Elisabeth von R., 1895/1991):

I. El síntoma se genera en un segundo momento, esto es “nachtraglich”. “...los dolores –producto de la conversión- no se generaron mientras la enferma vivenciaba las impresiones del primer período, sino con efecto retardado {*nachträglich*}, vale decir en un segundo período, cuando la enferma reprodujo esas impresiones en sus pensamientos. La conversión no habría seguido las impresiones frescas sino al recuerdo de ellas” (p.182). Esto quiere decir que la conversión opera sobre una representación, un recuerdo, y que requiere dos tiempos.

---

<sup>8</sup> Georg Groddeck, publicó su libro “El Ello” en 1923 a partir de sus lecturas de los trabajos de Freud y aplicó el psicoanálisis a sus pacientes con enfermedades somáticas.

II. Preexiste un “dolor real y efectivo, de base orgánica” que es aprovechado para la trasposición del dolor psíquico. Se muda en dolor corporal algo de lo cual podría y habría debido, devenir dolor anímico, dice Freud (p.180). Esta es la “complacencia somática” requerida, puesto que la transformación de una excitación puramente psíquica al ámbito corporal es trabajosa.

III. La operación de conversión requiere, también, de una conexión lingüística. Dice Freud: “...los giros lingüísticos ‘no avanzar un paso’, ‘no tener apoyo’, etc., constituyeron los puentes para ese nuevo acto de conversión” (p.188). Lo cual ya no tendría que ver tanto con la representación, sino con el decir, el dicho; o sea el valor que toma al ser dicho (y desde un lugar de enunciación, podríamos decir, en la transferencia). A esto le llama Freud “conversión simbolizadora” (p.191).

### **La Simbolización en la histeria de conversión**

Ya desde un comienzo, en el Proyecto de psicología para neurólogos, Freud (1950 [1895]) instala lo que en adelante va a entender por *símbolo*, en relación al síntoma histérico, de la siguiente manera: en la compulsión histérica se observa que la persona reacciona frente a una representación A que no parece merecer tal reacción, y no sabe que es B la representación a la que le corresponde tal demostración afectiva. La vivencia se constituyó como B+A, A es una circunstancia colateral pero que se ha hecho un lugar como sustituto de B. “A ha devenido sustituto, el *símbolo* de B (...) Por las ocasiones que – asombrosamente- despiertan a A, uno puede inferir la naturaleza de B” (1991, p.397). Evidentemente las formaciones simbólicas también se dan normalmente, pero el símbolo histérico se comporta de otro modo: “El histérico que llora a raíz de A no sabe nada de que lo hace a causa de la asociación A-B ni que B desempeña un papel en su vida psíquica. Aquí el símbolo ha sustituido por completo la *cosa del mundo*.” (p.397)

Los síntomas pueden considerarse “símbolos mnémicos” del trauma reprimido, del recuerdo sofocado, dice Freud. Un monumento recordatorio, que a pesar de su aparente sinsentido, representa el episodio fundador. Un “símbolo mnémico” impide olvidar el suceso en cuestión, pero también impide su recuerdo; pues en tanto que “símbolo” sustituye al suceso, pero lo mantiene intacto, puesto que mnémico. Así expone Freud en 1894, por primera vez, este concepto:

El yo ha conseguido así quedar exento de contradicción, pero, a cambio, ha echado sobre sí el lastre de un símbolo mnémico, que habita la conciencia al modo de un parásito, sea como una inervación motriz irresoluble o como una sensación alucinatoria que de continuo retorna y que permanecerá ahí hasta que sobrevenga una conversión en la dirección inversa (Freud, 1989, p. 51).

El símbolo mnémico mantiene la conexión entre el síntoma y el trauma, puesto que se trata de algo que lo representa, y no un efecto necesario como sería la fiebre a la infección. El símbolo mnémico puede ser, así, una inervación motriz, que suponemos conectada por asociación lingüística con el evento ocasionador, pero que permanece como un parásito, algo molesto y sin sentido para la conciencia. ¿Será que la conversión condensaría el afecto separado y la energía de la que la inervación motriz o la alucinación se alimentan, y así pierde fuerza el símbolo mnémico? En fin, no queda del todo esclarecida la idea de la conversión en dirección inversa.

Por su parte, Laplanche (1980) considera que la “elaboración psíquica no es otra cosa que simbolización” puesto que simbolización implica el trabajo asociativo entre representaciones (tanto de cosa como de palabra) y de la intervención de la alteridad que introduce el lenguaje y la cultura, es decir un contexto simbólico. Y debe recordarse que “Freud denomina libido justamente a la excitación sexual elaborada psíquicamente” (p.34). Habrá entonces una fuerte conexión entre libido y simbolización, que Aulagnier reunirá al plantear que la

condición de sobrevivencia para el humano depende de la capacidad para ca-  
tectizar la actividad de representación.

En contraste con la conversión, en la neurosis actual, se produciría, se-  
gún Freud, un cortocircuito en el nivel psíquico; no habría pues, vinculación en-  
tre la sexualidad y las representaciones, sino directamente una sexualidad inhi-  
bida en el plano de su descarga somática, pero que hallaría igualmente una ex-  
presión somática, a través de la descarga en angustia, considerada ésta como  
expresión somática.

En la neurosis actual, entonces, una fuente de excitación somática no  
puede elaborarse psíquicamente, mientras que en la psiconeurosis, “el conflicto  
ocurre por completo en el nivel psíquico, es decir, en el nivel de elementos ya  
elaborados o, simbolizados” (Laplanche, 1980, p.35). Sin embargo, Freud no le  
dio nunca un carácter de oposición sino más bien observó una relación entre  
ambas que se puede dar de diversas formas:

1) El síntoma actual constituye el punto de partida para la psiconeurosis,  
el núcleo de ésta (como el caso de Juan, que se verá más adelante).

2) El cuadro sintomático con síntomas actuales (angustia, fatiga, o sín-  
tomas difusos de carácter neurasténico) se origina en conflictos de índole infan-  
til (como en el caso Josefina).

3) Una neurosis de transferencia, es decir una psiconeurosis, puede al  
cabo de cierto tiempo, quizá en una suerte de cronicidad o enquistamiento,  
desembocar en síntomas inespecíficos (como el caso de Ignacio con sus aler-  
gias que se describe en otro capítulo). (Laplanche, 1980, p.36)

La interacción entre síntomas actuales y síntomas de psiconeurosis o de  
neurosis de transferencia, ofrece un esquema a la hipótesis de esta investiga-  
ción: la posibilidad de pensar un continuo entre ambas formas de presentación  
de las somatizaciones. Pues permite pensar la puesta en el cuerpo de la libido  
como un evento móvil, que puede partir desde una somatización a una conver-  
sión y viceversa, que una conversión termine en una somatización.

## **El dolor**

En el “Proyecto de psicología para neurólogos” (1950 [1895]), Freud escribe un apartado especial sobre el dolor en el que propone, partiendo del principio de inercia neuronal, que todo aparato psíquico procura siempre aliviarse de la cantidad de energía, que en lo sucesivo llamará  $Q_n$  - o cantidad de excitación -. El dolor es un fracaso de los dispositivos de apartamiento por parte de las neuronas sobre  $Q_n$  y una sobrecarga de investidura, como ya se verá más adelante.

Las neuronas las divide en: pasaderas, que no operan ninguna resistencia, no retienen nada, son neuronas de percepción:  $\Phi$  Fi; y neuronas no pasaderas, con resistencia y retenedoras de  $Q_n$ :  $\Psi$  Psi, son portadoras de la memoria y probablemente de los procesos psíquicos en general.

El dolor pone en movimiento tanto al sistema  $\Psi$  como al  $\Phi$ ; para él no existe ningún impedimento de conducción. Las neuronas  $\Psi$  parecen pasaderas para él, pues se trata de  $Q$  hipertróficas, o sea que son de orden más elevado que los estímulos  $\Phi$  y deja como secuelas unas facilitaciones duraderas en  $\Psi$ . Cuando se produce una tensión provocada por un estímulo externo, el aparato procurará aliviarse de él, descargar la tensión, dejando a su paso una facilitación de la vía recorrida en el camino a la descarga, una memoria (en las neuronas psi) (Freud 1895 [1950]; Bueno, 2013). Con el dolor se crea una imagen del objeto excitador del dolor: “imagen-recuerdo” (como también en el placer una imagen del objeto -pecho- por ejemplo) la que al ser reinvestida por el recuerdo, produce un estado que no es de dolor, pero semejante; es un estado de displeasure y tiene una tendencia a la descarga correspondiente a la vivencia de dolor (Freud, 1991, p.365).

Esta imagen-recuerdo del objeto causante del dolor corresponde a la segunda transcripción: desde la impresión sobre el aparato perceptivo (en fi) a la huella mnémica perceptiva -primera transcripción-; a una primera imagen-

concepto o imagen-recuerdo, segunda transcripción, ahora psíquica (en psi) (lo mismo que Freud propone en la carta 52).

Se puede pensar entonces que un dolor que se inició por un estímulo externo, se repita, posteriormente, con una mínima estimulación por la facilitación establecida en psi con anterioridad. Freud lo explica de la siguiente manera: “Puesto que el desprendimiento de displacer puede ser extraordinario con una investidura ínfima del recuerdo hostil, es lícito concluir que el dolor deja como secuelas unas facilitaciones de particularísima amplitud” (1895/1991, p.366). El énfasis de: “particularísima amplitud” no debe pasar inadvertido, puesto que afirma que estas facilitaciones no son como las producidas por estímulos placenteros. Se diferencian de estas últimas en que: 1) participan ambos tipos de neuronas fi y psi; 2) las neuronas psi no oponen la resistencia habitual; y 3) el estímulo puede ser externo pero también endógeno.

Así, un estímulo exógeno puede adquirir un equivalente endógeno a partir de este mecanismo de facilitación, apoyado en la imagen recuerdo, es decir su transcripción a psi; y la vía de descarga facilitada servirá para uno u otro indistintamente. Es posible que así ocurra en la fibromialgia y otros estados de hipersensibilidad al dolor.

Avanzando en ello, Freud agrega otra categoría de neuronas, las “secretorias” que luego denomina: “neuronas llave”. Éstas producen Qn endógenos cuando son excitadas, no descargan Qn sino que la aportan; y podrían acrecentar la cantidad de estímulo endógeno para el aporte a las sensaciones de dolor cuando éstas ya han sido facilitadas en su vía de descarga, incluso sin necesidad de la presencia del estímulo externo. “El afecto displacentero que produciría un dolor psíquico deviene así dolor físico”, propone Bueno Restrepo (2013, p.50), gracias a la asociación con la imagen recuerdo del objeto hostil y la facilitación de la descarga por la huida del dolor.

Esta puede ser una fórmula más que ayude a explicar el mecanismo del dolor. Bajo el supuesto que el dolor físico es más tolerable para el yo que el do-

lor psíquico, es comprensible que pueda sustituirse uno por el otro a través de este mecanismo de facilitación y gracias al aporte de las neuronas llave.

Josefina, una joven que atiende hace algún tiempo, sufre de fibromialgia desde niña. En una sesión de trabajo analítico, luego de revisar todos los momentos en su vida que ha tenido depresión y junto con ello el comienzo de la fibromialgia dice:

*J: A fuerza de fibromialgia, me llevo bien con el dolor. Puedo tolerar el dolor físico, pero no tolero el dolor psíquico.*

*LM: –Ese tipo de dolores puede concentrar las angustias-*

*J: sí, pero tiene su límite porque también me deprimí.*

Confirma con sus dichos las hipótesis recién planteadas, tanto que el yo tolera mejor el dolor físico, como que un tipo de dolor es sustituible por el otro. Pero, esto no es total, dice Josefina, la capacidad de contención del dolor psíquico por parte del cuerpo es limitada, si es que se puede interpretar así su afirmación. En otra sesión se produce el siguiente dialogo:

*J: Me siento incómoda, me duelen las piernas, los brazos, el cuello*

*LM:-¿sólo físicamente?*

*J: en lo psíquico también, porque no me hallo, no sé dónde estoy parada...Mi cabeza está con mi amiga que murió.*

Busco hacer el vínculo en ambas direcciones con el objetivo de disminuir la disociación.

Laplanche y Lecleire (1969) sitúan el problema del dolor en el campo de la economía libidinal. La justificación para esta posición se sostiene en la consideración del dolor como el displacer asociado al acrecentamiento de la tensión (excitación), que al disminuir puede, perfectamente, transformarse en placer, lo cual reúne dolor y placer en un continuo, siendo la cantidad lo que determina la cualidad (el sadismo y el masoquismo comprueban esta lógica). Junto con ello, como el mismo Freud lo expone en su trabajo sobre el narcisismo, el dolor lleva al yo a volcar su energía sobre el órgano o zona dolorida y extrañar la libido de

los objetos y en general del mundo exterior. Un repliegue narcisista que quiere negar el vínculo al objeto, objeto contenido en la imagen-recuerdo, representación que acompaña y sostiene el dolor. Razón por la que el dolor físico es un buen sustituto del dolor psíquico, pues facilita el repliegue narcisista que niega la relación al objeto, o la oblicua, es decir la hace inoperante, insignificante.

Desde los “Estudios sobre la histeria” (1893-95), Freud trabaja con la suposición de continuidad entre lo psíquico y lo somático. A la pregunta: “¿qué se muda aquí en dolor corporal? La cauta respuesta rezará: algo desde lo cual habría podido y debido devenir dolor anímico” (1895/1991, p.180). Ese algo tiene carácter de cantidad y se refiere al afecto. El afecto, como es sabido, debe separarse de la representación para la represión de ésta, quedando libre este afecto-cantidad, que será convertido (traspuesto) a lo somático, mudado en dolor corporal, en algunos casos, o en síntomas motores, en otros; quizá como una conversión de dirección inversa (ver cita de Freud en p.5).

Otro efecto del dolor a considerar, al que apunta Freud en “El yo y el ello” (1923) (también citado en capítulo “Cuerpo y traducción”), es que observa a éste como un recurso para sentir el cuerpo y los órganos que habitualmente no se sienten, ofreciendo una guía para representarlo. Considerando por ejemplo, que el hambre del lactante, vivida como displacer y dolor, sea la forma de tener noticia de los órganos internos implicados:

También el dolor desempeña un papel en el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos y es quizá el arquetipo del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio (1923/1990, p.27).

Por otra parte, en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926), Freud sitúa las primeras vivencias de dolor apoyado en la idea que el lactante no puede diferenciar la ausencia temporaria de la madre con la pérdida de ella. Aquí el dolor sobreviene cuando aún “no se ha introducido la dimensión de “la ausencia” por eso que el dolor es una genuina reacción frente a la pérdida del objeto cuando esta última no ha sido simbolizada” (Le Poulichet, 2012, p.64). La angustia es la reacción ante el peligro que la pérdida del objeto conlleva, pero el dolor, que

puede leerse en la expresión del rostro del infante, hace pensar que “parece que en él marchara conjugado algo que luego se dividirá” (Freud, 1926, p.158); quiere decir que toma de préstamo al dolor corporal en la situación de pérdida (angustia psíquica). Freud reconoce que el dolor del cuerpo producido por un estímulo que ataca desde fuera y que perfora las barreras anti-estímulo tiene poca semejanza a la “pérdida de objeto”, pero al describir el dolor como una “pseudo pulsión” (en el “Proyecto”, 1895 [1950]) por actuar como una tensión continua que el doliente no tiene modo de evitar, asemeja un dolor con el otro. Además no debe ser mera casualidad que sea la misma palabra la que designa tanto el dolor corporal como la sensación de pérdida del objeto. La sustitución de uno por otro refuerza entonces la negación de la pérdida, instalándose así éste como uno de los primeros mecanismos defensivos.

La idea del dolor como pseudo pulsión, es también comentada por Green (1998), quien recoge una extraña frase de Freud: “Esta inervación corporal, *somática en los casos típicos...*”, deteniéndose en ella para pensar cuáles serían los casos atípicos en que la inervación corporal no es somática; propone como ejemplos para estos casos atípicos, la alucinación y el dolor. De ahí afirma “Y este es el caso en el cual la inervación corporal hace del afecto un dolor” (Green, 1998, p.52), confirmando con ello la posibilidad del traspaso del dolor psíquico al dolor corporal. Y, es (casi) pulsión porque insiste y empuja hacia una meta (eliminación del dolor) y porque no se la puede evitar. Pero la pulsión direcciona hacia el placer, por eso ésta es “pseudo” porque el único placer obtenible aquí es el cese de la alteración, no hay un placer directo. Aunque, cuando el dolor físico está sustituyendo al psíquico, el placer buscado es el alivio obtenido del intercambio (así como se observa en la cita del material clínico expuesto más arriba).

En “Más allá del principio del placer” (1920), Freud explica el carácter paralizante del dolor y el empobrecimiento concomitante de los otros sistemas: “Cuanto más alta sea su energía quiescente propia (la de un sistema) tanto

mayor será también su fuerza ligadora; y a la inversa: cuanto más baja su investidura, tanto menos capacitado estará el sistema para recibir energía afluente” (p. 30). Quiere decir con ello que tras la perforación de la protección anti estímulo, no es sólo la energía ingresada la que inviste el sistema (o el órgano) sino que también la invisten energías que se ligan por la atracción de este polo energético (si se permite la intervención de lenguaje de la física). Es así que se entiende la concentración de libido narcisista en un órgano dolorido. Por otra parte, “la herida física simultánea (a la violencia mecánica de un trauma) ligaría el exceso de excitación al reclamar una sobreinvestidura narcisista del órgano doliente” (p.33).

En síntesis, cuando el cuerpo sufre algún tipo de daño, se encuentran las mismas condiciones económicas que en el caso de cualquier dolor, también psíquico. Es decir, se crea un circuito pseudo pulsional que realiza una ligazón, que recolecta cantidades (libido) causando un empobrecimiento del resto de la vida psíquica (Le Poulichet, 2012). Por el contrario, una defensa contra las representaciones dolorosas, implica el establecimiento de conexiones asociativas, esto es el trabajo de elaboración, que devuelve a la vida psíquica lo que estaba enquistado en el cuerpo (Laplanche, 1980, p.77), permitiendo la dispersión de las cantidades (excitación-afecto) en diversas representaciones y la disminución de éstas cantidades con cada nueva traducción.

Una propuesta interesante sobre el dolor físico es la que hace J.D. Nasio (2007), que reúne los elementos teóricos que se han estado revisando con otra perspectiva que puede ser de utilidad para la hipótesis de este trabajo. Partiendo de la definición de dolor dada por la International Association for the Study of Pain (IASP) considera el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular real o potencial o incluso descrita en términos que evocan una lesión de esa índole” (citado por Nasio, 2007, p.12). Nasio deduce que “la IASP reconoce que el dolor podría existir únicamente en lo sentido y en la queja que lo expresa”. Se trata pues de lo sentido a

propósito de una lesión, no necesariamente efectiva sobre los tejidos del cuerpo, la que puede ser solo potencial e incluso tan solo expresada. Esta perspectiva acerca las nociones de dolor psíquico y físico. El dolor de un daño, una agresión sobre la superficie corporal, será percibido como una “excitación brutal” (p.18) en la periferia; incluso si se trata de los órganos internos, será una sensación unida a una imagen-recuerdo (Freud, 1895) externa al yo, dado que la representación del propio cuerpo se imaginiza, es decir, es también una representación. De modo que al producirse el evento agresivo, se producirá simultáneamente a la conmoción, una representación del órgano o zona dañada, (representación correspondiente al nivel de la tercera transcripción). Esta representación es investida por una cantidad de excitación ( $Q_n$ ) aportada por el evento desencadenante. Es desde la representación de la región lesionada de donde emerge la sensación de dolor y es la representación la que concentra las excitaciones dolorosas. Así, “el dolor no está en la herida” sino en la representación de ésta, permitiendo a su vez múltiples asociaciones conscientes e inconscientes con otras representaciones, recuerdos de otros eventos dolorosos.

La imagen-recuerdo que queda conectada a la vivencia dolorosa es la del objeto que daña, o el objeto ausente que hiere psíquicamente. Pues bien, también podría tratarse del propio cuerpo, de la región herida sentida como objeto externo la que, como imagen-recuerdo, queda así representada. Por otra parte, la sobrecarga de excitación, inunda el psiquismo hasta las “neuronas llave”, que realimentan el circuito del dolor aportando más excitación, como forma de contrainvestidura, como una defensa inefectiva contra el dolor (Nasio, 2007). El aparato intenta defenderse, pero en vez de ello acrecienta los aflujos de excitación, aumentando la sensación de dolor. Se facilita así también el recuerdo de dolores pasados, incluso inconscientes. Esta energía se concentra en la imagen psíquica del área herida, no en la zona misma, lo que revela la naturaleza psíquica del dolor físico.

