

El Cuerpo en el Psicoanálisis Contemporáneo: Sobre las Concepciones Psicósomáticas de Pierre Marty y Joyce McDougall.

Rodrigo Sanches Peres¹

RESUMEN:

Este estudio tiene como objetivo presentar algunas consideraciones sobre los conceptos teóricos de Pierre Marty y Joyce McDougall. Este propósito se justifica teniendo en cuenta que estos autores aparecen como dos de los exponentes más importantes de la psicósomática psicoanalítica, quienes ofrecieron valiosas contribuciones a la comprensión de los determinantes psicológicos de las enfermedades orgánicas. Además, es de destacar que Marty y McDougall aportaron ciertos conceptos al psicoanálisis que no han sido completamente incorporado en la literatura científica. En consecuencia, se consideró importante focalizar este trabajo en la discusión de dos de esos conceptos, a saber, el pensamiento operacional y la desafectación.

Palabras-clave: psicósomática, psicoanálisis, pensamiento operatorio, desafectación, somatización

ABSTRACT

THE BODY ON CONTEMPORARY PSYCHOANALYSIS: ABOUT PIERRE MARTY'S AND JOYCE MCDUGALL'S PSYCHOSOMATIC CONCEPTIONS

This paper has as purpose present some considerations on Pierre Marty's and Joyce McDougall's theoretical conceptions. Such purpose is justified because the referred authors are two of the most important exponents of psychoanalytical psychosomatic and, thus, offer great relevance contributions for understanding of organic illnesses' psychological determinant. Besides, Marty and McDougall introduce concepts on psychoanalysis those are not still properly incorporate to the specialized scientific literature. Consequently, was considered relevant to focus in this paper the discussion of two of those concepts: operational thinking and disaffection.

Keywords: psychosomatic, psychoanalysis, operational thinking, disaffection, somatization.

PSICOANÁLISIS Y PSICOSOMÁTICA: APROXIMACIONES INICIALES

Hacia el final del siglo XIX, el médico austríaco Sigmund Freud (1856-1939) generó un cambio de paradigma con el descubrimiento del inconsciente y la fundación de una nueva teoría sobre los procesos psíquicos.

A partir de los revolucionarios estudios sobre la histeria desarrollados en colaboración con el psiquiatra francés Jean Martin Charcot (1825-1893), el hasta entonces eminente neurólogo propuso que las enfermedades orgánicas no eran causadas sólo por los agentes biológicos, y que el cuerpo era también susceptible a las vicisitudes de la mente. En este sentido, rompió con el modelo cartesiano vigente hasta entonces, pues apuntó como lo señala Aisenstein (1994) y Volich (2000), a que la salud de un individuo se encontraba estrechamente relacionada con su propia historia.

La preocupación por el tema del cuerpo fue, en consecuencia, fundamental para el surgimiento del psicoanálisis (Cukiert y Prizskulnik, 2000). En el desarrollo de su teoría, sin embargo, Freud decidió -por

1.- Psicólogo de la Universidade Estadual Paulista (UNESP), Master y Doctorado en Psicología de la Universidade de São Paulo (USP), Docente de la Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

razones puramente didácticas, de acuerdo a Haynal y Pasini (1983)- prestar mayor atención a la investigación de las enfermedades mentales y, en consecuencia, puso en segundo plano la investigación de los factores psicológicos asociados con el brote de las enfermedades orgánicas. Sin embargo, él fue responsable, cómo lo señalan Rodrigues y Rodrigues (1991), de formular los supuestos que sirvieron de base para que luego otros autores pudiesen, en un segundo momento, reconsiderar la teoría hipocrática de la unidad funcional entre lo biológico y lo psicológico.