En resumen, para visualizar los puntos centrales hasta aquí reunidos acerca del dolor:

1) El dolor es un fracaso de los dispositivos de apartamiento por parte de las neuronas sobre Qn (Freud, 1895).

2) Se crea una imagen del objeto excitador del dolor, que Freud (1895) le da el nombre de imagen – recuerdo.

3) El dolor no proviene de la parte del cuerpo dañada, sino de la representación de ésta, por lo que el dolor es eminentemente psíquico (Nasio, 2007).

4) Reuniendo las dos proposiciones anteriores es posible pensar que además pueda crearse una imagen-recuerdo de la zona u órgano del propio cuerpo dolorida: representación del órgano doliente.

5) A través de la intervención de las “neuronas llave” (Freud, 1895) es posible pensar que un estímulo exógeno pueda transformarse en estímulo endógeno.

6) Las “neuronas llave” aportan Qn al aparato psíquico y pueden secretar suficiente cantidad de estímulo endógeno para el aporte de sensaciones de dolor.

7) El dolor físico puede sustituir al dolor psíquico, poniendo el órgano doliente en el lugar del objeto.

8) Se observa, generalmente, que resulta más tolerable el dolor físico antes que el dolor psíquico.

### **Sobre fibromialgia**

Charcot definió la “zona histerógena” como aquella parte del cuerpo, o más bien aquella superficie cutánea, cuya excitación por medio de cualquier estímulo, lleva a una crisis. Laplanche (1980) señala que Charcot llegó a la conclusión que “*estas zonas histerógenas están bien delimitadas, y es posible establecer una especie de mapa corporal al respecto, prácticamente invariable de*

un sujeto a otro” (p.55). En la actualidad, esta descripción se acerca mucho a la de la fibromialgia, pues son también ciertos puntos dolorosos, invariables de un sujeto a otro, los que permiten el diagnóstico del cuadro.

La fibromialgia es un cuadro relativamente joven, sus criterios diagnósticos se definieron recién en 1990 por el American College of Rheumatology, pero en la década de los 40 ya había dos conceptos que pueden asociársele: el síndrome doloroso miofacial y el reumatismo psicógeno. También puede ser que Freud (1895-1894) lo incluyera dentro de la sintomatología de la neurosis de angustia como “una suerte de conversión a sensaciones corporales que de ordinario podrían pasar inadvertidas; por ejemplo, una conversión a los músculos reumáticos” (p. 99), o como un acrecentamiento de la sensibilidad a los dolores que puede acompañar un ataque de angustia, subrogarlo o tomar una forma crónica, donde la angustia se hace menos reconocible.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) la define como una enfermedad crónica caracterizada por dolor músculo-esquelético generalizado y una reducción del umbral del dolor, con aumento de sensibilidad dolorosa a la presión en determinados puntos del cuerpo. Este dolor se localiza sobre todo en zonas musculares, sin que exista un daño observable, y el paciente presenta gran sensibilidad a cualquier contacto físico o cambio de temperatura. Dentro de las teorías actuales sobre la patogénesis de esta enfermedad se encuentran las alteraciones de la arquitectura del sueño (sueño fragmentado y disminución de las fases profundas no REM), alteraciones del funcionamiento del sistema nervioso autónomo y fenómenos de procesamiento anormal del dolor. Estos desajustes hacen que el paciente experimente un gran dolor en los tejidos, sin que exista un daño visible o disfunción en ellos, originando una “amplificación” de las señales normales de dolor. Esta amplificación actúa a modo de volumen, cuyo control estuviese fijo en un punto muy alto en los nervios del cuerpo. De esta forma, los estímulos que no causarían dolor en la mayoría de las personas, provocan dolor en las que tienen fibromialgia (Arthritis Foundation, 2016). Este

padecimiento es considerado, en un modelo integral, como una enfermedad del sistema psico-neuro-inmuno-endocrino.

Un buen ejemplo de amplificación del dolor, lo aportó Josefina un día que me describió como se le desató una crisis de fibromialgia: estando en un transporte público muy lleno, le llegaban codazos y topones de los otros pasajeros causados por el movimiento del vehículo. Esto le provocó una crisis de dolor en gran parte del cuerpo tan intensa que le obligó a hacer cama por un par de días posterior al evento. Debió haber un aporte psíquico al efecto de estos “topones y codazos”, la molestia y la rabia que le produjo estar en esa situación puede perfectamente haber aportado con más excitación, haciendo de estos golpes, sensaciones intensas. Pues como se expuso unos párrafos antes:

El aparato intenta defenderse, pero en vez de ello acrecienta los aflujos de excitación, aumentando la sensación de dolor; así la sobrecarga de excitación inunda el psiquismo hasta las “neuronas llave”, que realimentan el circuito del dolor aportando más excitación, como forma de contrainvestidura, como una defensa inefectiva contra el dolor (Nasio, 2007).

Además de los dolores, se le suelen asociar otros problemas de salud como la mala calidad del sueño, rigidez matutina, cansancio, depresión y ansiedad, cefalea, el hábito intestinal irregular, dolor abdominal difuso, calambres musculares y la sensación subjetiva de hinchazón. Todos ellos referidos por Josefina en distintos momentos, son también parte del conjunto de síntomas descritos por la Clínica Mayo (2017) para el diagnóstico de fibromialgia.

Concluyendo, debe consignarse que Freud consideró este síndrome como parte de la sintomatología de la neurosis de angustia, como una conversión somática de la angustia, lo cual sigue vigente como posibilidad pues, aun con toda la investigación médica actual, no se tiene claridad de sus causas, las que permanecen desconocidas. Y, consignar también, que la fibromialgia tiene una

forma de presentación que no coincide exactamente con lo que hemos descrito como síntoma conversivo y tampoco con lo descrito por fenómeno psicossomático. Esto porque 1) el dolor no tiene siempre relación con una lesión comprobable (por lo que no entraría a la categoría de lo psicossomático propiamente tal), sino que se trata sólo de dolor; y 2) el dolor se presenta igual y en los mismos puntos en todas las personas con este diagnóstico, lo que deja poca posibilidad para la comprensión de éste como un síntoma conversivo, pues al ser común entre los pacientes no pueden reconducirse por asociación a una representación reprimida en conexión asociativa o lingüística con una vivencia traumática, es decir no responden a un retorno de lo reprimido como es lo propio del síntoma conversivo.

Por otra parte, si se asume que el síntoma central es el “dolor”, y no cada uno de los distintos dolores, y considerando el dolor somático como deseable sustituto del dolor psíquico (una conversión somática de la angustia, como pudo sostener Freud), podría entonces la fibromialgia tratarse de un uso excesivo del recurso de la sustitución de un dolor por otro, como defensa ante intensas angustias de separación, por ejemplo. A lo que podría sumársele una alteración del funcionamiento de las “neuronas llave” (por excesiva facilitación de las vías que incluyen a estas neuronas); es decir que dado un pequeño aporte de estimulación externa, éstas aportarían endógenamente, más cantidad, aumentando los acopios de energía, que se vuelven intolerables e inmanejables para el aparato anímico.

Entonces, se puede afirmar que la fibromialgia estaría a medio camino entre lo conversivo y lo psicossomático, no siendo parte de ninguna de las dos categorías realmente. No reúne las tres características necesarias para la conversión: 1) aparecer en un segundo tiempo, con retardo (nachträglich); 2) apoyada en la complacencia somática y 3) a partir de una conexión lingüística. De ellas solo cumple con las dos primeras, pues la conexión lingüística generalmente no se encuentra, y cuando se la encuentra, ese dolor se separará de los

otros porque demostrará un modo de cursar diferente (como aparece el “dolor de los codos” en el caso de Josefina). Por otro lado, para entrar en la categoría de fenómeno psicossomático requeriría presentar una lesión observable, lo que por el momento no se encuentra. Todo lo cual hace pensar que este síndrome, la fibromialgia, podría ser un buen ejemplo de lo que se ha llamado en este trabajo fenómenos de desajuste.

### **Observaciones clínicas**

#### **El caso Josefina**

Se trata de una mujer joven, que quiso ser llamada Josefina para los fines de esta investigación. Convergen en ella múltiples dolencias corporales de diferente índole que han sido agrupadas en su mayoría bajo el diagnóstico de fibromialgia desde sus 18 años. Si bien las dolencias vienen desde pequeña, el diagnóstico llegó como un alivio que organizaba sus dolores y resolvía su responsabilidad: “tiene una enfermedad” o sea, que no es su culpa y es una enfermedad que existe, otros también la tienen y la sufren. Siempre se sintió culpada, maltratada, incluso insultada por sus malestares y con frecuencia le dijeron que los inventaba. A la sensación dolorosa se le agregó siempre la angustia asociada a la respuesta de los otros frente a su pedido de ayuda o alivio.

Las visitas a médicos fueron muy frecuentes desde niña y las investigaciones, a veces fallidas por parte de ellos, por las causas de sus dolores la llevaron a interesarse ella misma por investigar y estudiar bastante a fondo diagnósticos y nomenclatura médica. Si bien no estudió medicina, reconoce su interés por las ciencias y puede discutir, con el mismo lenguaje que su médico, alguna indicación. Esto le causa mucha satisfacción, porque así tiene algún control, aunque no sobre el dolor, sí, al menos, sobre el conocimiento y el tratamiento de éste.

Josefina: *Estoy con una crisis de fibromialgia, tengo una lesión en el plexo y desde que dejé de fumar ya no la sentía. Ayer después de bañarme me*

*eché crema y me masajee, pero hacía mucho frío y de pronto sentí un tirón fuerte y me sentí muy mal, casi no me puede mover por una hora y media. Estuve llorando mucho. Empecé a buscar estudios sobre fibromialgia y eso me alivió. La conclusión decía que la relación del paciente con su equipo médico es muy importante.*

Pudo ocurrir una contractura muscular por el cambio de temperatura, pero esto en Josefina desata una crisis de fibromialgia. ¿Cómo ocurre esto? La lesión en el plexo es antigua, pero ofrece una facilitación para la contractura y consecuente dolor. De aquí se desata una crisis de llanto que tiene que ver con su angustia ante cualquier evento doloroso en el cuerpo, que vuelve a traer el recuerdo de los malos tratos recibidos en la infancia, lo que sobrecarga la ya angustiosa sensación de estar impedida de moverse.

La posibilidad de nombrar, como forma de inscribir en la red de sentidos (en palabras de Freud: disminuir la ajenidad del síntoma) alivia, porque ofrece representaciones que dan soporte (contención) a los afectos despertados; dicho de otro modo, ofrece condiciones de descarga a las cantidades de excitación, equivalente a la conversión somática de la angustia. Por otra parte, la relación a otros mediada por representaciones ayuda a dispersar estas excitaciones, como en la transferencia conmigo, con el psiquiatra, además de los médicos. Poco más adelante en esta misma sesión relata muy enojada una fuerte discusión con alguien importante de su ámbito laboral, lo que aumentó el dolor durante la sesión visiblemente. Como si parte de la descarga –rabiosa en este caso- fuera por esta vía, junto con la verbalización. Pocos días después la crisis había pasado.

Con cada especialista Josefina hace una transferencia distinta. Algunos fallaron en sus diagnósticos o en los tratamientos, de ellos había desconfiado desde el primer encuentro. Desde niña podía apreciar la confianza que demostraban los médicos en lo que decían, o lo acertado de sus diagnósticos. Ha sido muy importante para ella la capacidad empática que demuestran para

escuchar su angustia, darle espacio para expresarse, así como el tiempo que le dedican. Hay algunos que son capaces de reconocer y comprender lo que le pasa. Puede entonces apreciar sus habilidades, reconocer sus límites y sobre todo beneficiarse con tratamientos que le han dado una estabilidad físico-corporal, que permitió disminuir los niveles de angustia notoriamente.

Josefina desafió a los médicos desde el comienzo, a los 6 meses de edad comenzó una tos irritativa que no paró hasta su pubertad. Luego vinieron dolores de estómago y cabeza, que ella describe como permanentes en su infancia y que aún tras mucha investigación no se les pudo encontrar causa. A los 7 años se le encontró un tumor en una rodilla, en una segunda operación luego de una primera fallida. Por mucho tiempo sufrió dolores en esta rodilla y le habían dicho que tendría que acostumbrarse a sufrirlos de por vida, lo que vivió con desesperación y como una importante desilusión que recaía principalmente sobre sus padres, incapaces de dar solución a sus dolores.

Cuando comenzamos el trabajo analítico, Josefina consultaba a su reumatóloga por la fibromialgia, que implica dolores en los pies, las rodillas, los hombros, el cuello, la garganta, las manos, los codos y los brazos, fatiga al despertar en las mañanas, también dolor de cabeza, a veces se suma la cara, y de estómago frecuentes, y lentitud para recuperarse de las lesiones. Consulta al psiquiatra por depresión, ansiedad y trastornos del sueño asociadas a la fibromialgia; a un dermatólogo por las alergias a la piel y en ocasiones, a las mucosas, a dos traumatólogos por una lesión en la cadera como efecto de una caída y una lesión en un tobillo, por otra caída; ginecólogo, para control de quistes en las mamas; a mí por psicoterapia y a otro psiquiatra a quien consulta cuando necesita una opinión acerca de si consultar o no a algún especialista. Tal como lo describe Winnicott, podría tratarse de “una “dispersión de agentes responsables” como corolario de una desintegración activa de la personalidad” (Winnicott, 1991 p.137). Pero en este caso, es más justo hablar de una dispersión de la imagen corporal quizá -antes que de la personalidad- en partes

delimitadas por las especialidades médicas. Es posible pensar en los médicos con sus especialidades, como representantes externos de representaciones del cuerpo, que mantienen una forma de disociación. Esto se puede afirmar apoyados en la idea que la imagen-recuerdo asociada al dolor, puede ser tanto del objeto provocador, como de las zonas del propio cuerpo sentidas como objetos externos. Y porque hay, a pesar de sus sufrimientos, una estabilidad en sus relaciones y en sus propósitos vitales, que están muy lejos de definir una desintegración de la personalidad (por tomar momentaneamente las fórmulas winnicottianas).

*J: Me he sentido pésimo de la fibromialgia, he faltado a clases martes, miércoles y jueves, sólo ayer fui un rato corto (...) Venía llorando porque vengo de despedirme de Miguel (el psiquiatra que la atiende hace algunos años y que la derivó con un colega porque se va fuera del país). (...) El jueves cuando fui a ver al nuevo psiquiatra, cuando él me iba a decir lo que sabía de la fibromialgia, me dí cuenta que tengo un trauma, esperaba... aquí viene, me va a decir que soy una histérica, que me invento los dolores.*

El modo en que Josefina describe las crisis de fibromialgia se parece mucho a lo que Freud llama angustia somática, por la combinación simultánea de dolor físico y angustia, que se observa como concomitante a cualquier elevación del dolor. Este es un núcleo importante de su angustia, claramente conectado a vivencias infantiles, con su familia y en el colegio especialmente, donde tenía siempre la expectativa de no ser creída, dudando ella misma si todo sería “invento” suyo y, al mismo tiempo, actuaba como si nada le doliera, pero esperando evidentemente comprensión y apoyo.

En una sesión hablando de sentirse discriminada en el colegio, asocia esto con la violencia que recibió de parte de unos tíos con quienes pasaba las tardes después del jardín infantil. Este tipo de violencia con maltrato, era repetido por su padre en casa. La violencia sufrida de manera pasiva tiene como correlato hoy, una facilidad para reacciones agresivas, e incluso violentas

(también ella tiene arranques de furia como su padre) pero que, a diferencia de éste, son controladas. Es decir puede gritar diciendo con precisión y buenas palabras lo que le molesta, no dañará físicamente, ni insultará a nadie, pero hay una sensación de mucha violencia interna que con ciertos estímulos (como sentirse discriminada por sus problemas físicos) aparece con fuerza. A la sesión siguiente,

*J: He estado teniendo sueños muy, muy raros. El más raro no lo recuerdo pero el titular sí: que me estaba haciendo una máscara facial ...con caca, estaba en un tipo de tratamiento estético o de salud... puede ser que no me gusta la cara que estoy poniendo, no lo sé...por algunos días puse cara que me daba lo mismo que Miguel se fuera ¡una mierda de cara!*

Es el tratamiento (“estético o de salud”) de Miguel -su psiquiatra- que tendrá que cambiar, con el psiquiatra nuevo; también puede ser esto una “¡mierda!”: estar obligada a aceptar el cambio, que evidentemente le provoca gran angustia –lo expresa el sueño y lo había dicho en sesión anteriormente-. Pero además, el sueño da figuración a esa “mierda de cara”, que es la que quiere negar la angustia que este cambio le produce.

El dolor le producía angustia por no saber si era real o inventado, y por las reacciones que provocaba en los otros. Pero, además, porque no se entendía su proveniencia, lo que lo hacía imprevisible, inmanejable e inevitable. Intentaba disimular de todos modos, la angustia y el dolor, lo que resultaba en un acrecentamiento de ambos. En el colegio los compañeros la molestaban por sus enfermedades, lesiones, yesos y otros impedimentos y no se llevó bien con ellos ni con los profesores, haciendo muy pocos amigos. Más tarde, en la adolescencia, pudo hacer amistades y luego de adulta ha podido construir relaciones fuertes y duraderas, las que disfruta y aprecia mucho.

Aun así era una niña inteligente y despierta, con un lenguaje bien desarrollado desde muy pequeña, que desafiaba muchas veces a sus profesores con sus conocimientos. Su padre le enseñó el hábito de la lectura, que mantie-

ne hasta ahora y gracias al cual despliega conocimientos en variedad de áreas. En esto se sentía autorizada por el padre, la crítica literaria era un tema que los llevaba a tener largas conversaciones. Aunque, en otros momentos, el padre era un hombre violento, que se enojaba mucho por causas insignificantes, que buscaba culpables para todo y que siempre “tenía la razón”. Lo describe como excesivamente crítico y devaluador, intolerante, especialmente hacia la ignorancia, pesimista y egocéntrico.

Sus padres la describen como una niña muy alegre e inteligente, que trajo alivio y alegría a la familia con su nacimiento. Es la tercera y la menor, luego de una hermana que mostró tener problemas en el desarrollo del lenguaje, déficit atencional e hiperactividad, que dio mucho trabajo a su madre y fue muy difícil de criar. Siendo la tercera, el papá esperaba un hijo hombre y, aunque no fue así, dice que la crió como niño jugando con ella juegos masculinos.

Joyce McDougall (1995), en su caso Georgette, relata: “Hoy por hoy diría que estaba asistiendo también a fenómenos somáticos que aparecían en lugar de sentimientos de rabia y de terror de los que Georgette no tenía ninguna representación psíquica. Únicamente se manifestaba la raíz fisiológica de sus afectos, en respuesta a una señal psíquica primitiva” (p.168). Con Josefina he podido pensar que aparecen los dos tipos de fenómenos, a veces incluso simultáneamente; unos que son relativamente fáciles de ligar a una representación o a sus afectos, y otros que parecen responder a lo que Mc Dougall apunta con la “raíz fisiológica de los afectos”, esto es, afectos que no parecen representarse psíquicamente. De todas formas, no es fácil distinguir unos de otros, pues en muchos casos parece tratarse solamente del factor tiempo, tiempo de trabajo analítico, tiempo para ligar representaciones, que no sabemos, en principio, si han sido construidas en el trabajo conjunto de análisis, o se trata del hallazgo de una “conexión lingüística” previa.

Por ejemplo, en cierta ocasión Josefina llegó a sesión enojada y frustrada, después de hablar de algunas causas de su estado de ánimo, dice:

J: *¿Te he hablado de los codos? Eso es punto aparte de lo reumatológico, es un dolor raro, distinto. Me empezaron a doler el sábado de forma terrorífica. El sábado tomé una cerveza, me di cuenta que no importa la cantidad de alcohol que tome, al otro día tengo dolor en las articulaciones.... Yo estoy segura que este dolor lo tenía a los 12 años. Yo relaciono el dolor de codos con el tronco, porque me suele doler la guata por la angustia que me produce el dolor de codos. Y es el dolor de guata de una pena terrible.*

Se observa aquí con claridad la relación entre dolor y angustia, permanente en sus relatos. Al pedirle asociaciones sobre los codos, pasa por una serie de temas y eventos hasta llegar al recuerdo de la mesa familiar.