Los pioneros en el uso de hipótesis metapsicológicas en un intento de identificar los determinantes emocionales de las dolencias orgánicas fueron el psicoanalista húngaro Sandor Ferenczi (1873-1933) y el médico alemán Georg Groddeck (1866-1934). Sin embargo, ambos se apropiaron indebidamente de las hipótesis psicoanalíticas acerca de la etiología de la histeria, ya que, como ha señalado Del Vogo (1998), trataron, cada uno a su manera, de analizar las enfermedades orgánicas, como producto simbólico de la acción de un mecanismo puramente mental: la conversión.

Por esa vía, ellos forjaron ciertas hipótesis extremas que condujeron al reduccionismo de un complejo “salto de lo psíquico a lo somático”. Un nuevo movimiento psicósomático inspirado en el pensamiento freudiano comenzó a surgir a partir de 1930 con Franz Alexander (1891-1964), psicoanalista húngaro radicado en los Estados Unidos de América, quien afirmaba que ciertos conflictos psíquicos provocaban disfunciones del sistema nervioso autónomo, desencadenando alteraciones en los músculos lisos y produciendo secreciones glandulares desordenadas (Santos Filho, 1993). El defendió de este modo, según Haynal y Pasini (1983), el que las dolencias orgánicas pudieran ser entendidas básicamente como respuestas fisiológicas exacerbadas derivando de estados de tensión emocional crónicos motivados por procesos mentales inconscientes desprovistos de significado simbólico. Sin embargo, estas proposiciones fueron cuestionadas en las décadas siguientes por autores que creían que el modelo psicósomático de base psicofisiológica de Alexander se basaba en una visión dualista del hombre. Respaldando estas preguntas, muchos psicoanalistas franceses se organizaron con el fin de idear una nueva forma de las manifestaciones corporales del sufrimiento emocional. Liderados por Pierre Marty (1918-1993), entendían que los pacientes somáticos² se caracterizaban por un modo de funcionamiento psíquico distinto de aquellos que presentaban los neuróticos y psicóticos (Volich, 2000). Además, postulaban que las enfermedades orgánicas debían ser analizadas a partir de una perspectiva de continuidad evolutiva y funcional entre el cuerpo anatómico y el cuerpo erógeno, como señala Vieira (1997).

El modelo formulado por Marty y sus colaboradores es señalado por la literatura científica especializada como una de las vertientes psicósomáticas más consistentes, pues posibilita el esclarecimiento de algunos de los complejos procesos subyacentes en la interacción mente-cuerpo (Ferraz 1997; Horn & Almeida, 2003; Santos Filho, 1994; Silva & Caldeira, 1993; Smadja, 1995). Es necesario hacer notar, sin embargo, que la psicósomática psicoanalítica no se reduce a ese modelo. En las décadas de los 70, 80 y 90, una serie de autores se empeñó en repensar el papel de lo psíquico como dimensión constitutiva de los procesos de salud y la enfermedad. La mayoría de ellos, sin embargo, se embarcó por caminos teóricos distintos, en mayor o menor grado, a los recomendados por Marty. Joyce McDougall, neozelandesa radicada en Francia, indudablemente puede ser considerada como uno de los principales nombres de la psicósomática psicoanalítica en los días de hoy (Peres, en prensa). Capaz de permanecer ajena al sectarismo y de transitar a través de diferentes escuelas teóricas, no duda, como ha señalado Menahem (2001), en buscar respuestas para sus preguntas junto a autores que adoptan tesis paradójicas.

Además de eso, se preocupa por cuestionar sus propias ideas cuando se enfrenta a sus propias limitaciones inherentes a la práctica clínica, permitiéndose diseñar nuevas hipótesis sobre los aspectos psicológicos de las enfermedades orgánicas (Ceccarelli, 1997; Montagna, 1988).

El presente estudio tiene como objetivo hilvanar algunas consideraciones acerca de las concepciones

2.- Este término será utilizado a lo largo del texto para hacer referencia a los portadores de enfermedades orgánicas –en especial, aunque no solo a las enfermedades crónicas no transmisibles– que muestran alteraciones de las funciones fisiológicas motivadas por factores de naturaleza diversa.

teóricas de Marty y McDougall, valiéndose, para ello, de algunos textos de los autores citados y de sus más significativos seguidores. Tal propósito se justifica teniendo en consideración que ambos se destacan como dos de los más relevantes exponentes de la psicología psicosomática psicoanalítica y, así, proporcionar valiosas contribuciones a la comprensión del relevante objeto al que se dedican. Se destacan también algunos conceptos que todavía no han sido plenamente incorporados en el psicoanálisis. Por esta razón, se consideró apropiado enfocar la discusión sobre dos de ellos, a saber: el pensamiento operatorio y la desafectación.

PENSAMIENTO OPERATORIO: CARENCIA FANTASMÁTICA Y REACTIVIDAD ORGÁNICA.

Dependiendo de los resultados de su trabajo clínico, Marty y M'Uzan (1962/1994) señalaron que los pacientes somáticos por lo general presentan pensamientos superficiales, carentes de valor libidinal, excesivamente orientado hacia la realidad externa y estrechamente vinculado a la materialidad de los hechos. Por lo tanto, sugirieron que los sujetos en cuestión se caracterizan por un deterioro de la capacidad de simbolización. Además, propusieron que ese deterioro tiende a desarrollarse con una considerable restricción de la actividad fantasmal y una marcada supresión de toda expresividad de orden mental, lo que indica la existencia de una deficiencia funcional de la psique (Horn & Almeida, 2003; Silva & Caldeira, 1993).

Marty (1993) señala que, tomando en consideración tales características se puede imaginar que las dinámicas afectivas de los pacientes somáticos se rigen exclusivamente por el proceso secundario. Los individuos en cuestión, sin embargo, no establecen conexiones con contenidos simbólicos, evidenciando la ocurrencia de investimentos libidinales arcaicos, semejantes a aquellos realizados cuando el aparato psíquico funcionaba bajo la égida del proceso primario. En consecuencia, la energía psíquica -el sustrato cuantitativo de la simbolización- se encuentra libre y estimula el uso compulsivo de las formas más rápida y directa del manejo de las tensiones.

Posiblemente por este motivo, se destaca una vehemente propensión a la acción en detrimento de la simbolización, según Marty y M'Uzan (1962/1994), como otra característica de los pacientes somáticos. Conductas poco elaboradas desde el punto de vista psíquico son entonces adoptadas para minimizar el impacto causado por las excitaciones. Esto sugiere que el inconsciente no consigue comunicarse mediante el empleo de representaciones y tiende a encontrar en la conducta su única posibilidad de expresión. Se puede suponer, dado lo anterior, que la restricción fantasmática que los caracteriza hace del aparato sensorio-motor una forma favorita de externalizar las demandas pulsionales (Marty, 1993).

Esta hipótesis adquiere todavía una mayor consistencia a partir del principio de que -según Marty, M'Uzan y David (1967)-, es posible notar en el discurso de los sujetos en cuestión que sus palabras frecuentemente se encuentran desvinculadas de elementos simbólicos y son empleadas como mero instrumento de descarga de las tensiones. Es decir; sus verbalizaciones no están sobre investidas ni tampoco sobre determinadas. Vale la pena señalar, sin embargo, que el psiquismo de los pacientes somáticos no se encuentra totalmente desconectado de lo inconsciente. En realidad, los contactos arcaicos son mantenidos como contenidos situados más allá de la conciencia, pero ello no facilitan el desarrollo de elaboraciones integradoras de la vida pulsional (Silva & Caldeira, 1993).

Marty (1998) señala también que los pacientes somáticos generalmente establecen vínculos afectivos poco significativos y mantienen relaciones superficiales. No obstante, en contraste con lo que se observa en los casos de neurosis obsesiva, esa tendencia no se debe a la manipulación del material psíquico, ya que, como señalamos anteriormente, una limitación importante de la capacidad afecta a la simbolización. Esta tendencia a la mantención de "relaciones blancas", por lo tanto, se encuentra asociada a las identificaciones esquemáticas que a menudo son establecidas por los individuos en parte debido a la escasez de sus investimentos libidinales.