J: *Yo ponía el codo así y me gritaba ¡me vas a quemar, por la cresta! Por la cresta y la cagaste eran las expresiones agresivas de mi papá y mi mamá. Por la cresta: mi papá que tiene la cresta grande y la cagaste: mi mamá que tiene colon irritable.*

L.M: *Así que el dolor de los codos es por la cresta.*

J: *Irónicamente el sábado celebramos el día del padre ¡por supuesto!*

L.M: *¿y que te pasaba cuando tu papá pegaba ese grito?*

J: *yo sentía que era lo más espantoso que podía pasar (...) Yo entendía que era mala porque lo iba a quemar. Sentarse a comer con mi papá era traumático. Pero rápido me di cuenta que no tenía ni pies ni cabeza.*

Casi con total evidencia, se puede afirmar que se trataba de un dolor conversivo. Sin mucho esfuerzo la conexión lingüística apareció en el trabajo asociativo y luego de ello, el dolor desapareció sin volver, al menos como queja en sesión. Pero todavía, podría afirmarse que, si el dolor a los codos persistiera sin ser traído a sesión, pudiera tratarse entonces de un aspecto no representado: odio al padre, por ejemplo, que estaba junto al síntoma conversivo. En este caso hipotético, el dolor a los codos podría concentrar dos tipos de afecto: uno representado como miedo ante la violencia del grito del padre y, odio al padre, no representado. Este último es un aspecto del afecto hacia el padre más cer-

cano a lo pulsional (pulsión de muerte en este caso) y menos elaborado. Quizá representado tan solo mediante representación-cosa. Un odio o pulsión destructiva, que permanece sin transcripción (sin traducción), quedando dirigido al propio sujeto, pues proviene de un tiempo en que la diferenciación no estaría resuelta, el sujeto aún no separado podría considerar este odio como hacia sí mismo, “autoengendrado” y que se vierte contra la propia actividad de representación, contra la actividad de representarlo, como propone Aulagnier en relación al pictograma de rechazo; o como lo podría conceptualizar Winnicott, un odio imposible de dirigir al objeto, puesto que éste aún no tiene existencia. Aunque en este caso, Josefina cuenta un evento del cual tiene memoria, es un recuerdo, por lo que no es primario, sin embargo, puede conectar con un odio aún anterior.

Para la conversión, la conexión lingüística es “codos”, ya que por medio de ella se hizo la asociación con la escena originaria. Hay, además, una asociación por contigüidad de eventos (mesa familiar – celebración del día del padre). Las otras características de la conversión, esto es, la complacencia somática, puede ofrecerla la facilitación de malestares reumáticos dada por la fibromialgia, aunque Josefina comienza caracterizándolo como distinto. Y el “nachträglich” se verifica en la aparición del síntoma como sustituto del afecto, a propósito del recuerdo de la escena que ella misma caracteriza como traumática, pero que aparece hoy, con el recuerdo por la celebración en la mesa familiar. La inundación de angustia que el grito del padre solía producir en la niña, puede ser evitada con el dolor a los codos, que sustituye dolor por dolor, sin perder la relación al evento.

En otra sesión relata:

*J: Fui a ver al psiquiatra y estaba en la sala de espera feliz, y de repente escucho un agudo ruido, era una niña. Le dije en tono muy feo pero con buenas palabras que no debía estar haciendo ese ruido (...).*

Continúa relatando que cuando sus padres peleaban a gritos terminaba gritando ella también. La llena de rabia recordar esto. Josefina y su pareja decidieron que nunca, en su casa, se levantaría la voz. Al recordar estos episodios de peleas entre sus padres, empieza un dolor en la cadera, habla de él, de cuánto y cómo le duele. En ese lapso se da cuenta que el dolor desaparece. Cuando vinculamos explícitamente el dolor a la cadera y su rabia a propósito de los gritos de sus padres, objeta que el dolor apareció en realidad porque le molestaba el esquión en la parte dura de la silla (un estímulo propiciador hace de una molestia un dolor, cuando un aspecto del afecto no logra ser ligado en su totalidad al discurso).

A la sesión siguiente, cometo un “error” actuando como pudo haber actuado su madre, ante su relato de un accidente callejero. Se enfurece conmigo y se va de la sesión mucho antes de terminar la hora. La sesión siguiente a la que actuó, también ella, su rabia hablamos de las actitudes de su madre que la enfurecen; sigue muy enojada, piensa que si vuelve a ocurrir una situación así nuevamente no va a poder seguir viniendo, inmediatamente vuelve el dolor de cadera y acto seguido habla de un trabajo que debe terminar. El cambio de tema señala (a mi parecer, en este caso) la disminución de la intensidad del afecto, posiblemente gracias al traspaso de ciertas cantidades (conversión) a la cadera, junto con la oportunidad de elaborar y ligar el afecto. La violencia contenida en su primera reacción va decayendo, luego de la conexión con su trama familiar y el efecto de esto en la transferencia; su actuación (irse de la sesión) sirve como descarga; y la posterior puesta en palabras, como elaboración. El dolor a la cadera forma parte de todo este conjunto de acciones, reacciones y afectos, no podemos decir que esté a cambio de algo, sino como una reacción más. El tema del trabajo, habla justamente del trabajo (esfuerzo) que le implica elaborar estos afectos que fueron despertados por el accidente primero y mi reacción después.

Este dolor a la cadera, a diferencia del de los codos, no tiene (o no se logra) establecer una conexión lingüística. Puede hacerse la relación al pasado, haciendo de la escena actual (escena transferencial) un recuerdo de la relación con la madre y luego las escenas de peleas (gritos) entre los padres. El primer desencadenamiento del dolor está en relación al grito de la niña en la consulta del psiquiatra, de ahí el recuerdo de las peleas entre sus padres. El segundo momento del dolor en la cadera es en el momento en que piensa que no va a poder seguir viniendo a terapia porque su analista se ha convertido en lo que odia de su madre. Este es un afecto que no se puede definir con justeza, puesto que no se investigó en sesión, puede ser de duelo más que de rabia. El tercer elemento para definir la conversión, es decir, la complacencia somática está dada de antemano, pues Josefina tuvo una lesión en la cadera a propósito de una caída y en la primera escena, se agrega la dureza de la silla. Por lo que de las tres características para definirlo como conversivo, el dolor en la cadera, ocurrido al interior de la escena transferencial, cumpliría solo con dos. ¿Será este un dolor conversivo al que no se le pudo encontrar conexión lingüística? ¿O no llega a ser conversivo y pudiera tratarse de un fenómeno de desajuste? Es posible si se considerara que se trataría, en ese caso, de un dolor que está en el lugar de lo inexpresable, de un irrepresentable, tal como el odio en el ejemplo de los codos.

### **Otras observaciones clínicas**

La exposición de otro caso (Juan, ya visto en el Capítulo 2) en torno a la problemática del dolor puede contribuir, ofreciendo contrapuntos y énfasis respecto de algunos alcances. Juan, del que ya se ha expuesto una parte de su material de trabajo analítico, también presenta dolores con ciertas características interesantes en relación a lo que se está revisando:

*Juan: Tengo casi 30 años y aún vivo con mi mamá, aun no soy autosuficiente. Y es curioso que ahora tengo una total independencia afectiva, podría irme y no rompo ningún vínculo afectivo. No tengo arraigo con nada y eso me*

*da pena y alegría al mismo tiempo. ... He estado achacado, tantos dolores (en las manos, en los pies, las caderas, el cuello, los codos).*

Continúa relatando que su padre jamás alegó por darle plata para salud o para libros, pero para ropa o juguetes decía: no hay plata. Y a propósito de estos dolores vuelve sobre el padre y la distancia que ha tomado el último tiempo, ya no lo ve ni le habla.

*LM: Aunque tú has sido el que se aleja sientes que él te ha abandonado. ¿Habrá algún deseo de enfermarte y tener que pedirle plata?*

*J: Me he exiliado de él, me arranqué, me extirpo de él.*

*LM: Coinciden en el tiempo estos dolores con que te has alejado de él.* (Debiera haber señalado algo sobre el extirparse, es una fórmula extraña, quizá el dolor corresponde más a esa acción de extirparse del padre).

*J: Yo trato de ser malo; tuve que trabajar con una colega que odio...pero como voy a ser malo, como han sido malos conmigo.* (Su respuesta al señalamiento parece dirigirse a lo que no fue dicho: el odio que él no muestra, pero que sí reconoce).

En sus primeras frases pasa de hablar sobre su falta de vínculos afectivos o su falta de arraigo, al mismo tiempo que la dependencia con su madre, lo cual parece contradictorio, y luego salta su estado físico, a los dolores. Es esta una asociación que hace de manera inconsciente, para ser puesta en la transferencia. Allí donde la terapeuta puede estar en el lugar materno -de la dependencia- que “los dolores” toman un sentido. Trae los dolores a sesión poniéndolos en asociación al arraigo/exilio y extirpación. No es “inocente” su decir en este momento (contiene algo de victimización), quiere ser puesto en relación a su sufrimiento psíquico. También en relación al padre, que los dolores físicos tienen un lugar, tal vez, como en Josefina, de sustituir lo doloroso de este vínculo “exiliado” y “extirpado”. Exiliado remite a un alejamiento de Juan, ha tenido -obligadamente- que distanciarse. Extirpado habla de sacarlo de sí, sacar al padre de sus vínculos, pero es el padre como objeto interno lo que se extirpa, lo

cual necesariamente duele. Su respuesta a la intervención, es que él, Juan, no puede ser malo, como otros lo han sido ¿qué dice con lo que dice? Quizá que no puede ser visiblemente “malo” con otro, pero nada le impide serlo con su cuerpo.

En ocasiones en que está angustiado, tenso y principalmente con rabia, busca hacer ejercicio físico hasta agotarse por completo, hasta el límite de su capacidad muscular. Así se produjo una lesión en la cadera que tuvo que ser operada, que luego requirió de mucho trabajo con kinesiólogo y, sin embargo, no se ha podido recuperar por completo, por lo que en ciertas ocasiones vuelve el dolor. Todo esto ocurrió en el transcurso del análisis, es decir en transferencia, como actuación de su impulsividad destructiva (un año antes de pedirle el consentimiento informado para participar en la investigación). De ahí en adelante el dolor en la cadera tomó un rol en el devenir de su trama psíquica.

*J: Después de pelear con la Jose me dolió mucho la cadera. Me rigidizo, no sé...*

Empieza a detectar los momentos en que le duele, generalmente situaciones de tensión afectiva intensa. En otra sesión dice:

*J: por otro lado, la cadera me empezó a doler mucho esta semana.*

Relata que estuvo largo tiempo sentado en su trabajo y eso le hace mal, pero también había mencionado justo antes:

*J: Me llegó un reto de la jefa del laboratorio, porque me venía diciendo que le tenía que avisar lo que iba a hacer y qué equipos iba a usar... primero me lo tomo personal: no me tiene confianza. Me gusta mandarme solo, no me gusta andar avisándole. Tampoco es que me humille ni nada.*

El dolor a la cadera entonces queda asociado a momentos en que aparece angustia y sufrimiento psíquico: después de pelear con la Jose y luego que la jefa lo retó. Este “reto” muy probablemente trae asociado los episodios de furia de su padre. Testigo de ello es, precisamente, el “símbolo de la negación” bajo el cual aparece el sentimiento de “humillación”, lo que lo hace aún más re-

levante y atestigua su dificultad para devenir consciente. Al respecto Freud afirma que “un contenido de representación o de pensamiento reprimido puede irrumpir en la conciencia a condición de que se deje *negar*” (1925/1990, p.253). De modo que justamente gracias su negación (“tampoco es que me humille ni nada”) es que puede asomar este contenido de representación reprimida, que liga la escena actual con la jefa, con vivencias anteriores y de mayor intensidad afectiva, que debieron ser reprimidas o incluso, suprimidas.

Un paréntesis aquí puede convenir para revisar la importancia de “la negación” para el tema en estudio. Porque, por el momento, la negación descubierta en este material, solo permitiría revelar el origen inconsciente de su contenido, si no tenemos en consideración todo el trabajo de análisis que se ha hecho sobre el artículo “La negación” de Freud; “es que la negación va a desempeñar un papel no como tendencia a la destrucción, como tampoco en el interior de una forma del juicio, sino en cuanto actitud fundamental de la simbolicidad explicitada” (Hippolite, 1988, p.845). El “símbolo de la negación” así considerado, da un lugar al sujeto como autor de enunciación, es decir sitúa al sujeto respecto de su enunciación; además que permite al pensar una cuota de libertad respecto de la represión y es, por sí misma la negación, la explicitación, de que lo que se trata en ella es una representación de la cosa, esto es el objeto (a lo que apunta la “simbolicidad explicitada” de Hippolite).

Este dolor a la “cadera”, entonces, tiene relación con un reprimido y se asienta en una lesión preexistente (solicitud somática). Adicionalmente, se debe admitir que el “reto” de su jefa no pudo contener la violencia ni humillación que debieron haber tenido los retos de su padre, este sentimiento de humillación corresponde, por tanto, a esa otra escena; de ahí que el *nachträglich* queda comprendido por la forma en que, en la actualidad de la sesión, reaparece el sentimiento de humillación, en el relato del evento con su jefa, aunque su origen pueda suponerse como, precisamente lo reprimido. Pero, entonces, además de dar lugar a un reprimido, el sujeto además afirma, se-afirma a sí mismo en ello:

“tampoco es que me humille, ni nada”, la negación le permite situarse a un costado de la humillación.

Lo que no se encuentra es la conexión lingüística para revelarlo como conversivo. Ésta debiera ir apoyada en la palabra “humillación” dado que es la representación liberada, en cierta forma, aunque no del todo, de la represión. No se encuentra porque no ha sido suficientemente trabajado en sesión, falta tiempo de trabajo analítico, el punto es que, hasta que esto no ocurra, no se puede suponer. Por lo tanto, podría ser este un dolor que responde a lo que hemos descrito como fenómeno de desajuste.

En otra sesión se da el siguiente diálogo:

*J: ¿Por dónde empezamos?*

*LM: ¿Qué se te viene a la cabeza?*

*J: Optimizar la sesión, con la palabra precisa y la mirada perfecta....*

*LM: Mmm ¿Y cuál es la palabra precisa hoy?*

*J: las emociones, supongo. Para mí siempre las emociones han sido difíciles de manejar.*

*LM: ¿Qué sientes con la emoción?*

*J: Susto.*

*LM: Te asustan*

*J: Claro*

*LM: ¿qué te asusta?*

*J: que se desborde lo que hay adentro.*

*LM: ¿Qué imaginas? ¿Cómo sería ese desborde?*

*J: Como mi papá, como mi mamá, como mi hermana.*

Los desbordes de su papá son violentos, verbal y físicamente; su hermana tiene crisis de llanto y gritos, y a su mamá la describe siempre ocupando la posición de víctima de los otros dos, lo que a él le da mucha rabia. Juan en cambio, en estas crisis familiares, se mantuvo siempre muy controlado, pero no solo en su expresión, sino también respecto de lo que sentía. En otra sesión:

*J: Me ha dolido mucho la cadera estos días.*

*LM: ¿no te debería doler? (ya han pasado 6 meses que se operó).*

*J: Un primo se operó con este mismo médico y también a veces le duele. Me preocupa no haber quedado bien, siento como dos huesos rozándose. Siento que todo se está cayendo a pedazos, mi auto tiene un problema, le robaron un espejo, mi bicicleta, mis poleras se están rompiendo...He peleado ene con mi mamá, porque encuentro que para de exponerme a la violencia, si cuando chico no pudiste...cuando el papá me sacaba la chucha, me decía “no si él te quiere en realidad, es su forma de querer”. No me quiere si me pega, y por la espalda sigue validando la violencia. Este año ya no me lo enchufó más (para la Navidad). Cómo es tan imbécil de no darse cuenta que él no la quiere. Yo estoy feliz porque ya no espero contarle mis logros. Se los cuento a mi jefe y me dice: ¡Felicitaciones Juan. Buen trabajo! (...) Pienso en el auto, si lo vendo o no, era de mi papá, con él fuimos muchas veces de vacaciones, pero se está cayendo a pedazos.*

En contraste con el material recién expuesto, otro día comienza la sesión diciendo:

*J: Colapsé, se me pasaron todos los dolores, en lo único que estoy concentrándome es en no morirme.*

*LM: ¿de angustia?*

Continúa relatando que se ha sentido muy solo, con mucha necesidad de estar en pareja; la Jose, con quien había terminado la relación, le dice que ya no volverá con él, que está saliendo con otro. Además los intentos de acercamiento con otras jóvenes no le han resultado. Pero comienza declarando que todos los dolores que tenía, en la cadera, los codos y las piernas, han desaparecido, este es el colapso: que el dolor psíquico es inomitible, no ha podido recluirlo en el dolor físico. Tal parece que, cuando el dolor psíquico ya no puede evitarse, entonces el dolor físico se vuelve innecesario y puede desaparecer. Lo

que viene a reforzar lo planteado en este capítulo, pero ahora desde su reversión. Sin embargo, más adelante, en otra sesión, los dolores vuelven:

*J: Me ha dolido el pecho estos días, y me ha dolido mucho la cadera, los brazos, los codos, las articulaciones, como que estuviera apaleado. Está llorando mi cuerpo, no sé cómo echar para afuera.*

Vuelve a ser posible derivar el dolor psíquico y la angustia, en dolor corporal, tal como lo imagina y dice Juan: “está llorando mi cuerpo”.

Revisando estos dos casos vemos varios elementos comunes tanto en la historia como en la forma que adoptan sus malestares corporales. Si bien estos jóvenes son muy distintos entre ellos, pertenecen a la misma generación, mismo rango etario y sociocultural: profesionales universitarios, comenzando su inserción en el mundo laboral. Comparten un aspecto de la historia bastante relevante: un padre con arranques violentos, y severo maltrato directo a los hijos y a la esposa, la madre se somete a él desde una posición de víctima muy enfatizada, en el caso de Juan.

Un tercer caso con características similares refuerza estas ideas: Ignacio tiene dolor en toda la musculatura, el estudio médico dio como resultado una anemia determinada por falta de fierro. Se realizó transfusiones de fierro con la indicación médica y los dolores desaparecieron por un tiempo, pero luego volvieron en circunstancias de un fuerte conflicto con su jefe que finalmente lo llevó a renunciar al trabajo. Durante las semanas en que tomaba la decisión, anunciaba su renuncia y cerraba con dos últimas semanas de trabajo, el dolor vuelve a aparecer ya sin justificación por la anemia. Junto con él, un rash alérgico en todo el cuerpo, dermatitis atópica, que fue también investigada sin encontrar causa.

El dolor muscular y la dermatitis, ambos fenómenos tenían antecedentes que facilitaron su aparición (“complacencia somática”, diría Freud). Aparecen ante una fuerte tensión, antes de decidir renunciar al trabajo tenía sentimientos contrapuestos. Le gustaba el trabajo que estaba desarrollando y se sentía res-

ponsable por dejar a medio camino algunos proyectos que él mismo había comenzado; pero la relación con su jefe había llegado a un punto insostenible de maltrato mutuo. Lo que evidentemente traía, al presente de esa relación, la relación con su padre, también esencialmente ambivalente, por supuesto.

Ignacio tiene la misma configuración familiar que Josefina y Juan: un padre que no controla su violencia en casa y una madre victimizada e impotente para proteger a los hijos y a sí misma de la violencia de su marido. El dolor aparece ante la violencia, pero sobre todo violencia interna, ahora violencia propia pero impedida de descarga y que parece irrepresentable. No es el afecto directo hacia ese jefe, con quien entró en conflicto, sino lo que puede tener de repetición esta nueva escena.

## VI. SOMATIZACIÓN Y SEXUALIDAD

### La sexualidad

La sexualidad interesa en este estudio pues es el punto de articulación más estrecho entre lo orgánico y lo psíquico, y la condición necesaria para la constitución del psiquismo. Podría decirse que la sexualidad es lo psicossomático por excelencia, el agente de unificación psicossomática (McDougall, 1995; Smadja, 2009). Y la pulsión es el concepto sostenido en la posición de límite entre lo somático y lo psíquico es aquel “acontecimiento que tiene lugar en esa encrucijada psicossomática o somatopsíquica” plantea Green (1998).