Teniendo en cuenta lo anterior Marty y M'Uzan (1962/1994) propusieron que los pacientes somáticos comúnmente presentaban un funcionamiento psíquico que se sitúa entre las neurosis y las psicosis. Hacia inicios de la década de los 60, los autores en cuestión acuñaron el término "pensamiento operatorio" para referirse a ello.

Sin embargo, contrariamente a lo que se podría pensar en un primer momento, este término se refiere no sólo a un modo de pensamiento, sino más bien una especie de organización psíquica. Los términos “funcionamiento operatorio” y “vida operatoria”, por lo común, son empleados habitualmente en la literatura científica como un sustituto del concepto original.

Marty (1993) señala que el desarrollo de sus ideas parten del principio de que la actividad de la fantasía permite el flujo de las excitaciones, integra las demandas pulsionales y favorece la formación de síntomas -generalmente mentales, pero en ocasiones físicas- reversibles. En este sentido, tiene como base las suposiciones metapsicológicas clásicas. Cabe señalar, sin embargo, que la descripción del pensamiento operatorio pone en jaque la supuesta capacidad ilimitada de elaboración psíquica de la cual, según Freud (1914/1996), el hombre puede beneficiarse a expensas del proceso de reproducción inconsciente de las experiencias penosas desencadenadas por la compulsión a la repetición.

La reordenación de los elementos funcionales existentes en el preconscious se vuelve, según Marty y Loriod (1985/2001), particularmente difícil en la vida operatoria. Debido a que este reordenamiento es un requisito previo para la ejecución de los movimientos psíquicos de la organización evolutiva que son necesarios durante toda la vida, la sustitución de la simbolización por la reacción biológica deja de ser -especialmente en circunstancias de estrés - una práctica esporádica y de restauración, transformándose en una acción habitual y destructiva. Siguiendo este razonamiento, el pensamiento operatorio no debe entenderse como un simple desdoblamiento del impacto causado por la ocurrencia de una somatización, sino más bien como un factor asociado con el padecimiento (Vieira, 1997; Ferraz, 1997).

Sin embargo, los comportamientos pueden, según lo propuesto por Freud (1913/1996), sustituir el lenguaje y el pensamiento y promover una forma relativamente satisfactoria de descarga de las tensiones. Debido a esto, no es raro que los individuos operatorios consigan, gracias a la orientación para la acción que presentan, protegerse de la eclosión de afecciones orgánicas. Además, muchos pacientes somáticos no demuestran ningún indicio de funcionamiento operatorio. Esto sucede porque la enfermedad, y esto no se debe perder de vista, es un proceso complejo, determinado por la interacción de diversos factores, e irreductible a un único padrón.

Es necesario reconocer, finalmente, que Marty y sus colegas no elaboraron hipótesis suficientemente esclarecedoras sobre la etiología del pensamiento operatorio. Lo que se postula es que ese modo de funcionamiento psíquico se encontraba íntimamente relacionado con desarmonías afectivas ocurridas durante la primera infancia a consecuencias de un inapropiado desempeño -excesivo o insuficiente- de la función materna (Marty, 1998). En ese sentido se puede postular que, en la mayor parte de los casos, los individuos operatorios fueron educados por madres autoritarias, deprimidas, negligentes, sobreprotectoras o que, debido a cualquier otro motivo, no se mostraron capaces de proteger a sus hijos de las tensiones que les afectaron en el inicio de la vida.

DESAFECTACIÓN: ALIENACIÓN CORPORAL Y RE-SOMATIZACIÓN AFECTIVA.

Según McDougall (1991), los pacientes somáticos generalmente son poco capaces de elaborar psíquicamente afectos potencialmente desestructurantes. En función de ello, no es raro que a menudo recurran a estrategias defensivas arcaicas para prevenir el estallido de expresiones emocionales que pueden escapar a su control. Este tipo de operaciones, a menudo, se adoptan inconscientemente, e implican la exclusión de cualquier representación cargada de sentimientos intolerables. Parece pues, por tanto, como señalan Montagna (1988) y Rocha (1988), que este tipo de personas simplemente “eyectan” los afectos de su propio aparato mental.

Teniendo en cuenta las peculiaridades de estos procesos de protección, McDougall (1983) propone que ellos no deben ser comparados con la represión -ya que ellos no se realizan conscientemente- y tampoco con la supresión -porque no transforman las emociones en material inconsciente. Siguiendo este razonamiento, la tendencia a “eyectar” del propio psiquismo percepciones, fantasías y pensamientos asociados a afectos se asemejan en sus principales aspectos, a un mecanismo de defensa que, según Freud (1894a/1996), puede ser

considerado de lo más radical: la desmentida o el rechazo para fuera del ego (Verwerfung). Esta característica no sólo promueve sentimientos de exclusión desde el plano de la conciencia, sino que también conduce a la persona a actuar como si nunca hubiese tenido acceso a los contenidos repudiados.

Sin embargo, es necesario destacar que, en la concepción freudiana, el rechazo hacia afuera del ego se manifiesta en la aparición de fenómenos delirantes y alucinatorios, de manera que ello puede ser entendido como una defensa específica de las psicosis. McDougall (1989), a su vez, sugiere que los afectos “eyectados” del aparato mental de los pacientes somáticos no generan como subproducto alucinaciones o delirios, sino más bien se pierden sin ningún tipo de compensación psíquica. Como resultado de ello, tienden, en contraste con lo que ocurre con el psicótico, a ser reducidos a su más pura expresión somática. Es decir: el uso de este dispositivo puede promover una escisión entre el cuerpo anatómico y el cuerpo erógeno, culminando en una resomatización de los afectos (Montagna, 1988).

Partiendo de la hipótesis precedente, se deduce que los afectos de los pacientes somáticos generalmente no encuentran ninguno de los tres destinos descritos por Freud (1894b/1996), dado que, en tanto excluidos, no son convertidos, dislocados o transformados como ocurre respectivamente en la histeria, la neurosis obsesiva, la neurosis de ansiedad o la melancolía. De ese modo, McDougall (1989) sostiene que las emociones pueden -a diferencia de lo que sugieren los supuestos clásicos metapsicológicos- efectivamente desaparecer del aparato psíquico a través de la expulsión del plano consciente de los pensamientos, fantasías y representaciones asociadas a los afectos capaces de provocar sufrimiento.

La utilización de esta clase de estrategia defensiva, sin embargo, tiende a producir un trastorno de la economía emocional. El neologismo “desafectación” fue creado por McDougall (1984), especialmente para referirse a este trastorno. Como se sabe, el prefijo latino “des” sugiere separación, pérdida o desvinculación. Está claro, pues, que la composición del término implica, en sí mismo, que la patología en cuestión implica la ruptura de un individuo con sus propios sentimientos. La desafectación, en efecto, lleva al sujeto a tener dificultades para captar los contrastes emocionales y discriminar tanto sus afectos como los de otras personas con las que convive, conduciendo al establecimiento de relaciones inconsistentes (Bunemer, 1995).

Sin embargo, el individuo desafectado puede -especialmente en situaciones de angustia psicológica- mantener relaciones fusionales con el fin de recrear la ilusión de una unidad primitiva cuerpo y mente con la figura materna (McDougall, 1991). Esa ilusión, de hecho, le permite al bebé sobrevivir a las tensiones que lo afectan, ya que fomenta la creencia de que hay un solo cuerpo de dos seres vivos. El uso de este dispositivo, sin embargo, tiende a hacer que la persona poco a poco no pueda distinguirse a sí mismo de un otro. Por esta razón, engendra la aparición de ansiedades psicóticas que pueden ser decodificada como amenazas biológicas y que crean condiciones favorables para la aparición de somatizaciones, porque estimulan el cuerpo para hablar a través del uso de los escasos recursos defensivos de los cuales dispone (Ferraz, 1997).