Como es sabido, el cuerpo biológico u organismo, se hace cuerpo humano a través del vínculo sexualizante con el otro de los cuidados maternantes; el inconsciente es producto de esa relación “y fundamentalmente, producto de la represión originaria que ofrece un *topos* definitivo a las representaciones inscritas en los primeros tiempos de dicha sexualización” (Bleichmar, 2010, p.17). Representaciones que inscriben al sujeto en un campo de lenguaje y, como ser sexuado; primeras inscripciones que brindarán las condiciones para luego representarse a sí mismo. La represión originaria, sienta las bases y hace posible los procesos de simbolización primaria que se dan en y gracias a la relación al otro. McDougall (1995, a propósito del caso Georgette), agrega que la sexualidad arcaica del lactante, que incluye las percepciones primitivas de sabores y olores, -como el olor del sexo materno-, al no ser simbolizable, conservan una forma originaria, como un pictograma (Aulagnier, 1975). La sexualidad como operador psíquico de los inicios, toma estas formas de inscripción previa a las representaciones que serán conservadas gracias a la represión originaria. Por la prematurez del humano, estas inscripciones, meras impresiones, solo poste-

riormente podrán ingresar en un campo de representaciones y quizá, si entren en un campo de sentidos. Por lo que primariamente son solo impresiones corporales, de un cuerpo que responde básicamente al placer y displacer.

Entendiendo que *sexualidad* en psicoanálisis “no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (alimentación, excreción, etc.) y que se encuentra también a título de componente en el amor sexual” (Laplanche y Pontalis, 1981, p.401).

En Tres ensayos sobre una teoría sexual (1905) Freud planteó una lectura del *autoerotismo* del lactante, en base a la actividad del chupeteo, como primera manifestación sexual, definiendo cuatro aspectos esenciales de ésta:

1) Se trata de una búsqueda de placer, dice “ya vivenciado y ahora recordado”. Como primeras representaciones sensorio-motoras; “recuerdo” de aquellas primeras inscripciones del placer (p.164).

2) *Apoyada* en una necesidad fisiológica: *apuntalamiento* (de la succión sobre la alimentación, por ejemplo), sobre el primer placer vivenciado por la criatura;

3) No considera un objeto sexual, es decir, es *autoerótica*;

4) El fin sexual está determinado por la actividad de una *zona erógena*.

Este “recordar” (1) es un primer indicio de actividad psíquica y junto con el punto (2) conforman el modelo que luego tomará la producción del síntoma. La ausencia de objeto en el autoerotismo es referida a la ausencia de código representativo, que más tarde, cuando la presencia haya podido ser representada, habrá un objeto de la fantasía.

La constitución de la *zona erógena* entonces ocurre gracias al apuntalamiento de la pulsión, primero, investidura de la zona, y luego la libidinización por parte del otro de los cuidados sobre esta misma zona, haciendo de esa exten-

sión física una “zona erógena del cuerpo”: será ahora un organismo colonizado psíquicamente, libidinalmente, es decir, un cuerpo. Pues en el chupeteo autoerótico, posterior a la succión de alimentación, el objeto está presente alucinatoriamente. Objeto y órgano entonces, coinciden o se superponen en el acto autoerótico, uno por la estimulación directa y el otro alucinatoriamente. Aun considerando que Aulagnier apunta al auto engendramiento de este momento y también Winnicott habla de la “creatividad primaria”, consideran ambos que, para esta criatura en desarrollo, el objeto no existe aún, tan solo como agente de la satisfacción.

Freud (1905) define una zona erógena como:

Un sector de la piel o de mucosa en el que estimulaciones de cierta clase provocan una sensación placentera de determinada cualidad (...) Pero además, tal como ocurre en el caso del chupeteo, cualquier otro sector del cuerpo puede ser dotado de la excitabilidad de los genitales y elevarse a la condición de zona erógena” (p.166-167).

Posteriores reflexiones y observaciones (nota al pie de 1915, p. 167) llevaron a Freud a encontrar la erogeneidad en todas las partes del cuerpo, incluidos los órganos internos. Bleichmar, por su parte se muestra muy contraria a considerar que cualquier órgano pueda ser erogenizado, pues difícilmente somos conscientes o capaces de percibir la actividad del hígado o la vesícula, a no ser que éstos enfermen y duelan. Aunque se le puede oponer, que la erogeneidad no es precisamente consciente, y quizá el dolor sea una forma de adquirir erogenizarse.

### **La pulsión**

Cabe aquí detenerse en el concepto de pulsión, fundamental para avanzar en la comprensión de esta relación del cuerpo con el placer. Nada menor si tenemos presente que la pulsión será determinante en la relación del sujeto a su entorno y a los otros; relación determinada por el placer y el displacer, primer encuentro con las diferencias esenciales (adentro y afuera; bueno y malo; yo, otro) para la constitución del psiquismo.

“Por “pulsión” podemos entender, al comienzo, nada más que la agencia representante {*repräsentanz*} psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir” (1905/1990, p. 153); para Freud de la primera tópica, la pulsión es “intrasomática” y por tanto externa al aparato psíquico, podrá participar de lo psíquico solo a través de su agencia representante. Aquí no es una representación sino es un agente de representaciones de las fuerzas que vienen de lo somático. En “Lo Inconsciente” la pulsión se propone:

Opino, en verdad, que la oposición entre consciente e inconsciente carece de toda pertinencia respecto de la pulsión. Una pulsión nunca puede pasar a ser objeto de la conciencia; sólo puede serlo la representación que es su representante. Ahora bien, tampoco en el interior de lo inconsciente puede estar representada si no es por la representación. Si la pulsión no se adhiriera a una representación ni saliera a la luz como un estado afectivo, nada podríamos saber de ella...” (Freud, 1915c: 173)

En esta segunda definición la pulsión es representada por una representación y/o por un estado afectivo. Pasa de ser agente activo, observable a través de sus representantes. En “Pulsiones y destinos de pulsión” (1915) propone la definición más clásicamente conocida:

Nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {*Repräsentant*} psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” (1990, p.117).

En la segunda tópica, en cambio, la pulsión o más correctamente las pulsiones de vida y pulsión de muerte, están dentro del aparato psíquico, formando parte del Ello. Habría por tanto, más de una definición de pulsión, pero en todas ellas la relación a la representación es esencial, es decir, la pulsión no puede ser conocida sino a través de su representación (“que es su representante”).

Bleichmar (2015) la describe en los siguientes términos: “aquel estímulo endógeno frente al cual la fuga está impedida, llevando a partir de ello a movimientos psíquicos defensivos cuya complejidad desembocará en la constitución de una tópica en el sujeto psíquico” (p. 65). “Represión originaria que ofrece un

*topos definitivo* a las representaciones” de los primeros tiempos, (como recordamos del primer párrafo) y la pulsión, serán los encargados de establecer la *tópica*, es decir la organización básica, para la estructuración del psiquismo, sacando a la cría humana de la condición instintual. Pero esto ocurre, como ya se dijo, sostenido por la condición, a la vez necesaria e inevitable, de la presencia del otro, el que además agrega un “carácter altamente paradójico” (p.65) porque es apaciguador de la necesidad y agente de satisfacción, al mismo tiempo que agente de excitación sexual, “objeto fuente, derivado de la estimulación sexual precoz a la que el niño está expuesto por el hecho de hallarse sujetado por los cuidados de la práctica antinatural materna” (Bleichmar, 2015, p.65). Las prácticas maternas son caracterizadas como “antinaturales” en referencia al efecto de arrancar a la criatura del estado de naturaleza, por medio de unas prácticas de cuidados comprometidas con la cultura y el propio inconsciente materno, lo que no puede sino implicar cierta violencia (Aulagnier) por la precocidad en la que se lo sorprende, por no contar con la trama representacional o de sentidos necesarios para *traducir* esa vivencia. Bleichmar lo plantea como “transformarla (a la cría humana) en producto de cultura, en producto sexualizado, subvertido de su instinto” (p.65).

Así la sexualidad es, para el psicoanálisis, el núcleo central, promotor del psiquismo y “lo reprimido fundamental, incluso como lo único que se reprime”, según Laplanche (1980, p.27); por lo que permanece intacto, inconsciente; siendo también, en sus retornos, el nudo conflictivo del desarrollo hacia la salud o la enfermedad, núcleo de las particularidades y las patologías psíquicas.

Resumiendo:

La noción de cuerpo erógeno implica entonces que, por una parte, la psiquis nace anclada a la experiencia corporal, mediada a su vez por la experiencia de satisfacción o insatisfacción que propicia el Otro materno; a su vez, el cuerpo deja de ser soma para nacer como cuerpo propio en la medida que la satisfacción de la necesidad da paso a la configuración del deseo en el sujeto, es decir, en la medida que el cuerpo no se resigna

a la mera satisfacción somática, sino que requiere que aquella se acompañe de una experiencia libidinal, una experiencia de placer (Messina y Romero, 2017).

Dado que la sexualidad como foco de estudio puede extenderse hacia muchos vectores (psicopatología, perversiones, neurosis, oralidad, analidad, etc.) focalizamos en lo que interesa aquí, es decir la sexualidad como aquel ámbito de la vida que hace de bisagra, como la actividad humana por excelencia que reúne lo somático y lo psíquico. Incluye por supuesto los conceptos de: libido como “la excitación sexual elaborada psíquicamente” (Laplanche, 1980, p.34), zona erógena y placer de órgano, conceptos que sostienen la relación necesaria entre pulsión, sexualidad y cuerpo.

### **El trayecto sexual**

El acontecer sexual en su trayectoria de la fuente pulsional hasta la satisfacción- como fue descrito por Freud- realiza un camino en el que la excitación sexual va desde su origen somático al plano psíquico para realizar su devenir normal hasta la descarga. Es en este paso a lo psíquico que la sexualidad se realiza como tal, es lo que Freud llamó inicialmente psicosexualidad, lo que la diferencia de ser meramente descarga de cantidad. La sexualidad así concebida tiene dos niveles, uno psíquico y uno somático; existen pasajes dinámicos y funcionales de un nivel al otro, así también como existen obstáculos dinámicos y funcionales que alteran el devenir normal o deseable.

Fue a propósito de las neurosis actuales y una de ellas, la neurosis de angustia, distinguida por su fuente exclusivamente somática, que Freud planteó el efecto de la mantención de la energía sexual en el plano somático. En ella lo característico es que la excitación sexual somática no logra llegar al plano psíquico quedando interrumpido el proceso fuera del psiquismo; y la angustia es interpretada como la transformación económica de esta excitación sexual somática. Freud lo plantea de la siguiente manera en el Manuscrito E:

La tensión física crece, alcanza su valor de umbral con el que puede despertar afecto psíquico, pero por razones cualesquiera el anudamiento psíquico que se le ofrece per-

manece insuficiente, es imposible llegar a la formación de un afecto sexual porque faltan para ello las condiciones psíquicas: así la tensión física no ligada se muda en...angustia. (p.232)

Ahora bien, ¿por qué la mudanza es justamente en angustia? Angustia es la sensación producida por la acumulación de un estímulo endógeno diverso, el estímulo de respirar (...) Hay una suerte de conversión en la neurosis de angustia, igual que en la histeria, solo que en la histeria es una excitación psíquica que entra por un camino falso, exclusivamente por lo somático, y aquí es una tensión física la que no puede ir por lo psíquico y a raíz de ello permanece en el camino físico. (p. 234)

La excitación sexual, entonces, requiere de ambas formas de ligadura (sómica y psíquica) para su desarrollo y descarga normal; esto es el efecto psicósomático. Desde el punto de vista dinámico la forma de sintomatizar es a partir del conflicto entre instancias psíquicas “las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; se reconcilian por así decir, gracias al compromiso de la formación de síntoma” (Freud, 1917/1989, p.326). Las partes envueltas en el conflicto son la libido insatisfecha y el yo, que representa en este punto, los imperativos culturales impuestos a través del discurso y de la lengua (Aulagnier, 2015). La libido frustrada, regresa en busca de una satisfacción, y regresa a puntos de fijación, “prácticas y vivencias de la sexualidad infantil, afanes parciales abandonados y en los objetos resignados de la niñez” (Freud, 1917/1989, p.329). La investidura libidinal de estas vivencias infantiles se refuerza con la regresión, pues pudieron ser poco intensas en su momento (podría no haberse sospechado su valor patógeno entonces), pero sí debe reconocérseles ser un punto de inmovilización de montos de energía libidinal. Estos puntos de fijación bien pueden ser también satisfacciones ya sustitutivas de la infancia, como podría ser, por ejemplo, una enuresis, que luego cobra una forma más elaborada en su versión adulta al implicar alteraciones funcionales de la vejiga, como ocurre en los casos que se expondrán a continuación.

### **Observaciones clínicas**

La enuresis infantil ha sido considerada como una inmanejabilidad de excitaciones, aparecidas durante la noche (o el día) y que llevan a una descarga a través de la micción (Winnicott, 1930). Freud por su parte dice al respecto: “La mayoría de las llamadas afecciones vesicales de esta época son perturbaciones sexuales; la enuresis nocturna, cuando no responde a un ataque epiléptico, corresponde a una polución” (1905/1990, p.172). Se puede pensar en estas excitaciones somáticas (aplicando aquí la teoría de la neurosis de angustia, sin querer implicar con ello que pertenezcan a este diagnóstico) como aquellas excitaciones que no logran pasar al plano psíquico para dar expresión representativa a las excitaciones, como podría ser la elaboración de un sueño. En resumen, hablamos de excitaciones somáticas que no llegan a trasponerse al nivel psíquico.

Así, se observa en la clínica con frecuencia, mujeres que arrastran en su vida adulta dificultades con la micción e infecciones urinarias a repetición luego de haber tenido enuresis en la infancia. Algunos urólogos les recomiendan psicoterapia tras una infructuosa búsqueda de la etiología orgánica que explique tan frecuentes infecciones urinarias, o la hipertonia del esfínter, o un funcionamiento hiperactivo de la vejiga. ¿Cómo pensar estos síntomas desde el psicoanálisis, cuándo son nombrados así por el discurso médico? Se intentará escuchar, a través de los casos, la forma subjetiva que toman estos diagnósticos.

### **El caso de Elsa**

Elsa vino a consultarme por crisis de angustia, se sentía sobrepasada y abrumada y le recomendaron consultar. Tenía poco menos de 30 años. Describía crisis de llanto en que transpiraba, tiritaba y sentía “cosas medias psicóticas”, decía, refiriéndose a sensaciones internas de extrema inquietud, ansiedad, al mismo tiempo que confusión que le hacía perder el norte. No sabía lo que le pasaba pero pensaba que podía venir de su infancia. Estaba a punto de terminar una relación amorosa de 10 años y el rompimiento que estaba en cier-

nes le causaba un desgarró que resultaba estremecedor; decía que no iba a poder tolerarlo. Este es el marco en el que me fue relatando su historia:

Primera hija de una pareja joven que se instaló como allegada en la casa de los padres de él. Supo, por los dichos de su abuela, que se casaron porque su madre quería salir de su casa. Debido a la mala situación económica, Elsa fue entregada a su abuela materna para ser criada en el campo y así la madre pudo salir a trabajar.

Sus primeros 5 años que vivió con los abuelos, era una niña alegre, extrovertida, expresiva y muy cariñosa. Ellos la cuidaron con mucho cariño y con la abuela estableció una relación muy estrecha que duró hasta adulta, y de la que su madre siempre sintió celos. A los 5 años la madre la reclama de vuelta; ya tenían otro hijo y habían conseguido comprar una casa. Además Elsa tendría que entrar pronto al colegio. Para ambas, la niña y la abuela, separarse fue desgarrador.

Se fue entonces a vivir con su familia de origen, a la ciudad, donde la vida familiar era muy distinta: su padre y madre peleaban continuamente, el padre sólo tenía trabajos esporádicos y los perdía todo el tiempo. Drogadicto (según Elsa y la abuela) no daba la plata que ganaba para la casa y la madre ahora no trabajaba, por cuidar al segundo hijo. Eran extremadamente pobres. En las peleas, la madre gritaba tanto y tan fuerte que se escuchaba a cuerdas de distancia. Elsa se aliaba con la madre y odiaba al padre, le gritaba también y lo echaba de la casa. Hasta hoy lo odia profundamente (según sus palabras), dice de él: “no tiene ni un brillo; es un loco, irresponsable, drogadicto, habla incoherencias, no sirve para nada, se cree lolo. A veces le veo una mirada lasciva”. También hoy dice de su hermano que es irresponsable, drogadicto y loco; sin embargo, él se tituló de una carrera universitaria, trabaja actualmente en eso y vive independiente. Lo que hace sospechar de los juicios de Elsa, al menos, como algo exagerados. Cuando a sus 11 años, la madre se embarazó de un tercer hijo, Elsa se enojó muchísimo con ella, no podía entender cómo había

accedido a tener relaciones sexuales con este hombre “asqueroso” que era su padre y además traía otro hijo cuando ya así eran demasiado pobres. Terminaron separándose los padres al poco de nacer este tercer hijo.

Desde que se separó de los abuelos y fue a vivir con sus padres, Elsa empezó con la enuresis. La madre reaccionaba violentamente, le pegaba, la reataba y le decía “sucias”, pero nada lograba, ella seguía haciéndose en el colegio, en la cama, se hacía pipí todo el tiempo. De ser alegre y sociable, como fue con los abuelos, se volvió tímida, atemorizada, la molestaban sus compañeras; sólo tuvo una amiga y casi vivía en la casa de ella. Buscaba cualquier actividad para estar fuera de su casa el mayor tiempo posible. Su madre nunca le preguntaba dónde estaba, qué hacía, ni controlaba si estudiaba, y ella con 8 o 9 años podía volver a su casa a las 10 de la noche y nadie le preguntaría dónde estuvo. A los 12 años decidió cambiarse a un mejor colegio porque quería estudiar en la universidad, así que averiguó y se inscribió sola en el nuevo colegio.

Al terminar el colegio se fue a estudiar a otra ciudad. Se había prometido a sí misma que no iba a interesarse en los hombres y que nunca tendría una pareja. Vivió en comunidad con otros estudiantes, según cuenta era muy feliz y se preocupaba solo de estudiar. En eso apareció Javier, que la miraba y esperaba a la salida de clases para caminar con ella; pero ella no quería nada con él, estaba concentrada en su gran meta: terminar bien la carrera y no embarazarse (que era la amenaza de su madre). Pero él insistió tanto, la siguió tanto, que ella terminó aceptándolo. Al año de relación se fueron a vivir juntos, ella sentía que realmente eran muy felices juntos, así lo describe el primer tiempo del análisis. Investigando un poco más sobre la convivencia, descubro que las relaciones sexuales eran para ella un desagrado que asumía como obligación, dejándose hacer, sintiéndose a veces hasta violada. Dice al respecto “termino como si hubiera ido la guerra; me duele después sentarme, caminar...”

Llega a análisis cuando está cuestionándose seriamente la relación con Javier, ha empezado a darse cuenta que la sexualidad puede ser otra cosa y

que él no es quien ella había creído. Empiezan a distanciarse y después de muchos meses de un duelo desgarrador, ella termina la relación.

Desde que inicia su vida sexual, Elsa tiene infecciones urinarias a repetición. Una de ellas llegó a pielonefritis. Además sufre incontinencia urinaria, se hace pipí sin darse cuenta o apenas le dan ganas tiene que correr al baño con urgencia pues no puede aguantar y en las noches se levanta muchas veces. El diagnóstico ha sido “vejiga hiperactiva”. También tiene cierto grado de anemia sin explicación; una importante hinchazón en las piernas, con dolor y un cansancio enorme que le viene cuando llega a su casa (la casa de su madre). En el trabajo generalmente está bien, le gusta mucho lo que hace. Pero en el período de sus primeras consultas, terminando la relación de pareja, se aceleraba mucho, transpiraba, tenía taquicardia y se sentía muy nerviosa y desorganizada. Decía que las historias que escuchaba en su trabajo las asociaba a la suya propia: madres que no cuidan a sus hijos, hijos que se crían solos, drogadicción, delincuencia y todo esto le afectaba mucho. Tenía bruscos cambios de ánimo que ella misma no entendía.

### **El caso de Violeta**

Violeta llegó a consultarme presentándose así: “Una amiga me dijo que tú me podías ayudar, estoy con un problema a la vejiga, una disfunción vesical”; se ha orinado un par de veces sin poder controlarlo en situaciones muy bochornosas, una de ellas en una reunión de trabajo. Ha tenido además infecciones urinarias a repetición, desde que comenzó su vida sexual, llegando a tener más de 15 al año. Dice: “siempre la vejiga como enojada”, el urólogo se lo describió como “vejiga de lucha”, o sea que para funcionar tiene que luchar, además dice que nunca había visto una vejiga tan inflamada. También está con: “con un colon del terror” (colon irritable).

Tiene poco más de 30 años, viene de un país vecino y llegó a Chile con su marido y sus tres hijos por el trabajo de él; una vez instalados aquí tomó un

trabajo en una empresa de seguros. En su país trabajaba como profesora en una escuela de música.

Por los problemas vesicales intentó terapias alternativas, en una de ellas le preguntaron por su historia y ella misma quedó muy asombrada cuando al contar que su padre murió cuando era niña se deshizo en llanto; dice: “me salió como un tapón de pena”.