Cabe señalar también que la desafectación lleva al individuo a encontrar en los actos -y no en el trabajo mental, como lo hacen los neuróticos- la única posibilidad de deshacerse de las tensiones (Cain, 1985/2001). Tales actos aparecen esencialmente como movimientos de externalización desprovisto de valor simbólico. Siguiendo este razonamiento, McDougall (1989) propone que los desafectados tratan de compensar con un «acto compulsivo» la restricción de la capacidad del simbolismo que los caracteriza. Esta compensación, sin embargo, puede convertirse en un «acto-de síntomas» e inciden sobre el cuerpo, ya que el mismo es percibido como un objeto ajeno a la psique de los sujetos en cuestión (Rocha, 1988).

De acuerdo a McDougall (1989), los trastornos relacionales de la diada madre-bebé se destacan como el factor central etiológico de la desafectación. Esta hipótesis parte del principio de que la figura materna tiene como tarea principal el realizar la función de contener la excitación, es decir, la de proteger al hijo de las tensiones provenientes del mundo exterior. Por lo tanto, debe interpretar la comunicación primitiva y nominar los estados afectivos de su bebé, promoviendo la progresiva des-somatización del aparato mental. El adecuado desempeño de esta tarea subsidia el acceso del niño a la palabra y promueve el desarrollo de la capacidad de simbolización. Se hace necesario, además señalar que, para McDougall (1989), uno no debe asociar indiscriminadamente la desafectación a la somatización, toda vez que cualquier individuo puede presentar síntomas corporales en tanto que las excitaciones a las cuales está sometido escapan a su

control. Pero por lo general, el hombre que no es portador de ese disturbio de la economía afectiva somatiza solamente en situaciones extremas, las que hacen inoperantes el empleo de mecanismos de defensa menos radicales de lo que la represión es para el ego. Los desafectados, por el contrario, tienden a expulsar de la conciencia cualquier sentimiento potencialmente desestructurante y, como consecuencia, se ven obligados a presentar reacciones orgánicas frente al sufrimiento mental con una mayor frecuencia e intensidad.

SUFRIMIENTO CORPORAL Y (LA AUSENCIA DE) SIGNIFICADO SIMBÓLICO

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible concluir que la activación de los mecanismos de producción de los síntomas corporales que presentan los pacientes somáticos puede ser facilitado, de acuerdo con Marty (1993), por la concertación de investiduras libidinales arcaicas, o, como diría McDougall (1991), por la utilización de recursos de defensa primitivos. Se hace evidente, por lo tanto, que existe una discrepancia importante entre las propuestas teóricas de estos autores. Sin embargo, ambos postulan que estos sujetos se caracterizan por una marcada restricción de la capacidad de elaboración psíquica. Como resultado, tanto Marty como McDougall entienden las afecciones orgánicas potencializadas por el pensamiento operatorio o por la desafectación como manifestaciones desprovistas de valor simbólico.

Como se sabe desde el advenimiento del inconsciente, la histeria tiene un significado metafórico, puesto que la represión -mecanismo de formación de síntomas del cual deriva- tiene una naturaleza exclusivamente psíquica. Por esta razón, el modelo etiológico de esta psicopatología no es empleado por Marty ni por McDougall para tratar de entender los factores emocionales asociados al padecimiento de los pacientes somáticos. En última instancia, ambos sostienen que los sujetos en cuestión son víctimas de un fenómeno similar a aquel que según Freud (1926/1996), genera el desarrollo de las neurosis actuales, a saber: la transformación directa de la excitación en angustias automáticas.

La literatura psicoanalítica clásica propone que los síntomas físicos de la neurosis de angustia, de la neurastenia y de la hipocondría, esto es, de los cuadros clínicos que componen esta referida clase nosográfica, tienen como factor desencadenante la acción de procesos totalmente somáticos, por lo que no pueden ser consideradas como una expresión simbólica. Teniendo en vista que esos procesos son causados por lagunas en el aparato mental que favorecen la traducción corporal de una historia sin palabras, Marty y McDougall propusieron que, en términos etiológicos, la somatización está mucho más cerca de la neurosis actual que de la histeria. Con esta tesis, por cierto, revolucionaron la psicósomática y ampliaron los límites de la metapsicología.