Un urólogo apunta a la necesidad de separar factores psicológicos, y le recomienda una psicoterapia, sin dejar de hacer la investigación médica correspondiente con una urodinamia y otros exámenes. La investigación arroja el diagnóstico de vejiga espástica e hipertensión del esfínter vesical, lo que explica la dificultad y falta de ganas de orinar, con el resultado que al llenarse la vejiga se rebalsa, perdiendo el control. Si no se acuerda, Violeta no va al baño durante el día, no siente la necesidad; dice: “pobrecita mi vejiga, ya se acostumbró a que no voy al baño”.

Según su relato todo comenzó cuando su madre se separó de su segundo marido, padrastro de Violeta desde sus 7 años. Estuvo muy involucrada en este proceso de divorcio, apoyando su madre que quedaba económicamente desprotegida. El padrastro, que había sido un padre cariñoso y un gran amigo para ella, a la luz de los nuevos acontecimientos, se transformó de pronto en alguien “libidinoso y patético”, sus acercamientos tomaron otro cariz, o ella empezó a entender de otro modo sus demostraciones de afecto. “Fue el año del alcachofazo, confirmar que no solo no quería a mi mamá sino que la despreciaba. Y yo creí que me quería un montón y ahora, no es que me quiera, es que le gusto. Habían unos manoseos desagradables y me miraba con unas caras...”. Violeta vivió con su madre y el padrastro hasta que se casó, tenía muchos deseos de irse de la casa, pues la madre se apoyaba mucho en ella por los conflictos que tenía con su marido.

El padre de Violeta murió en un accidente carretero. Lo describen como un hombre muy atractivo y un gran cantante y del cual la madre estuvo muy

enamorada. Cuando él murió la madre se deprimió y Violeta pensó que ella (que por entonces tenía tres años) debía cuidar de su madre y de ahí en adelante se sintió a cargo de ella.

Tras la muerte del padre, las dos hijas tuvieron enuresis. Pero la madre decía que Violeta solo copiaba a su hermana, sin embargo, la enuresis duró varios años. Se fueron de la ciudad donde habían vivido con el padre y nunca volvieron, hasta hace poco, cuando se cumplieron 30 años del accidente, hicieron el trayecto a la hora que él lo hizo, “fuimos el día del accidente. Fue muy bonito. De niña tenía otitis y cuando fui allá me empezó el dolor de oído”. También dice: “Tengo la sensación que mi cuerpo se enojó, se bloqueó y empecé a no hacer pipí....me preocupaba tanto dar jugo porque estoy triste, cansada...este déficit atencional eterno, no soy capaz de nada, ni de hacer pipí. Siento que el antidepresivo me puso más aletargada. Tal vez estoy llorando a mi papá”.

En una sesión se detiene de pronto y dice “Si mi papá hubiera sido más previsor y hubiera tomado un seguro de vida, otro gallo cantaría”, o sea, ella podría seguir cantando, ya que además ¡es del padre de quien heredó el canto! pero ahora, fuera de su país, se ha dedicado a los seguros, dejando lo que más la hace feliz. Con ello, recuerda un sueño que se le repetía en la infancia hasta antes de que llegara el padrastro a vivir con ellos. En el sueño su madre está muy anciana y ella debe cuidarla. La madre está acostada y le dice “pásame la cantora para hacer pipí”. Al oírse decir esto llora, pero no sabe por qué. Sin embargo, se da cuenta que algo quedó cifrado en este sueño y dirigiéndose a mí dice “ahí está todo ¿verdad? De niña yo decía que quería ser cantora”. Si ahora no puede ser cantora, ¿tampoco puede hacer pipí? Si el padre entonces, o el padrastro ahora, la abandonan, ella podría ser cantora y recordarlo, identificándose con él. Pero no ha podido ser cantora, junto con esa frustración, la función de la micción se altera: ya sea porque se hace pipí (la enuresis infantil) o, porque no puede hacer pipí (por hipertonia del esfínter, de adulta).

Además del juego de significantes, muy llamativo por sí mismo, hay en el sueño dos tiempos marcados: el momento en que el sueño es traído a análisis y relatado por ella, y el tiempo que Violeta le adjudica al sueño, cuando éste se le repetía, antes de vivir con el padrastro. Este es el tiempo del duelo por el padre muerto, tiempo probablemente que coincide con la enuresis y el tiempo en que ella piensa debe estar a cargo de su madre, pues con la llegada del padrastro se alivia de esta tarea.

Pero el sueño aparece ahora como recuerdo, al hablar de ese tiempo, del dolor de la pérdida, de los pocos recuerdos que tiene del padre, de la madre con depresión, y cuando se están tratando sus problemas vesicales. Es como enunciado transferencial, relato actual del sueño, que toma esta encadenación particular de significantes. Es, con los materiales y elaboración de la actualidad de la sesión misma y dirigida a otro, que esa forma aflora; movimientos inconscientes de elaboración que el mismo trabajo analítico pudo favorecer, en un trabajo del sueño el que la función vesical se conecte a través del canto, con el padre, el padre muerto, el trauma infantil. Porque fue a modo de duelo que las dos hijas somatizaron con enuresis, como síntoma de angustia y de pérdida, de excitaciones imposibles de tramitar de otro modo, dado el exceso, es decir lo traumático de los eventos ocurridos.

### **Acerca de Elsa y Violeta (análisis)**

A. **Aspectos comunes:** Los dos casos son muy distintos, pero llama la atención algunos elementos, no poco importantes, de los relatos en común:

1) Las somatizaciones como síntomas: enuresis infantil y fenómenos psicósomáticos: trastornos vesicales en la adultez.

2) Separación traumática: Muere el padre de Violeta; Elsa es separada de sus abuelos. Para ambas es un primer trauma infantil.

3) La seducción del padre, segundo trauma (o segundo momento del trauma): padre ausente y sexualizado, aunque por ocasionamientos muy diferentes: El padre de Elsa despreciado y maltratado por la madre, con quien Elsa

hace eco, convirtiéndolo en un adolescente irresponsable y sexualizado, recuerda algunas miradas lascivas del padre hacia ella, de las que habla muy poco; a sus 12 años los padres se separan, él nunca se preocupó ni entonces ni antes de ella como hija. Violeta, en cambio, pierde al padre idealizado (el padre de una niña de 3 años) y viene a sustituirlo un padre que se recuerda como amoroso, pero que luego, con la mirada de la mujer adulta, y también haciendo eco con su madre, muestra ser un fraude, no fue cariñoso con ella sino seductor y no quiere a su madre, sino la desprecia.

4) Las niñas pequeñas (3 y 5 años) perciben a sus madres sufrientes, que necesitan del apoyo y sostén de sus hijas, por lo que ambas son niñas obedientes, colaboradoras, con buenos rendimientos escolares y que no dan problemas a sus madres (exceptuando la enuresis, que quizá es la única vía de descarga no controlada), atentas a todo y especialmente a los estados afectivos de sus madres.

**B. El síntoma:** En ambas la historia de enuresis infantil se inicia con el evento de separación traumática: en el caso de Elsa se trata de la separación de sus abuelos con quienes había vivido protegida y querida, sus primeros cinco años; en el caso de Violeta se trata de la muerte del padre, con la consecuente depresión de la madre y el cambio de vida a otra ciudad. Se entiende el síntoma (enuresis), como diría Freud, como una satisfacción sustitutiva “la trasposición de una excitación psíquica a un síntoma corporal” Freud (1888, p. 105) y unos “símbolos mnémicos” de las vivencias traumáticas. Repitiendo lo dicho en el capítulo sobre la conversión, éstos son monumentos recordatorios, que a pesar de su aparente sin sentido, representan el episodio fundador (una pérdida imposible de elaborar) y lo mantienen presente, impidiendo su olvido, “como una especie de parásito, ya en forma de invasión motriz irreductible, ya de una sensación alucinatoria constantemente recurrente” (Laplanche y Pontalis,

1981, p.410). La reaparición en versión adulta es el nachträglich<sup>9</sup> de ese símbolo mnémico, es decir una reposición, con nuevas condiciones de algo que nunca dejó estar presente. Una nueva versión de lo que entonces se sintomatizó, y que luego toma una forma de fenómeno psicósomático. Lo traumático (desde Freud) ocurre en dos tiempos, lo cual se cumple en ambos casos; el primero es la separación traumática infantil, siendo el segundo momento el de la repetición de la separación: en Violeta el divorcio de su madre del que había sido su padrastro, ya siendo adulta; en Elsa la separación de Javier, con quien se había sentido construyendo una familia, ahora propia. En ambos casos, son estas nuevas separaciones, las que ocasionan las crisis de angustia que las trajeron a consultar.

**C. El fenómeno psicósomático:** Se observa aquí que ocurre lo contrario de lo que podría esperarse ocurriría con el fenómeno somático en análisis. En estos dos casos, en que la enuresis infantil no fue tratada en su momento, pasaron de síntoma a fenómeno, es decir, que de ser una excitación somática que no puede tomar su curso normal, dado el trauma, queda fijada la excitabilidad de esta zona. Además se puede pensar que agravaron su estado, con la repetición y reposición del trauma infantil. Obviamente para Violeta, la separación de su madre, en su actualidad adulta, no podría tener carácter traumático, pero adquiere esta fuerza en el segundo tiempo, - nachträglich-, que trae el primer ocasionamiento, que sí fue traumático y que nunca dejó de estar presente, sin ser recordado. Entonces hizo síntoma, hoy hace una marca en el cuerpo, pero vinculado con o apoyándose sobre el síntoma inicial (de la enuresis a la inflamación de la vejiga e hipertonia del esfínter). Lo mismo en Elsa, el desgarramiento producido por la separación con Javier no podía responder solo a ese

---

<sup>9</sup> El concepto de Nachträglich será usado indistintamente con après coup, sin hacer distinciones en sus posibles diferencias, asumiendo que se trata de la traducción, aunque provengan de distintas escuelas teóricas. Se asumirá la original significación freudiana.

ocasionamiento, la devastación en la que se la veía, hacía sospechar una sobrecarga traída de otro tiempo.

Como bien dicen Davoine y Gaudillière (2010)

¿Qué queremos hacer a partir del trabajo? Es llegar eventualmente a un modo de represión, es decir de memoria, no podemos recordar sino las cosas que podemos olvidar.

Si hay hechos que no podemos olvidar, no podemos recordarlos, y entonces están allí, están allí todo el tiempo y no tienen la posibilidad real de transformarse en representaciones, ni en representación de palabras, ni en representación de imágenes, si podemos decir así (...) Freud dice explícitamente, y por supuesto que es verdad, que no puede acordarse sino de cosas que son reducidas con representantes de los representantes, con palabras” (p.78)

Lo que no puede representarse no se recuerda ni se olvida. El trabajo analítico hace el camino opuesto al recorrido por estos trastornos somáticos. La marca en el cuerpo de la impresión dejada por la primera vivencia traumática, tras un nuevo evento, toma ahora un carácter diferente, ya no se trata de una satisfacción sustitutiva, se trata de algo que no puede ser recordado y no puede ser olvidado, pero que ha estado presente todo el tiempo. Que toma ahora la forma de alteraciones a nivel orgánico y no solo funcional: hipertonia del esfínter e importante inflamación de la vejiga, en el caso de Violeta, y vejiga hiperactiva en el caso de Elsa, además de infecciones urinarias con excesiva frecuencia en ambas. Estas son lesiones morfológicas de los órganos.

**D. Diferenciación entre fenómeno y síntoma:** Aplicando las características diferenciadoras revisadas anteriormente (en el capítulo I) entre síntoma conversivo y fenómeno psicósomático: 1) las lesiones a nivel orgánico de estos trastornos vesicales apuntan a que serían fenómenos y no síntomas; pero 2)

ambas pacientes integran el devenir de sus infecciones y el funcionamiento vesical en sus discursos, mostrándose más bien implicadas por estas molestias (importante indicar que esta posición se notó mucho antes de pedirles los consentimientos informados), lo que apuntaría a su posición de síntoma: “pobrecita mi vejiga, ya se acostumbró a que no voy al baño” o “mi cuerpo se enojó y empecé a no hacer pipí”, dice Violeta. Con lo que se vuelve compleja la decisión si estamos ante síntomas o fenómenos. Las evidentes lesiones morfológicas, como la inflamación de la vejiga en Violeta, o la pielonefritis de Elsa, apuntan en la dirección de los fenómenos psicósomáticos, aunque ellas se muestran concernidas con sus afecciones. Pero, también se podría afirmar que estos trastornos eran psicósomáticos antes de que iniciaran sus tratamientos psicoterapéuticos, es decir, estuvieran al margen del sentido, participando sólo desde lo médico, sin entramarse con su vivenciar actual o pasado, y que se hubieran vuelto síntoma en el trabajo analítico con ellos, ya que a raíz de este trabajo las pacientes pudieron tomar otra posición respecto de sus trastornos vesicales, por las intervenciones de la analista. Recordando que fue el urólogo quien hizo la asociación al sugerir psicoterapia, en ambos casos, es decir, el vínculo con un cierto devenir psíquico lo hizo el médico, desde ahí que pudieron sentirse concernidas de una forma en que no lo estaban antes.

**E. El sueño:** la frase del sueño, repetido en la infancia, “pásame la cantora para hacer pipí” es sin duda una serie metonímica de significantes que, en principio, no remite a un significado, pues Violeta no había entendido lo que esta frase contenía, sino hasta escucharse decirla a su analista en sesión; se trata de un acto enunciativo; y la intensa descarga de afecto que brota en ese momento parece confirmar su estatuto especial. De ser una serie significativa en una dimensión imaginaria del discurso, al ser enunciada en transferencia, toma el peso de acto enunciativo que hace de los trastornos somáticos actuales, ini-

cialmente fenómenos psicossomáticos, ahora síntomas, dado que el sujeto queda ahora metaforizado en esa articulación (Monribot, 2018).

**F. Lo sexual:** ha sido un foco conflictivo en ambos casos, definido por una compleja relación al padre y a ambas figuras parentales, con una fase edípica quebrada por lo traumático. Toma el cariz, entonces, de unas excitaciones que no pueden acceder a una satisfacción sino por vía sustitutiva, es decir, sintomática. En el síntoma además confluyen objeto (de la pulsión fálica) y órgano (uretra), como en un acto autoerótico de ambas niñas en fase edípica. Por otra parte, aparece en el relato de la observación infantil la sexualidad los padres: el embarazo de la madre de Elsa, quien siente como una traición al pacto entre ambas contra el padre. Y luego ella misma, habiéndose hecho la promesa de no tener nunca una relación pareja, se involucra con Javier y aunque lo quiere no logra sentir deseo por él, ni placer en la relación sexual.

Violeta hace aparecer la sexualidad también a través de la pareja de su madre, su padrastro, que habiendo sido siempre cariñoso, tras separarse de la madre, se vuelve “libidinoso”. Ella, por su parte, le resta importancia a la satisfacción sexual en su relación de pareja, y los hombres de los que se enamora, son siempre hombres atractivos y músicos, parecidos a las pocas imágenes que tiene de su padre.

Dificultades en el devenir de la sexualidad adulta como efecto de unas escenas de seducción que no pudieron ser traducidas a su lengua (“Confusión de lenguas entre el niño y el adulto” Ferenczi, 1932) por las niñas, exigidas prematuramente por unos acontecimientos traumáticos.

Consideradas desde otro punto de vista, las infecciones urinarias aparecen con mucha frecuencia en mujeres con el comienzo de la vida sexual activa y cursan frecuentemente con incontinencia, así ocurre en ambos casos. Esto último se explica médicamente por los cambios en la flora bacteriana en conjunto con una baja de defensas; pero también el enfrentamiento de la sexualidad

adulta puede despertar –como de hecho lo hace- unos “símbolos mnémicos” por asociación con unas excitaciones infantiles que han sido perturbadas en su tramitación. El diagnóstico médico describe un funcionamiento orgánico anómalo, sin explicación etiológica, por lo que se puede plantear, recordando a Assoun (1989) que observamos al inconsciente que traza sus movimientos en el plano físico (baja de defensas) al mismo tiempo que en el plano significativo; significativo como lo que hace de continente a una posible significación incluso venidera (*nachträglich*). Se trata, como plantea Assoun, de un “doble juego de los órganos”, un suceder orgánico y un “resto” incomprensible por el nivel orgánico (1998, p.17). Como aparece en el sueño de Violeta, el significativo “cantora” condensa al padre identificado por su don del canto, a ella misma heredera de este don, el mejor atributo del padre, y su proyección de niña a adulta; y el urinal, aparentemente disonante (“resto incomprensible en el nivel orgánico”), pero que da figuración al síntoma físico: el tercero de los elementos –“hacer pipí”- entra en juego probablemente por el momento en que ocurre el evento traumático, cuando se estaban tramitando excitaciones a este nivel, que se corresponden con las excitaciones propias de la fase edípica, apoyada en la identificación con la hermana un poco mayor.

La enuresis hablada, -“palabreada”- por ambas madres: la madre Elsa la trata de “sucia” y le pegaba por ello; Violeta según su madre, “copiaba” a su hermana. Estas madres, por su parte, son vistas por las niñas como víctimas sufrientes (por los hombres que abandonan: uno por muerte, el otro por incapacidad) que se deprimen y, al menos en la interpretación de las niñas, parecen necesitar el apoyo de sus pequeñas hijas. Ellas se sienten llamadas a ser sostén de las madres, por lo que deben controlar su propia angustia y contener el propio dolor ante la pérdida, ocasión que les requiere trasponer la excitación producida a una inervación (luego investidura) corporal. Aquella que simbólicamente puede tener algo que ver con el padre y la tramitación edípica, la zona uretral, que ha tomado un lugar privilegiado como zona erógena. Desde esta

perspectiva parece ser el exceso, la sobreinvestidura, que trastorna el funcionamiento de esta zona (erógena por derecho propio).

**G. Zona amputada:** Podría plantearse que por haber estado sobreinvertida la zona u órgano, advenido el trauma por la separación, al que luego se le agrega la seducción (de padre y padrastro) y el maltrato, incluso violencia materna, ésta zona pudo quedar amputada, es decir, recortada del cuerpo erógeno de ahí en adelante. De modo que al ejercer la sexualidad adulta, no puede sino infectarse, pues no está debidamente protegida por un representante psíquico que disperse las sobrecargas, para que pueda contar con las defensas orgánicas habituales.

Las reacciones del adulto, movilizadas por su inconsciente sexual ante el cuerpo del niño, si adquieren una forma violenta, provocarían en el niño una sobrecarga de excitación que haría que el pensamiento se parara. Y si no hay pensamiento, no hay traducción. Si no hay traducción, la función del cuerpo comprometida en el actuar expresivo estaría excluida de la subversión libidinal. En ese momento, el cuerpo erótico quedaría como amputado (Dejours, 2015, p. 8).

**H. El discurso:** No se debe ignorar que hay una misma terapeuta/investigadora escuchando, interpretando y actualmente, escribiendo estas historias. Hay un convertirse en relato y en “historia”: nudo esencial de la escena analítica. A propósito de ello resulta pertinente describir como cada una de ellas habla sobre sus problemas urinarios: Elsa se muestra casi totalmente indiferente, le molesta mucho pero intenta restarle importancia, dice por ejemplo “no me he hecho el examen, me hago la lesa, total llevo 25 años haciéndome pipí....Tengo que creerle al gallo (el urólogo) para tomarme la pastilla”. Por un lado, es evidente su descalificación al médico, la que bien puede rastrearse en el desprecio hacia su padre, y también se escucha una importante complacencia con el síntoma, a su vez, oportunidad de descarga y que significa, sin duda, una ganancia secundaria. Así la posición de Elsa asemeja la *belle indiférence*;

claramente está preocupada con sus síntomas y hay una muy cercana interrelación entre las afecciones: las infecciones urinarias repetidas y la vejiga espástica. Parecen parte de un continuo, donde el fenómeno psicossomático tiene su versión o contraparte conversiva y se alimentan mutuamente. En el trabajo asociativo de la sesión por supuesto se mezclan, quizá corriendo un riesgo, peligroso, según Araceli Fuentes, de llenarlo de sentidos imaginarios:

El FPS está por fuera del sentido y no se siente representado por él. Lo que no le impide racionalizarlo, tratar de llenarlo de sentidos imaginarios, pero todas estas racionalizaciones a las que muchas veces contribuyen los terapeutas, no conllevan ninguna subjetivación del mismo. Cargar de sentido algo que está por fuera de él es un forzamiento que puede resultar peligroso y producir un agravamiento de la lesión. No es esta nuestra vía de abordarlo. (2002).