Estos autores también asumieron posiciones teóricas similares al afirmar que la expresión física de los conflictos emocionales se parece a las neurosis, en tanto una posible medida, funcional y equipada con poco poder destructivo. El funcionamiento operatorio y la desafectación, por el contrario, implican, cada una a su manera, el uso repetido del recurso en cuestión, lo que favorece la aparición de enfermedades más severas. De esta manera ambos argumentan que los individuos que poseen estas características son portadores de una vulnerabilidad psicósomática acentuada y no deben ser comparados con aquellos que presentan síntomas orgánicos ocasionales (Peres & Santos, en prensa).

Vale la pena señalar que para Marty (1993), el uso del término “psicósomático” como adjetivo se remite al antiguo dualismo cartesiano. Siguiendo este razonamiento, afirmar que una determinada enfermedad es psicósomática encierra una falacia notable. McDougall (1991) comparte este punto de vista, lo que deja claro que ambos coinciden en que la unidad cuerpo-mente hace del hombre, un ser psicósomático por definición. No obstante, estos autores reconocen la multicausalidad de la enfermedad y no atribuyen exclusivamente a los determinantes psíquicos la eclosión de las enfermedades somáticas. En virtud de la complejidad de tal proceso, con todo, ellos privilegian innegablemente el análisis de los factores emocionales asociados con este proceso.

Esta elección metodológica, hay que señalar, no se presenta como un reduccionismo psicológico similar al forjado en los inicios de la psicósomática psicoanalítica, sino más bien como un recorte necesario en las múltiples facetas del fenómeno que se proponen analizar. Es decir: es perfectamente compatible con el modelo biopsicosocial de comprensión del proceso de salud/dolencia vigente en la actualidad. Por otra parte, las propuestas de Marty y McDougall no excluyen otros intentos de explicar la génesis de las enfermedades

orgánicas -ya sean médicos, culturales, sociales o de otro tipo- apoyándose en elementos conceptuales distintos de razonamiento (Peres, 2004).

Por último, vale la pena destacar que Marty y McDougall están de acuerdo en que, en los casos en que la figura materna no cumple de forma apropiada la función de paraexcitación, las señales pre-verbales que el bebé emite no se insertan en un código lingüístico. Las experiencias que el niño vive no serán, por lo tanto, adecuadamente simbolizadas y su cuerpo se presentará como una vía privilegiada de exteriorización de sus conflictos, generando el desarrollo de las somatizaciones. En resumen: para ambos el cuerpo anatómico se convierte en erógeno como resultado de un proceso gradual y complejo, que tiene su inicio en los primeros meses de vida.