Violeta consulta directamente por sus problemas a la vejiga, de modo que de entrada éstos están puestos en discurso. Por ejemplo, Violeta, que casi no va al baño durante el día, dice: “pobrecita mi vejiga, no la pesco, ya se acostumbró a no decirme qué necesita” luego asocia el hacerse pipí con “miedo a equivocarme, a “dar jugo”, me encanta esa expresión, la uso todo el tiempo” ¿Tal vez desea equivocarse, “dar jugo”, es decir desentonar, hacer evidente su extranjería en ese ambiente de la empresa de seguros en la que no se siente a gusto. Aunque pudo haber entrado en busca de un “seguro de vida” que su padre no tomó a tiempo (para que “ese gallo pudiera seguir cantando”). Ciertamente estamos en el campo de los sentidos, pero el trabajo analítico en este caso no agravó el trastorno, por el contrario, las infecciones urinarias remitieron y no hubo nuevos eventos de “hacerse pipí”. Pero el problema está cuando síntomas y fenómenos están simultáneamente presentes en un paciente, como en estos dos casos.

### **En síntesis**

Puesto que en estos dos casos revisados y analizados, el devenir de los trastornos urinarios en el pasaje de niña a adulta, parece participar de una secuencia, que desde el a posteriori del análisis, podemos hacer significativa y,

porque se está enfocando el problema desde el punto de vista de la sexualidad, como articulador entre lo psíquico y lo somático, es que es pertinente repasar la relación que hace Freud entre neurosis actuales y psiconeurosis -que recuerdan Assoun (1998) y Laplanche (1980)- y que formula con bastante claridad en el trabajo sobre el onanismo (1912):

Las dos neurosis actuales – neurastenia y neurosis de angustia (...quizá deba agregarse la hipocondría)- prestan la sollicitación somática para las psiconeurosis, les ofrecen el material de excitación que luego es psíquicamente seleccionado y revestido, de suerte que, expresado en términos generales, el núcleo del síntoma psiconeurótico – el grano de arena en el centro de la perla- está formado por una exteriorización sexual somática (1990, p.257).

Descomponiendo esta cita, anotamos que la *sollicitación somática* consiste, entonces, en un *material de excitación* y en *exteriorización sexual somática*, que son, en este caso equivalentes. Se refiere con ello, necesariamente, a una zona del cuerpo que exterioriza excitación, o sea una zona erógena. Que luego es “psíquicamente seleccionado y revestido”; ¿quiere decir con ello que este *material de excitación* que inicialmente es sólo somático, es reconocido psíquicamente, o sea adquiere una representación (asociación lingüística, como lo llama en otro lugar)? y revestido (que Assoun traduce como “disfrazado” (p.45)) quiere decir que lo convierte en síntoma: satisfacción sustitutiva de la excitación, que disimula su origen sexual-somático. El núcleo del síntoma, entonces, es una excitación somática, de una zona erógena (no necesariamente las tradicionales). Y agrega más adelante que los síntomas de las neurosis actuales:

No se pueden descomponer analíticamente como los psiconeuróticos. O sea que la constipación, el dolor de cabeza, la fatiga de los llamados “neurasténicos” no consienten su reconducción histórica o simbólica a vivencias eficientes, no se los puede comprender como unos compromisos de mociones pulsionales contrapuestas, al revés de lo que ocurre con los síntomas psiconeuróticos (p.258).

La enuresis de las niñas en los casos presentados ¿podrían responder a lo que Freud llamó neurosis actuales?, el trayecto de la excitación a los síntomas bien podría ser el descrito así, una excitación somática que se mantiene en

el plano somático. Luego, para su forma adulta, ocurre una combinación de esa complacencia somática, que ya había servido como sustitución vía sintomática, con regresión de la libido a esa satisfacción –fijación- que además mostró su efectividad como forma sustitutiva. Pero, si bien Freud no se complica con usar el concepto de síntoma para la neurosis actual, al mismo tiempo que dice que “no consienten su reconducción histórica o simbólica a vivencias eficientes”; y el análisis aplicado a ellas consintió tomar las separaciones como momentos traumáticos (origen de los trastornos), son las separaciones actuales las que conectan, por vía asociativa unos eventos con otros, y hacen de las primeras (separaciones) ahora tomar su carácter traumático. Vistas así las cosas, puede describirse del siguiente modo: las niñas tuvieron unos síntomas actuales muy temprano en la infancia (enuresis, como constipación o dolor de cabeza, son equivalentes); la micción cargada con unos símbolos mnémicos fue seleccionada y revestida, transformada en síntoma, que posteriormente, con ayuda de las madres (que les ofrecen nuevas representaciones), se consolidan y fijan. Suponemos un *material de excitación* apoyando la enuresis, y luego ellas (las enuresis) conforman el material de *solicitud somática* para los trastornos desarrollados en la edad adulta, que ahora lesionan los mismos órganos –puesto que “amputados”- vejiga, esfínter vesical, uretra.

Al momento de ocurrir un evento semejante, –la separación de la madre, ahora de su segundo marido- que además fue el sustituto paterno para Violeta, reaparece el síntoma, con la misma forma “física” podríamos decir, si bien no el mismo mecanismo fisiopatológico. Lo que delata el resto traumático es la transformación de éste padre cariñoso en hombre “libidinoso”. De modo que este segundo momento del síntoma, asociado al despertar de unos símbolos mnémicos, da existencia al primer momento (la enuresis infantil).

La madre pudo tener mucha razón cuando decía que Violeta se hacía pipí por imitar a la hermana. Efectivamente, bien pudo ser que siendo más pequeña que su hermana poco podía hacer para tramitar los acontecimientos, pe-

ro sí podía transformar esa angustia por la madre deprimida, la ausencia repentina del padre y el cambio de casa y ciudad, en síntoma, aprovechando el ejemplo de su hermana, como forma de cursar tensiones-excitaciones inabordable o in-elaborables de otro modo.

## CONCLUSIONES

### MECANISMOS PSÍQUICOS EN LOS FENÓMENOS PSICOSOMÁTICOS Y EN LOS FENÓMENOS DE DESAJUSTE

Tras la revisión realizada para este estudio, van quedando algunas ideas claras y posibles de precisar sobre los mecanismos psíquicos del fenómeno psicossomático, lo que permitirá hacer la derivación a los mecanismos involucrados en los fenómenos de desajuste. Entendiendo éstos como intermedios entre la conversión y los fenómenos psicossomáticos, se distinguirán los mecanismos psíquicos involucrados en cada uno de ellos, desde la teoría. Y desde la clínica se destacarán las observaciones que afirman la hipótesis de los fenómenos de desajuste, mostrando los aspectos del trabajo clínico a los que se le puede atribuir la facilitación del paso del fenómeno psicossomático a síntoma.

#### **Desde la teoría**

Tomando la teoría planteada por Freud en la carta 52 (1896), como base de la formación del psiquismo, y la elaboración que de ello hace Roussillon (2015), se propone una estratificación del psiquismo en tres transcripciones que reordenan, de tiempo en tiempo, el material de percepción y memoria para la conformación de la tópicá psíquica. Como se revisó en el capítulo “Los fenómenos de desajuste” y en el de “Cuerpo y traducción”, esta concepción de la organización del aparato psíquico consiste en la transcripción sucesiva del material de percepción. Cada transcripción implica una traducción del material a una forma distinta, con nuevas características; como sigue: 1° transcripción, lo percibido será transcrito a signos de percepción (Ps), primera huella psíquica; 2° transcripción: de los signos de percepción a huellas inconscientes (Ic), “quizá correspondan a recuerdos de conceptos” (1986, p.275) apunta Freud, lo que posteriormente denominó representación-cosa; y, la 3° retranscripción, es ya preconsciente (Prc), ligada a las representaciones-palabra, susceptible de de-

venir consciente conforme a ciertas reglas. Roussillon, por su parte, reúne estas transcripciones dentro de los procesos de simbolización, asumiendo la segunda y tercera transcripción como los procesos de simbolización primario y secundario respectivamente.

Teniendo presente este modelo y la observación clínica, se puede asignar, a cada una de las formas de somatización (fenómeno psicossomático, fenómeno de desajuste y conversión) una correspondencia con cada una de las etapas de articulación distinta. Si bien Freud lo piensa como ocurriendo en épocas sucesivas de la vida, resulta lógico pensarlo como una actividad permanente del aparato psíquico, pues con cada material nuevo se deben realizar las mismas operaciones cada vez. Como lo plantea Aulagnier, en todo momento están operando simultáneamente cada uno de estos procesos de metabolización, “la institución de un nuevo proceso nunca implica el silenciamiento del anterior” (Aulagnier, 2014, p.24). Para ella el originario, el primario y secundario, se suceden al comienzo de la constitución psíquica pero luego permanecen simultáneas sus actividades: el pictograma, la fantasía y el enunciado, de alguna manera equivalentes a las etapas planteadas por Freud, puesto que se realizan a través de los mismos elementos básicos (la percepción –los sentidos- los signos de percepción –huellas mnémicas-, la representación-cosa y la representación palabra).

Por otro lado, en atención a las consecuencias que de esta estratificación se deducen, Freud agrega, “Me explico las peculiaridades de las psiconeurosis por el hecho de no producirse la traducción para ciertos materiales, lo cual tiene algunas consecuencias. (...) Cada reescritura posterior inhibe a la anterior y desvía de ella el proceso excitatorio” (1896/1991, p.276). Se advierte que Freud plantea que la falla en la traducción se produce sobre ciertos materiales, y no como una falla general del funcionamiento del aparato y, que cada reescritura inhibe a la anterior, pero no la anula, solo reduce su investidura.

La falla en la traducción, esto es que ella no se produzca, tendrá importantes consecuencias sobre las cuales se apoya la propuesta de este estudio. Se postula aquí que, no solo las psiconeurosis se producirían por la falta de traducción, sino que debe haber distintas consecuencias dependiendo de cuál sea la transcripción denegada. Se agregan, como apoyo conceptual, las ideas surgidas de la secuencia teórica revisada en el capítulo “Cuerpo y traducción”, la que comienza con el trabajo sobre “La confusión de lenguas” de Ferenczi (1932), continúa con “La teoría de la seducción generalizada” de Laplanche (1980) y confluyen éstas en la propuesta de “los accidente de la seducción” de Dejours (2015); teorías que tienen como fundamento el problema de la traducción. En el primer caso, Ferenczi plantea que la traducción es la que debe hacer el niño, en la relación de apego y de los cuidados, desde lenguaje (corporal/sexual) del adulto, a su lenguaje infantil (de una sexualidad tierna). Puede ocurrir que el niño se vea inundado de excitación por la intervención de la sexualidad adulta, el pensamiento entonces se detendría y la traducción no sería posible, haciendo de este encuentro uno traumático. Laplanche, por su parte, plantea que es este un problema constitutivo del psiquismo, puesto que lo primariamente reprimido, es la sexualidad; que la relación entre el niño y la madre, o el adulto de los cuidados, es una relación necesariamente de seducción, donde el adulto implanta en el niño mensajes enigmáticos, puesto que provienen de su inconsciente sexual, que excita al niño, teniendo éste que traducir las sensaciones sobre su cuerpo. Bleichmar (2005) adjudica completamente la constitución del psiquismo a esta relación “sexualizante antinatural”, pero agregará que cuando la cantidad de excitación es excesiva, el devenir hacia lo psíquico de esta energía pulsional, resultará perturbado o imposibilitado, y será el soma el que recibirá estos montos excesivos.

Aulagnier (2014), por su parte, plantea que hay una vivencia del cuerpo incognoscible, que acompaña la actividad de representación que da lugar al pictograma. Éste da cuenta de la vinculación entre las funciones corporales y la

actividad originaria de representación; donde el objeto se catectiza junto con los órganos involucrados en su percepción, metabolizándolo en la representación pictográfica.

Dejours, aunando estas ideas, propone que la irrupción de la sexualidad adulta sobre el niño, en la relación de seducción, puede, ocasionalmente, resultar en un “accidente” de la seducción, es decir, tener un resultado violento para el niño, lo cual impide la traducción y podría determinar que la zona del cuerpo involucrada en la relación con el adulto, quedara excluida, como amputada del cuerpo erógeno, lo que se entiende también como una zona (corporal) que queda impedida de ser psíquicamente investida.

Freud también lo contempla así: “La denegación de la traducción es aquello que clínicamente se llama “represión”. Motivo de ella es siempre el desprendimiento de displacer que se generaría por la traducción, como si este displacer convocara una perturbación del pensar que no consintiera el trabajo de traducción” (Freud, 1896/1991, p. 276). Como es lógico, aquella perturbación del pensar que no permite el trabajo de traducción, retiene el material psíquico en una forma anterior, perturbando, a su vez, su elaboración o metabolización, hacia su traducción en material psíquico en pleno derecho, e impide también la dispersión de la carga pulsional que contiene.

Freud, en este escrito, diferencia las fallas de transcripción en relación a las etapas del desarrollo, asignando a cada una las distintas psiconeurosis (histeria, neurosis obsesiva y paranoia). Pero asume el criterio temporal como diferenciador de las etapas y no en relación a los elementos involucrados en cada proceso de traducción. Pensado desde este criterio y siendo estrictos, si se trata de “represión”, debiera referirse a la tercera retranscripción, la que traduce o liga, la representación-cosa a representación palabra. Por su parte, la supresión (definida en el capítulo “Cuerpo y traducción”), que se ha consignado como el mecanismo defensivo vinculado a los “síntomas somáticos”, podría pensarse como un equivalente de la represión, pero correspondiente a una falla de tra-

ducción de una etapa anterior. De modo que la propuesta de este trabajo se desviará de los planteamientos freudianos que siguen la línea de la psiconeurosis; a cambio, estos planteamientos teóricos serán aplicados al ámbito de los trastornos estudiados.

Considerando que “toda vez que la reescritura posterior falta, la excitación es tramitada según las leyes psicológicas que valían para el período psíquico anterior, y por los caminos de que entonces se disponía” (Freud, 1896/1991, p.276), si un material no puede pasar por la segunda transcripción, por ejemplo, quedará como signo de percepción, sin poder traducirse a representación-cosa, para luego ligarse a representación-palabra y formar parte del preconscious, quedando siempre inconsciente, por tanto, conservado sin cambios y asociándose por simultaneidad con otros materiales inconscientes. Y podrá, con mayor facilidad, asociarse con su forma anterior, la percepción misma, ya que conserva en su estructura sus antecedentes, antes que con una etapa posterior, pues no llegó a ser traducida a la forma de ese otro sistema.

### **El modelo propuesto**

Lo que aquí se propone concluir, a partir del recorrido realizado y desde esta perspectiva de los fenómenos estudiados, es que se puede situar cada una de las formas de somatización, en relación a un fallo de transcripción. Así, el fenómeno psicósomático correspondería a una falla en la primera transcripción, es decir entre la percepción y la primera puesta psíquica, esto es los signos de percepción. Los fenómenos de desajuste, por su parte, corresponderían, a una falla en la segunda transcripción, aquella que ocurre entre los signos de percepción y la representación-cosa. Mientras que la conversión se situaría, como una falla en la traducción del material inconsciente al preconscious, es decir, en la traducción de representación-cosa a representación-palabra; pero esta falla tiene una particularidad, la de ser un movimiento regresivo, es decir, que hubo traducción, ya que se trata de una “conexión lingüística” (según las

características detalladas por Freud en los “Estudios sobre la histeria”), y que el material fue devuelto a su forma anterior posteriormente, “nachträglich”. Es decir que, hubo una conexión o asociación entre representación-cosa y representación-palabra, pero la reinvestidura de la traducción fue denegada. Además, quizá no deba hablarse de traducción, en este nivel, como en los otros, sino de asociación o conexión, porque la representación-cosa no se pierde, y quizá tampoco disminuye significativamente su investidura, sino que se suma a la representación-palabra, distribuyéndose las investiduras entre representación-cosa y palabra, lo que disipa las sobrecargas. Desde aquí avanzamos hacia la suposición que en cada etapa pudo haber una investidura y conexión con la fase siguiente, pero en un segundo momento, la reinvestidura fue denegada. Sugiriendo el modelo de la represión y de la conversión, también para las etapas anteriores.

### **La falla en la traducción**

Por otra parte habrá que preguntarse en qué consiste la falla de traducción. Es posible pensar en distintos niveles de falla. Un nivel en que la falla sea completa, es decir que la traducción no se produce en absoluto, porque la sobrecarga es tal que el pensamiento se detiene por completo y el ocasionamiento queda encriptado (Davoine y Gaudillière, 2011), esto es suprimido. Esto se ha observado en situaciones de traumas severos. Pero pueden ocurrir situaciones intermedias, donde el pensamiento no se detiene por completo, pero no logra traducir todo, o fielmente, el material de percepción a signos de percepción o, de estos últimos a representación-cosa. Estos son los casos en que la excitación, que no logra encausarse en el nivel siguiente de traducción para disipar sus cargas, va a dar al soma.

En lo que sigue se revisará en detalle este planteamiento para cada una de las formas de somatización.

## 1) Los fenómenos psicósomáticos

El punto de partida es la idea aceptada por todos los investigadores mencionados a lo largo de este trabajo, que los fenómenos psicósomáticos no tienen relación con un reprimido, (por ello se los llama fenómenos y no síntomas) y, que se diferencian de lo conversivo, por no implicar simbolización; que se trata de algo psíquico de otro orden, que no ha llegado a ser representado. Como ya se mencionó, se propone que correspondería a una falla en la primera transcripción, esto es una falla en la traducción del material de la percepción, aquello recogido por los sentidos, a los signos de percepción (Ps). Éstos son la primera forma psíquica, (también llamados “huella mnémica perceptiva”), son “por completo insusceptible de conciencia” (Freud, 1991, p.275), pero instalarán las condiciones para la memoria. Estas primeras impresiones, también primer material mnémico, que aún no implican representación, tendrían que pensarse como marcas físicas -con materialidad orgánica- que crean las condiciones para la formación del espacio psíquico. Podrían pensarse como memoria de los sentidos. Aulagnier describe este momento, que llama “originario”, como el tiempo que precede al del orden de la separación, en el cual la realidad, completamente coincidirá con sus efectos sobre la organización somática (2015, p.1373). Es decir, que cualquier evento será percibido por su efecto sobre los órganos sensoriales, lo que hace que la percepción sea retrotraída al orden somático, pues aún no se ha distinguido un adentro de un afuera.

Los signos de percepción (Ps) como primeras marcas (huellas), por supuesto no tienen contenido, puesto que son anteriores a la simbolización primaria, pero instalarán las condiciones de posibilidad para ella. Se encuentran articuladas entre sí por “simultaneidad”, asociándose en relación a su cualidad, a los atributos de placer o displacer. Esta primera transcripción hará posible que la impresión vivida pueda ser conservada si es fuente de placer, o rechazada si es fuente de displacer.

Aulagnier sin embargo, a lo originario, le adjudica como resultado de su actividad, el pictograma, este es una representación de la experiencia del “encuentro entre un órgano sensorial y el objeto que posea un poder de estimulación frente a él” (2014, p.44) o de una zona excitada por la necesidad, el objeto que la satisface y el placer resultante. Plantea para esta etapa, un tipo de representación, anterior a la representación-cosa, pues se trata de un aparato psíquico aún no diferenciado. Lo representado en esta fase, es lo que es fuente de placer, que será tomado en el interior de sí; si por el contrario, lo percibido por los sentidos, es fuente de displacer, será rechazado, lo que implica que la psique se automutila, de lo que puso en escena al órgano y a la zona de excitación (Aulagnier, 2014). Planteamiento muy similar a que el órgano implicado quede negativizado (Green) o el órgano amputado de Dejours (2015). Es un tipo de representación entonces donde el cuerpo y la actividad sensorial son protagonistas.

Si la primera transcripción no puede realizarse, los materiales de la percepción no podrán ser conservados, simplemente no quedará registro psíquico de ellos. Pero si la falla es parcial, dejará una marca en el organismo, que puede funcionar como facilitación, como la del dolor por ejemplo, descrita por Freud (1950 [1895]) con las “neuronas llave”. Es decir, un signo de percepción, que al ser reinvestido, dado que se asocia con displacer (puesto que se produjo una falla), en vez de avanzar hacia la representación-cosa, sea devuelto hacia su forma anterior, esto es el enlace con la percepción (física-orgánica) del displacer.

Por el contrario, si son traducidas, producirán una huella mnémica perceptiva (o signo de percepción) que permanecerá en la memoria, ligada a la sensación somática y al afecto de placer.

La supresión (Dejours, 1992; Green 2005) es otra forma de representar este rechazo de aquello, con cualidad de displacer, que el psiquismo primario expulsa (también en Hyppolite, 1988). Desde el placer, inversamente, en esa

relación estructurante y sexualizante (Bleichmar) con el otro de los cuidados, se va a dar forma al cuerpo erógeno. En función de las variaciones de la interacción con el ambiente, que facilite o inhiba la estructuración del cuerpo erógeno, puede quedar agujereada por los accidentes de la seducción (Laplanche, Dejours) y dejar zonas amputadas. Pero esto no ocurre en un primer tiempo, de la primera percepción, sino en una reinvestidura de la primera vivencia que ya fue de displacer. Con una segunda vivencia de displacer asociada a la zona orgánica (pictograma de rechazo), es que el efecto de zona amputada puede ocurrir (equivalente al trauma sexual en la histeria).

De modo que estas vivencias fuertemente displacenteras, rechazadas y no metabolizadas, no se inscriben psíquicamente, pero sí físicamente, es decir en el real del cuerpo y de forma negativa. Es decir, como un negativo de la transcripción que debía haber tenido lugar de haber sido placentera la vivencia. Un negativo que hace presente la ausencia de inscripción, que muestra la falta, la falla. Hay entonces una marca, entre psíquica y física, que permanecerá sin posibilidad de elaboración, o de metabolización y que actuará como potencialmente desorganizante, toda vez que sea reinvestida. Esto porque proviene de un estadio anterior y no es traducida a la forma actual del funcionamiento psíquico restante. Este es el momento del fenómeno psicossomático, cuando cargas pulsionales reinvierten zonas que han permanecido congeladas, no pueden elaborarse y ser integradas al devenir representación para el inconsciente. De modo que la posibilidad de instalación de estas cargas desorganizantes y que tiene una posición predeterminada (su pertenencia a la etapa anterior), es el soma.

Como es sabido, “la energía somática deviene energía psíquica -sexual-, por efecto de la intervención del semejante” (Sauane, 2014, p.16), (como también se trabaja en el capítulo de “la teoría de la seducción”). La primera relación del niño con el adulto, aquella que ocurre entre el inconsciente del adulto maternante y los signos de percepción del niño (si se puede simplificar hasta

este punto), gracias la cual, esa cría humana entrará en el mundo simbólico, lo expone, al mismo tiempo, a lo traumático del exceso de excitación. Mientras que opera la construcción de un cuerpo erógeno, se articula un psiquismo; pero, si esta intervención es traumática, no podrá ocurrir el paso de somático a psíquico, permaneciendo en lo somático. Esto es desde la perspectiva económica. Desde la perspectiva tópica se podrá decir que, estos signos de percepción que quedan como marcas, huellas, no pueden devenir inconscientes, pues no llegan a asociarse a representación-cosa.

## **2) Fenómenos de Desajuste**

Continuando con la constitución psíquica, la segunda transcripción, afirma Freud en la carta 52, será la que transcribe los signos de percepción a huellas inconscientes. Roussillon llamó a este paso traductivo, el proceso de simbolización primaria, pues contempla el paso de aquello que era solo traza mnémica perceptiva, a la primera forma de representación. Estas son las representaciones-cosa, las que asociadas metonímicamente unas a otras, por “nexos causales”, propone Freud, o por estar contiguas en el tiempo o en el espacio, se irán inscribiendo para conformar el inconsciente; “huellas inconscientes quizá correspondan a recuerdos de conceptos” como las concibe Freud (1896/1991, p.275), conceptos aún no ligados a palabras, que se articularan conforme al proceso primario, como la figuración de los sueños, sugiere Roussillon.

Los fenómenos de desajuste, se situarían en el fallo de esta segunda transcripción como efecto de una reinvestidura de los signos de percepción que no admitieron ser transcritos a representación-cosa. Esta reinvestidura no logra, por su exceso de carga pulsional, continuar hacia la siguiente fase y transcripción, produciendo un nivel de excitación que sobrecarga el aparato. Las defensas no logran contener, y lo que debió dispersarse de haber seguido el curso normal hacia representación-cosa, se retiene o se devuelve a la huella mnémica perceptiva, huella de los órganos de los sentidos y huella de las sensaciones corporales en general; donde viene a concentrarse la vivencia con el otro de los

cuidados, aún no diferenciado, otro que es, al mismo tiempo, el sujeto. De modo que la posibilidad de amputación sigue vigente; la forma negativa del órgano amputado, sin embargo, está a punto de ser inscrita, y pronta a ser representada por tanto. Con lo que da opción para continuar el camino de elaboración.

Conforme a estas coordenadas, el momento del desajuste, es aquel intermedio entre el fenómeno y el síntoma, entre el momento en que se imposibilita la transcripción del signo de percepción, para quedar negativizado en una zona corporal, detenido, impedida la transcripción a representación-cosa, y el momento siguiente, de apertura a la transcripción a esta primera forma de representación. Esta transcripción implica que a la primera marca, huella mnémica, la cual en principio no tiene contenido, se le adhiere un contenido con cualidad y forma, dando lugar a la representación-cosa. El fenómeno de desajuste sería entonces una ligadura al cuerpo somático y sus sensaciones, y tal vez también, una vuelta al cuerpo lesionado por el fenómeno psicósomático que, empieza a tener una forma psíquica, a ocupar un lugar en el psiquismo, gracias al signo de percepción, que permite una primera inscripción del fenómeno, en el psiquismo inconsciente. Un inconsciente no reprimido, puesto que no pudo pasar aún por ese proceso, sino que es solo inconsciente por no contar con ligadura a la representación-palabra.

Los fenómenos de desajuste se anuncian en la clínica con un tipo de discurso, descrito por McDougall y Green, y observado en el material clínico de esta investigación, donde las palabras son usadas como si fueran representación-cosa (como lo plantea McDougall respecto de su paciente Dominique). Lo que se observa en la clínica, entonces, es una descripción exhaustiva de lo percibido, que hace parecer a la percepción como sobre investida; el paciente hace un relato descriptivo con una atención excesiva a los detalles de las cosas; pero a su vez completamente desinvertido del afecto que se esperaría asociado a estas vivencias, afecto que parece completamente suprimido. Y esto en relación a un aspecto de su experiencia (ciertas vivencias infantiles, por ejemplo) que se

supone fueron especialmente displacenteras, que resultan también asociadas a alguna somatización, la que retorna en la actualidad del trabajo analítico, cuando se vuelve sobre ese material histórico.

Se distingue aquí un soma que empieza a ser investido por un psiquismo que comienza a percibirlo, a darle espacio psíquico. Mientras que el fenómeno psicósomático tiene que ver con el negativo de la inscripción, por lo que puede ser ignorado por del discurso, el fenómeno de desajuste tiene que ver con esa primera inscripción, que permite las primeras articulaciones que van a constituir el sistema inconsciente. Son signos de percepción, sensaciones corporales que van posibilitando una primera organización subjetiva (quizá como las "somatizaciones simbolizantes" de Dejours (1992)). Al mismo tiempo que van instalando las posibilidades de representación para el sistema, van inscribiendo también, las posibilidades de enfermar del organismo.

### **3) La conversión**

La tercera retranscripción, traduce las representaciones-cosa en representaciones-palabra. Es este el proceso de simbolización secundario, este funda el preconscious, que hará posible que algunos materiales, conforme a ciertas reglas, puedan hacerse conscientes. El preconscious, regido por el proceso secundario está constituido por representaciones-cosa ligadas a representaciones-palabra. Quizá aquí no convenga tampoco el término de traducción, porque las representaciones-cosa permanecen. No es como en la transcripción anterior que ocurre una metabolización, como podría decir Aulagnier, o una traducción de un material a otro. Aquí se trata de una asociación entre una representación-cosa y su correspondiente representación-palabra, permaneciendo las dos simultáneamente. Lo cual responde la pregunta que intenta contestar Freud en el artículo "Lo Inconsciente" (1915) ¿cómo ocurre que un mismo material inconsciente, pueda hacerse consciente, es un cambio tópic, permaneciendo el mismo o se realiza una transcripción nueva que admite conciencia? La respuesta es que la ligadura de la representación-cosa, que permanece inconsciente,

con la representación-palabra, permite que un material inconsciente pueda ser, primero preconscious y luego consciente.

Ya se ha identificado el momento del fenómeno psicossomático y de desajuste, ahora se aprecia el momento de la conversión: cuando la representación-cosa con su respectiva representación-palabra, cargadas de excitación, de afecto, atraen otras representaciones que pueden ligarse a ellas, produciendo una “conexión lingüística”; esta reinvestidura, en un segundo momento, de una representación-cosa que había quedado especialmente cargada de excitación, ahora reinvestida, inviste a su vez, por conexión con la representación-palabra, a una zona del cuerpo, cuerpo erógeno, esta vez.

### **Desde la clínica**

Queda por determinar los aspectos del trabajo clínico en transferencia que permiten el pasaje hacia nuevas formas de simbolización en pacientes con distintos tipos de somatizaciones, respondiendo así a los objetivos clínicos de este estudio.

Se ha planteado la pregunta acerca de cuándo un fenómeno somático implica simbolización y cuando no. Con el caso de Josefina se vio que había un tipo de dolor que ella misma diferencia de los otros, este es el dolor a los codos. Éste se trabajó en sesión a través de asociación libre, llegando al recuerdo de una escena precisa, -la de la mesa familiar- repetida en su infancia, y que había retornado, junto con el dolor, por la celebración del día del padre. Es esa claramente una somatización que ha pasado por la simbolización, e investido al cuerpo en el retorno de representación-cosa reprimida (miedo y odio hacia el padre, posiblemente). La palabra “codos” –representación-palabra asociada a la representación-cosa- conecta lo reprimido con la actualidad, lo que lleva a la producción del síntoma: dolor a los codos, el que no tiene otra explicación.

Otros dolores en cambio (pies, manos, tobillos, estómago, cadera) no han podido asociarse tan claramente como el dolor de los “codos” a una escena

o representación-palabra que simbolizaran este trastorno; a éstos se les reserva la categoría de fenómenos de desajuste (pues serían fenómenos psicossomáticos si implicaran una lesión observable). A través del trabajo analítico, sin embargo, especialmente el relacionado a la elaboración de las angustias conectadas a los malestares físicos, se ha ido produciendo una disminución significativa de ellos, junto con la sensación de Josefina que estos dolores son más móviles y “no se pegan” como ocurría antes del análisis (ver en observaciones clínicas de capítulo III).

El trabajo clínico psicoanalítico ofrece un espacio-tiempo protegido por el encuadre, para que las defensas puedan ceder y dar opción al trabajo de transcripción y traducción de las cargas (ambivalentes y/o destructivas) para esbozar algunas representaciones-cosa. Cuando la escucha analítica reconoce señales de que se está conformando alguna representación-cosa (por ejemplo, a través del material de un sueño, como el de Violeta, con el sueño de “la cantora”; o gracias a un lapsus u olvido, como le ocurre a Juan, en el capítulo anterior) el/la analista con sus intervenciones y con sutileza, ayuda al paciente a encontrar algunas representaciones-palabra que integren en el nivel del lenguaje lo que todavía no tiene esta forma. Se trata de apoyar o facilitar el proceso de simbolización que no había podido ser realizado antes.

Algunos pacientes requieren que se le ofrezcan simbolizaciones, otros llegan a ellas por sí mismos, pero lo que hace posible que este proceso se realice, es la presencia de un otro que escucha lo que el paciente tenga que decir acerca de su dolor. El encuadre está pensado para que ese trabajo psíquico de traducción y simbolización pueda realizarse, gracias a un habla y una escucha. Movimiento que no solo se hace posible por ese espacio-tiempo del encuadre hablado, sino por el efecto de la investidura transferencial de ese otro, analista. Esta función creativa (de las construcciones, por ejemplo) pudiera estar sostenida, no solo en las habilidades del/a analista, sino que, incluso principalmente, en su habilidad para retener, sintetizar y hacer retornar en el momen-

to preciso, las representaciones-palabra, que alguna vez ocuparon un lugar clave en la trama del paciente.

Tomando como ejemplo a Violeta: Muere el padre a sus tres años en un accidente carretero. Al respecto en cierto momento dice: “había que ocultar el dolor, la pena; mis tías decían “era atroz verlos” (a los hijos de su hermano fallecido). Era ese sentir, que nuestro dolor fuera tan rechazado por mi mamá, por mis tías, y nadie sabía qué hacer con el dolor... Debe haber sido un cataclismo, un golpe con una onda expansiva y mírame ahora, 40 años casi y aquí estoy llorando. No sé por qué una onda expansiva tan grande y no solo nuestra, mientras hablaba con el amigo de mi papá se le caían las lágrimas. Con tanto dolor... su forma de morir selló el dolor. Se me vino a la mente mi vejiga; al decir mi vejiga pensé cuando uno sella la carne, se parece mi vejiga, a un pedazo de carne en la olla.

“Siento que fue tan fuerte el dolor que selló por dentro. Ahí quedó atrapado el dolor y ahora está saliendo. Cada cierto tiempo sale. Hoy corriendo con mi hija, se me caía el pipí... ¡voy a tener que usar pañales! Me angustió. Hay una cáscara que no puedo penetrar de mi propio órgano que está tan sellado; porque cuando me hicieron la cistoscopia me decían “mira está sanita, en perfecto estado”. Me daba un cariño...Y ahí me derivó a la psiquiatra. Yo la siento hermética y no sé qué más hacer.”

Este extracto de sesión es del primer año de trabajo analítico con Violeta. Su diagnóstico es vejiga espástica (paralizada) con hipertensión del esfínter vesical. La imagen, sellada su vejiga por el dolor, parece la figuración de un sueño. La posibilidad de esta verbalización, está dada por la asociación libre de la sesión analítica. Es el dolor psíquico -no hay dolor físico en este caso-, que es traspuesto al soma, la vejiga. Se pueden adjudicar estas imágenes a la asociación de representaciones-cosa (como en un sueño), pues no responden a los significados o a los sentidos de la lógica del proceso secundario, sino que antes que nada, son asociación de imágenes ligadas por afectos. Luego, la palabra

“sellado” conecta el dolor psíquico con el cuerpo, la vejiga, como sellada, y la carne en la olla.

La secuencia permite observar el proceso de somatización de una carga afectiva intensa, que es devuelta hacia lo somático; de un dolor (o de unas excitaciones) que no pudo hacer el camino hacia la simbolización; pero ahora, ayudado por la posición de escucha de la analista, la contención transferencial y su propia capacidad de simbolización puesta al servicio de la paciente, en ese espacio/tiempo de la sesión analítica, es que empieza a asomar el proceso hacia la simbolización. Está relatando un tiempo pasado, el tiempo de la infancia (como se vio en el capítulo V). Lo que fue síntoma entonces, la enuresis, se transforma en fenómeno somático en la adultez, produciendo las alteraciones vesicales que hoy sufre. Pero que siguen vinculadas al dolor psíquico de la pérdida del padre. Con el trabajo asociativo, van surgiendo posibles modos de simbolizar, primero con imágenes que para ser transmitidas al otro deben ser puestas en palabras, haciendo surgir las representaciones que en sus sucesivas traducciones, irán dando lugar al proceso de simbolización.

Por otro lado, esta parálisis de la vejiga “espástica” ¿es síntoma? pues la alteración es funcional y no implica lesión, aunque implica la paralización como alteración orgánica observable. Esto haría pensar en un fenómeno de desajuste, antes que un fenómeno psicósomático o conversivo. La conexión lingüística aparece en sesión, no antes, gracias al dispositivo de la asociación libre y a la escucha en transferencia, que le permite ir poniendo palabras a estas sensaciones (representaciones-cosa). De modo que, casi se puede observar el paso de fenómeno a síntoma: retomando el síntoma de la infancia (se iba haciendo pipí, ahora, al correr con la hija). Esta es la forma en que el trabajo analítico puede ir llevando un fenómeno psicósomático a simbolizarse y resolverse como síntoma.

## REFLEXIONES FINALES

Al final llegamos al principio. Esta es la forma en que se da un proceso analítico y así fue como se dio este trabajo de investigación. El discurrir teórico, el proceso de pensamiento que implicó, me llevó a un resultado que era completamente imprevisible, incalculable de antemano. Como necesariamente ocurre con cualquier proceso psíquico, es decir que el contenido, el significado siempre es posterior, incluso tardío.

Me propuse un problema: investigar los mecanismos intrapsíquicos implicados en las diversas formas de somatización y demostrar que es posible entender como continuos estos mecanismos desde los fenómenos psicósomáticos hasta los síntomas conversivos, lo que permite pensar que una misma somatización pueda pasar de una forma a la otra. Esta fue la hipótesis que guió el recorrido. La observación de este paso la pude confirmar en algunos autores como D. Miller, L. Szapiro, A. Fuentes, P. Monriboth, incluso A. Green.

El proceso de investigación fue principalmente conceptual y me condujo a este resultado incalculable al comienzo, que resultó ser lo más importante a mi parecer. Quedó, inevitablemente algo desligado de la trama temática trabajada, pues se dio como un salto, como un hallazgo, buscado pero imprevisto, que habría obligado a revisar todo lo anterior con este nuevo marco, lo cual no pudo realizarse por cumplir con los plazos preestablecidos.

Me parece importante y valorable este hallazgo porque ofrece una propuesta novedosa para la comprensión del trasfondo psíquico de los fenómenos psicósomáticos y cambia su relación a los síntomas conversivos. Ofrece una perspectiva flexible, que reordena los antiguos diagnósticos, menos esperanzadores con respecto a la cura de estas dolencias y deja abiertos nuevas posibilidades de investigación, que no pudieron ser trabajados en este documento, por ejemplo las derivaciones que lo articulan con las problemáticas de la falla en la función paterna, las problemáticas del fantasma, del ideal, de las exigencias del

otro y la cultura, así como las organizaciones narcisistas, cada una de las cuales puede constituir una investigación en sí misma, que valdría la pena realizar.

En todo caso, la secuencia conceptual, siguió una línea de búsqueda a través de las teorías de la simbolización y la representación, considerando por supuesto la temática del cuerpo y la traducción en psicoanálisis, que implicó internarse en la teoría de la seducción, teniendo como fin el planteamiento de los accidentes de la seducción de C. Dejours (2015), lo que me parecía un elemento importante para los objetivos, por su concepción del cuerpo amputado, posible equivalente al pictograma de rechazo de Aulagnier.

La conversión, un tema necesario, con su larga historia y múltiples desarrollos, de los se tomaron principalmente los clásicos, fue derivando a la fibromialgia y el dolor, dada su relevancia en las problemáticas de salud actuales. Aquí el Proyecto de psicología para neurólogos (Freud, 1895) fue un apoyo central con el concepto de “neuronas llave”, las que facilitan la intensificación de excitaciones dolorosas endógenas, y que ofrece con ello una posibilidad explicativa interesante para la fibromialgia. El caso de Josefina muestra con bastante claridad la pauta para diferenciar síntomas conversivos (su dolor a los codos) de otros dolores que por su forma de presentación fueron caracterizados como fenómenos de desajuste.

Así también era esencial trabajar la pulsión y la sexualidad con el foco en la constitución del cuerpo erógeno, temáticas que ofrecieron una posibilidad interpretativa muy fértil para el análisis de dos de los casos. Me refiero a los casos de Elsa y Violeta con los que se pudo detallar las relaciones entre los síntomas infantiles, los acontecimientos vitales y su desarrollo posterior adulto. Se trata en estos casos de un movimiento retrogrado, a la inversa de lo esperado en la cura. Los síntomas infantiles involucionaron en FPS en la adultez, en la medida que la represión inicial de los afectos dolorosos concentró nuevos afectos displacenteros, impidiendo cada vez con mayor fuerza su elaboración y su simbolización; es decir, que las excitaciones fueron impedidas de traducción a

representación cosa y luego palabra, permaneciendo como signos de percepción, apenas diferenciados.

El análisis de estos casos también permitió observar el rol de las neurosis actuales en las psiconeurosis y otras somatizaciones, esto es la complacencia o solitación somática. Inicialmente, Freud en 1894 sitúa la causa de las neurosis actuales en la acumulación de libido no aplicada, lo figura como el vino que se transforma en vinagre, aquí la libido se trasmuda en angustia. Esta es la primera concepción de la angustia, como producto de la represión. Ampliándolo a los fenómenos psicósomáticos, se observó esta complacencia somática en los casos mencionados, donde los síntomas infantiles (enuresis) conformaron el material de predisposición para los fenómenos psicósomáticos de la adultez (vejiga espástica e inusual frecuencia de infecciones urinarias), gatillados por excesos excitatorios de la vida adulta, reinvestidos y sobrecargados por el retorno de vivencias infantiles reprimidas.

En 1926 Freud cambia su concepción proponiendo la angustia, ya no como resultado, sino como anticipación. El desarrollo de angustia señala la presencia de un peligro inminente (castración, pérdida del objeto o pérdida de su amor) y la imperiosa necesidad de evitarlo. Así resulta más clara la causación, especialmente de la hipocondría que, como en una fobia, el peligro interno se percibe como proveniente del exterior, pero atacará al cuerpo que se hace continente de la angustia señal, cuerpo enfermo sustituto de lo reprimido. El caso de Ignacio (trabajado en capítulo II) es un buen ejemplo, su intensa angustia por el VIH hace de señal ante el peligro de acercarse al objeto prohibido: el padre.

El primer aporte de este trabajo es la noción de los fenómenos de desajuste, la que apareció bastante al comienzo de la investigación, dada la necesidad de nombrar y definir ese espacio intermedio de continuidad desde lo psicósomático a lo conversivo. El término “desajuste” pareció adecuado porque instala una brecha entre el funcionamiento psíquico y el somático y, al mismo tiempo, incluye la idea de una transicionalidad, en el sentido Winnicottiano,

momento de paso de un estado a otro. Luego, había que dar soporte conceptual y clínico a esta noción.

Desde la clínica, ya me resultaba evidente la dificultad para categorizar las somatizaciones de algunos de mis pacientes como conversivas o psicósomáticas; de hecho este fue justo el punto que motivó la investigación. Reconocí además la misma experiencia descrita por algunos autores, como Dominique Miller en su caso de un hombre con psoriasis (enfermedad reconocida como FPS), la cual luego de un trabajo de elaboración analítico, resulta vinculada a una simbolización central en la historia del paciente, determinándose así como síntoma conversivo. La propuesta teórica para sostener esta noción apareció al final de este recorrido, constituyéndose como un principio, al que solo se pudo llegar después, pero que condujo a los resultados descritos.

El modelo propuesto, es decir los resultados a los que se llegó, sitúa cada una de las formas de somatización en relación a una falla de transcripción; las que pueden darse en distintos niveles: Un nivel en que la falla sea completa, la traducción no se produce en absoluto y la sobrecarga detiene el pensamiento por completo (Dejours, 2015, a propósito de los accidentes de la seducción); así el ocasionamiento quedaría encriptado (Davoine, 2010), es lo que ocurre en situaciones de traumas severos. Pero, pueden ocurrir situaciones intermedias, en que no se logra traducir todo o fielmente el material. En ambos casos la excitación no logra encausarse en el nivel siguiente y va a dar al soma.

Sintéticamente, la conclusión propuesta es que los fenómenos psicósomáticos estaría determinados por una falla de traducción de los primeros materiales de percepción, que no lograrían constituirse psíquicamente; los fenómenos de desajuste se producirían por una falla en la segunda transcripción, que no lograrían traducirse al material constitutivo del inconsciente y, los síntomas conversivos se produciría en el fallo de la tercera transcripción, por ser reprimida la ligadura entre la representación-cosa y la representación-palabra.

Para terminar quiero reiterar en cómo el trabajo de transferencia permite el paso hacia la simbolización o, dicho de otra manera, facilita la transcripción de la representación-cosa a la representación-palabra. La frase del sueño de Violeta “pásame la cantora para hacer pipí” en principio no remitía a ningún significado, pues si bien el sueño se le repetía en la infancia, Violeta nunca entendió su contenido. Pero, al oírse a sí misma decirla en sesión, siendo además escuchada por otro, aparece, brota ahora un sentido o se vuelve sentido, -en su doble acepción, de significado y de afecto-, gracias a ese espacio de escucha (escucharse a sí misma y ser escuchada por otro). Brota junto con una intensa descarga de afecto, pues ha quedado completamente vinculada a toda la trama que se venía trabajando y elaborando. Este es el efecto transferencial: lo que había quedado por años, repetido incluso, como representación-cosa, en ese espacio de escucha ocurre el vínculo a la representación-palabra: se llena de contenido.

Green afirma que “es finalmente su relación al objeto lo que va a conferirle su cualidad psíquica” (2005, p.149) a la pulsión; es decir, es la presencia de la alteridad lo que empuja a realizar el trabajo que transforma la energía pulsional somática en representante psíquico. Esto es lo que hace de la transferencia el aspecto terapéutico esencial en el trabajo bajo técnica psicoanalítica, puesto que es la presencia del otro lo que favorece y permite la traducción de los elementos, tan solo vividos, a una forma simbolizada, tal que permite su elaboración psíquica. Así también es que se hace posible que una dolencia orgánica mejore en una cura a través de la palabra, esto es de la palabra escuchada. Esta es la forma en que se entrelazan el trabajo de elaboración y simbolización con el efecto de transferencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aceituno, R. (2010) Espacios de Tiempo. Clínica de lo traumático y procesos de simbolización. Compilador Roberto Aceituno. Santiago: Universidad de Chile.
- Aisenberg, E. (2005) Cap. 1: Revisión crítica de las teorías y de los abordajes de los estados psicosomáticos. En *Psicosomática Aportes Teórico clínicos en el siglo XXI*. Compilado por Maladesky, A., López, M., López, Z. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Alexander, F. (1934) The Influence of Psychologic Factors Upon Gastro-Intestinal Disturbances: A Symposium—I. General Principles, Objectives, and Preliminary Results. *The Psychoanalytic Quarterly*, 3:501-539.
- Alexander, F. (1943) Fundamental Concepts of Psychosomatics Research. Psychogenesis, Conversion, Specificity. *Psychosomatic Medicine*, July 1943 (updated 1 september, 2015).
- Alexander, F. (1987) *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. 2nd. ed., New York; London: Norton. [ISBN 0-393-70036-4](#).
- Anzieu, D. [et. Al.] (1987/ 2004) Las envolturas psíquicas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Assoun. P.L. (1977/1998) *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Assoun, P.L. (2003) *El Freudismo*. México: Siglo XXI.
- Aulagnier, P. (Castoriadis-Aulagnier, Piera) (1975/2014) La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aulagnier, P. (1986) Birth of a Body, origin of a history. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol 96, N°5, October 2015.
- Aulagnier, P. (1997) Lo potencial, lo posible, lo imposible: categorías y coordenadas del campo clínico. Publicado en *Topique Revue Freudienne*, N°62, Año 1997.
- Azaretto, C. (2007). Diferentes usos del material clínico en la investigación en psicoanálisis. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, BuenosAires. <https://www.aacademica.org/000-073/491.pdf>

- Békei, M. (compiladora) (1991) *Lecturas de lo Psicosomático*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Benveniste, E. (1971) *Problemas de lingüística general*. México: Siglo veintiuno editores.
- Bittar, M. y Viana, E.B. (2017) *Theoretical Models in Psychoanalytic Psychosomatic: A Review Trends in Psychology / Temas em Psicologia – Março 2017*, Vol. 25, nº 1, 41-51 DOI: 10.9788.
- Bleichmar, S. (2010) *La fundación de lo inconsciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, S. (2015) *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, S. (2016) *La construcción del sujeto ético*. Buenos Aires: Paidós.
- Bollas, C. (2013) *La pregunta infinita*. Buenos Aires: Paidós.
- Bonaparte, M. (1952), en *Psychanalyse et Biologique*. Paris: Press Universitaires de France.
- Braunstein, N. (2006) *El goce: Un concepto lacaniano*. 2ª ed. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bueno Restrepo, J.M. (2012) *Ecós del Deseo en el Cuerpo. Enigma de la autoinmunidad*. *Revista Affectio Societatis*. Vol. 9, Nº 17/ diciembre 2012. ISSN 0123-8884. Departamento de Psicoanálisis Universidad de Antioquia, Colombia.
- Bueno Restrepo, J.M. (2013) *Afección Autoinmune y goce*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Calatroni, M. (1998) (compiladora). *Pierre Marty y la Psicosomática*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Cassirer, E. (1971) *Filosofía de las formas simbólicas*. México: Fondo de Cultura económica.
- Chemama, R. (1998) *Diccionario del Psicoanálisis*. Bajo la dirección de Roland Chemama. *Diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis*. [diccionario-del-psicoanálisis-roland-chemama-pdf](#).
- Chiozza, L. y Green, A. (1989) *Diálogo psicoanalítico sobre psicosomática*. Buenos Aires: Alianza Editorial, 1998.

- Chiozza, L. (2005) Cap.4: Relación psique-soma en la teoría psicoanalítica. En *Psicosomática Aportes Teórico clínicos en el siglo XXI*. Compilado por Maladesky, A., López, M., López, Z. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.
- Davoine, F. & Gaudillière J.M. (2010) *El acta de nacimiento de los fantasmas*. Córdoba: Fundación Mannoni.
- Dejours, C. (1992) *Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo. Supresión y subversión en psicósomática*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Dejours, C. (2005) Cap. 6 “Escogencia del órgano” en psicósomática. En *Psicosomática Aportes Teórico clínicos en el siglo XXI*. Compilado por Maladesky, A., López, M., López, Z. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dejours, C. (2015) *Accidentes de la Seducción y teoría del cuerpo en psicósomática*. Conferencia pronunciada en Universidad de Chile, Santiago, abril 2015.
- Derrida, J. (1967) *La Escritura y diferencia*. Barcelona: Editorial Anthropos, 1989.
- Dolto, F. (2007) *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Fédida, P. et Villa, F. (1999) *Les cas en controverse*. Paris: Presses universitaires de France.
- Fernández Pineda, D. (2011) El concepto freudiano de pulsión en 1915: Representante, agencia representante, agencia representante representación, monto de afecto [En línea]. 3er Congreso Internacional de Investigación, 15 al 17 de noviembre de 2011, La Plata. Disponible en Memoria Académica: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.1376/ev.1376.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1376/ev.1376.pdf)
- Ferenczi, S. (1932) La confusión de Lenguas entre el adulto y el niño. Conferencia presentada en el XII Congreso Internacional de Psicoanálisis en Wiesbaden en septiembre de 1932. Recuperado el 3/09/2015 de: <http://gruposclinicos.com/confusion-de-lengua-entre-los-adultos-y-el-nino-sandor-ferenczi-presentacion-de-maria-elena-troncoso/2011/06/>.
- Ferenczi, S. (1949) Confusion of the Tongues Between the Adults and the Child—(The Language of Tenderness and of Passion) *International Journal of Psycho-Analysis*, 30:225-230.
- Foucault, M. (1984) *Enfermedad Mental y personalidad*. España: Paidós Studio.
- Freud, S. (1888/1991). Prólogo a la traducción de H. Bernheim, *De la suggestion*. T. I Sigmund Freud Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Freud, S. (1950 [1892-99]/1990) Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Sigmund Freud Obras Completas, T. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1893 [1888-93]/1990) Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e históricas. Sigmund Freud Obras Completas, T. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1893-95/1990). Estudios sobre la histeria. Sigmund Freud Obras Completas. Vol. II Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1894?/1990) Manuscrito E. Sigmund Freud Obras Completas, T. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1894/1989) Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias) Sigmund Freud Obras completas. Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1895 [1894]/1989) Sobre la justificación de separar la neurastenia de un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. Sigmund Freud Obras Completas. T. III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1895/1989) A propósito de las críticas a la “neurosis de angustia”. Sigmund Freud Obras Completas. T. III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905/1990) Tres ensayos de teoría sexual. Sigmund Freud Obras Completas, T. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1910[1909]/1990) Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Sigmund Freud Obras Completas, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912/1990) Contribuciones para un debate sobre el onanismo. Sigmund Freud Obras Completas, T. XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914/1990) Introducción del naciismo. Sigmund Freud Obras Completas, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915/1990a) Lo Inconsciente. Sigmund Freud Obras Completas, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.
- Freud, S. (1915/1990b) Pulsiones y destinos de pulsión. Sigmund Freud Obras Completas, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.

- Freud, S. (1916-17/1989) Conferencias de introducción al psicoanálisis. 10° Conferencia. El simbolismo del sueño. Sigmund Freud Obras Completas, T. XV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917[1916-17]/1990) 23° Conferencia. De los caminos de formación de síntoma. Sigmund Freud Obras Completas, T.XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1918[1914]) De la historia de una neurosis infantil. Sigmund Freud Obras Completas, T.XVII Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.
- Freud, S. (1920/1990b). Más allá del principio del placer. Vol. XVIII Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923) El yo y el ello. Sigmund Freud Obras Completas, T.XIX Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.
- Freud, S. (1925) La negación. Sigmund Freud Obras Completas, T. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.
- Freud, S. (1926[1925]/1990) Inhibición, síntoma y angustia. Sigmund Freud Obras Completas, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1930 [1929]) El malestar en la cultura. Sigmund Freud Obras Completas, T. XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.
- Freud, S. (1940[1938]) Esquema del Psicoanálisis. Sigmund Freud Obras Completas, T. XXIII Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.
- Freud, S. (1950 [1895]) Proyecto de psicología para neurólogos. Sigmund Freud Obras Completas, T.I Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.
- Fuentes, A. (2002).El fenómeno psicossomático y el síntoma: el diagnóstico diferencial. *Cuadernos de psicoanálisis de Castilla y León*, (5), 19-26.
- Fuentes, A. (2016) *El misterio del cuerpo hablante*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Gaedicke H. A., González-Hernández, J. (2010) Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Revista Memoriza.com* 2010 6:1-14; ISSN 0718-7203.
- Green, A.; Laplanche, J.; Leclair, S. y Pontalis, J.B. (1969) El inconsciente freudiano el psicoanálisis francés contemporáneo. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

- Green, A. (1973/1998) El discurso vivo. Una concepción psicoanalítica del afecto. Valencia: Editorial Promolibro.
- Green, A. (1995) El trabajo de lo negativo. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Green, A. (2000) Cap. 12. Sobre el sentido en psicósomática. En: *Interrogaciones psicósomáticas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2005) Cap. 7: Teoría. En *Psicósomática Aportes Teórico clínicos en el siglo XXI*. Compilado por Maladesky, A., López, M., López, Z. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Green, A. y Urribarri, F. (2015) Del pensamiento clínico al paradigma contemporáneo. Conversaciones. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gordo, A. y Serrano, A. (2008) Estrategias y prácticas cualitativas en investigación social. Cap. 2 "Modelos y métodos sociocríticos de la investigación cualitativa: cuatro casos psicoanalíticos y estrategias para su superación". Madrid: Pearson Educación S.A.
- Groddeck, Georg (1923), *El Libro del Ello*. Buenos Aires: Sudamericana S.A., 1968.
- Hyppolite, J. (1966/1988) Comentario hablado sobre la *Verneinung* de Freud. En Jacques Lacan Escritos 2, Apéndices. México: Siglo Veintiuno editores.
- <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/fibromyalgia/diagnosis-treatment/diagnosis/dxc-20317823>. Recuperado: julio 2017.
- Kohutis, E.A. (2010) Concreteness, Metaphor, and Psychosomatic Disorders: Bridging the Gap. *Psychoanalytic Inquiry*, 30:416–429, 2010 Copyright © Melvin Bornstein, Joseph Lichtenberg, Donald Silver ISSN: 0735-1690 print/1940-9133 online DOI: 10.1080/07351690.2010.482393.
- Kraut, D.E. (2002) A cien años de la función paterna en la clínica freudiana. *Rev. Psicoanálisis*. Asoc. Psico. Madrid, 38:119-147.
- Kristeva, J. (1993) Las nuevas enfermedades del alma. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Lacan, J. (1975) Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. *Le Bloc-Notes de la psychanalyse*, Nº 5, Bruselas, 1885, pp. 5-23.
- Lacan, J. (1990) Escritos 1. Función y Campo de la palabra. México: Siglo XXI.

- Lacan, J. (2004) Seminario 8: La transferencia. El seminario de Jacques Lacan. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. (1970/1992) Vida y muerte en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Laplanche, J. (1973/1992) La sexualidad y el orden vital en el conflicto psíquico. *En* Vida y muerte en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Laplanche, J. (1980) La sexualidad. Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B.. (1981). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Editorial Labor.
- Laplanche, J. (2012) Problemáticas VI: *El après coup*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- López, Z. (2009) La perspectiva freudiana del Fenómeno Psicósomático. Buenos Aires: Letra Viva.
- Maffi, C. (2005) Freud y lo simbólico: crónica de un duelo imposible. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Marty, P. (1990/2003) *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- McDougall, J. (1995) Teatros del cuerpo. España: Julian Jebenes (ed).
- Miller, D. (1995) Cap. Acto y falta subjetiva. En: Estudios de Psicósomática. Vol. 3. Compilación Vera Goralí. Buenos Aires: Atuel-Cap Círculo Analítico de Psicósomática.
- Miller, J. A. (1994) Matemas II. Cap. Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicósomático. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Miller, P. (2015) Piera Aulagnier, an introduction: Some elements of her intellectual biography. The International journal of Psychoanalysis. Vol. 96, N°5, October 2015.
- Monribot, P. (2016) Qué curación del cuerpo en análisis. <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Principio%20s-y-finales-de-analisis/474/Que-Curacion-del-cuerpo-en-analisis> [en línea]
- Nasio, J.D. (2007) El dolor físico. Argentina: Gedisa editorial.

- Parker, I. (2013) Discourse Analysis: Dimensions of Critique in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 10:3, 223-239.
- Rappaport, E. (2005) Cap. 1: Revisión crítica de las teorías y de los abordajes de los estados psicosomáticos. Compilado por Maladesky, A., López, M., López, Z. En *Psicosomática Aportes Teórico clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ríos, Cecilia (2013) *Psicosomática y psicosis. Una investigación psicoanalítica*. México: Universidad Intercontinental.
- Romero, M. D. (2011) Trastornos psicosomáticos: Una lectura psicoanalítica [En línea]. 3er Congreso Internacional de Investigación, 15 al 17 de noviembre de 2011, La Plata. Disponible en Memoria Académica:  
[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.1505/ev.1505.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1505/ev.1505.pdf)
- Rosolato, G. y otros (1991) *Lo negativo. Figuras y modalidades*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Roudinesco, E y Plon, M. (2005) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Roussillon, R. (2015a) An Introduction to the work on primary symbolization. *The International Journal of Psychoanalysis*. (2015) Vol. 96: 583-594. doi: 10.1111/1745-8315.12347.
- Roussillon, R. (2015b) Simbolizaciones primarias y secundarias apuruguay.org/sites/default/files/roussillon-simbolizaciones-primarias-y-secundarias-trad-elena-errandonea.pdf. Recuperado el 16/07/16.
- Sauane, S. (2014) *Psicosomática: teoría y clínica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Sisto, V. (2012) Análisis del Discurso y Psicología: A veinte años de la revolución discursiva. *Revista de Psicología*, Vol. 21, Nº 1, junio 2012.
- Smadja, Claude (2009) *Los Modelos psicoanalíticos de la psicosomática*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Szapiro, L. & Reyes, M. V. (2006). Acerca de la clínica de las afecciones psicosomáticas desde la perspectiva del Psicoanálisis de orientación lacaniana. *Anuario de investigaciones*, 13, 103-108. Recuperado el 10 de agosto de 2018, de  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862006000100041&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862006000100041&lng=es&tlng=es).

- Szapiro, L. (2011). De la cuestión de la psicósomática en el campo del psicoanálisis: Puntos de convergencia y divergencia. *Anuario de investigaciones*, 18, 163-169. Recuperado en 11 de agosto de 2018, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862011000100071&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100071&lng=es&tlng=es).
- Ulnik, J. C. (2000) Revisión crítica de la teoría psicósomática de Pierre Marty. *Revista Aperturas psicoanalíticas*. N° 5; 05/07/2000
- Urman, F.R. (2001) Algunos hallazgos diagnósticos en los niños con potencialidad o con enfermedad psicósomática instalada. *Psicoanálisis APdeBA – Vol. XXIII- N°3 2001* (pp.713-741).
- Valcarcel, M.; Barrera, C.; Moreira, P. (2016) Psoriasis y depresión. *Revista Gaceta Psiquiatría Universitaria* Año 12. Vol. 12, Junio de 2016, 2: 168-173.
- Viguera, A. (2013). Justificación del concepto signos de percepción para una metapsicología de lo originario [en línea]. Tesis de posgrado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.910/te.910.pdf>.
- Villa, F. (2018) La represión orgánica y los progresos técnicos de la medicina. *Revista Gradiva* VII n°1-2018. Traducción de Marco Araneda, del original “Le refoulement organique et les progrès techniques de la medicine”, *Cliniques méditerranées* 2007/2 (n°76), p.45-60.
- Winnicott, D.W. (1991) Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D.W. (1999) Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D.W. (2012) La naturaleza humana. Buenos Aires: Paidós.
- Yin, R. K. (1994) Case study research: Design and methods. London: Sage. <file:///C:/Users/Liliana/Downloads/23-87-1-PB.pdf>