Este estudio sugiere que la imbricación de las aportaciones teóricas de Marty y McDougall es un recurso relevante para la elucidación del papel de los factores emocionales, tanto en sus inicios como en el curso de las enfermedades orgánicas. Obviamente, sin embargo, este enfoque no debe ser realizado en forma ingenua, ya que existen importantes inconsistencias entre el pensamiento de ambos autores. También debemos reconocer que ninguno de ellos ha tenido la pretensión de agotar el asunto. Sin embargo, sus propuestas están dotadas de un valor incuestionable, por lo tanto, en la etapa actual de nuestros conocimientos, las relaciones entre lo biológico y lo psicológico pueden ser consideradas tan fascinante como misteriosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aisenstein, M. (1994). Da medicina à psicanálise e à psicossomática (J. M. Canelas Neto, Trad.). Revista Brasileira de Psicanálise, 28 (1), 99-110.
- Bunemer, E. (1995). Desafetação: a dificuldade de investir no objeto. IDE, 26, 28-42.
- Caïn, J. (2001). Contratransferência e psicossomática. (L. Y. Massuh, Trad.). Em McDougall, J., Gachelin, G., Aulagnier, P., Marty, P., Loriod, J. & Caïn, J. (Orgs.). Corpo e história (pp. 213-266). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1985.
- Ceccarelli, P. R. (1997). Joyce McDougall: uma apresentação. Percurso, 18, 104-106.
- Cukiert, M. & Prizskulnik, L. (2000). O corpo em psicanálise: algumas considerações. Psychê, 5, 53-63.
- Del Vogó, M. J. (1998). O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna (M. Gambini, Trad.). São Paulo: Escuta.
- Ferraz, F. C. (1997). Das neuroses atuais à psicossomática. Em Ferraz, F. C. & Volich, R. M. (Orgs.). Psicossoma: psicossomática psicanalítica (pp. 23-38). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1894a). As neuropsicoses de defesa (M. Salomão, Trad.). Em Salomão, J. (Org.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. III (pp. 53-66). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- . (1894b). Carta 18 (J. L. Meuer, Trad.). Em Salomão, J. (Org.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. I (pp. 233-234). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- . (1913). O retorno do totemismo na infância (O. C. Muniz, Trad.). Em Salomão, J. (Org.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIII (pp. 109-162). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- . (1914). Recordar, repetir e elaborar (J. O. A. Abreu, Trad.). Em Salomão, J. (Org.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII (pp. 163-171). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- . (1926). Inibições, sintomas e angústia (C. M. Oiticica, Trad.). Em Salomão, J. (Org.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XX (pp. 91-152). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Haynal, A. & Pasini, W. (1983). Manual de medicina psicossomática (M. C. R. Barbosa, R. L. Lana & R. R. Josef, Trads.). São Paulo: Masson.
- Horn, A. & Almeida, M. C. P. (2003). Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. Revista Brasileira de Psicanálise, 37 (1), 69-84.
- Marty, P. (1993). A psicossomática do adulto (P. C. Ramos, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática* (A. E. V. A. Güntert, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marty, P. & Loriod, J. (1985). *Funcionamento mental e funcionamento somático* (L. Y. Massuh, Trad.). Em McDougall, J., Gachelin, G., Aulagnier, P., Marty, P., Loriod, J. & Caïn, J. (Orgs.). *Corpo e história* (pp. 151-211). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- Marty, P. & M'Uzan, M. (1962). *O pensamento operatório* (V. A. C. Beusson, Trad.). *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1), 1994, 165-174.
- Marty, P., M'Uzan, M. & David, C. (1967). *Investigation psychosomatique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- McDougall, J. (1983). *Em defesa de uma certa anormalidade* (C. E. Reis, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- . (1984). The “dis-affected” patient: reflections on affect pathology. *Psychoanalytic Quarterly*, 53, 386-409.
- . (1989). *Teatros do eu* (O. Coddá, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- . (1991). *Teatros do corpo* (P. H. B. Rondon, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Menahem, R. (2001). *Joyce McDougall* (M. Seincman, Trad.). São Paulo: Via Lettera.
- Montagna, P. (1988). A respeito de Joyce McDougall. *IDE*, 16, 39-41.
- Peres, R. S. (2004). *A exclusão do afeto e a alienação do corpo: contribuições da psicossomática psicanalítica para a compreensão da personalidade de pacientes com indicação para o transplante de medula óssea*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- . (no prelo). *A psicanálise no divã*. Paidéia.
- Peres, R.S. & Santos, M. A. (no prelo). *Pensamento operatório, desorganização progressiva e somatização: considerações sobre a psicossomática psicanalítica de Pierre Marty*. *Tempo Psicanalítico*.
- Rocha, F. J. B. (1988). A psicanálise e os pacientes somatizantes: introdução às idéias de Joyce McDougall. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 22 (1), 27-41.
- Rodrigues, A. L. & Rodrigues, D. M. (1991). Introdução à história da medicina psicossomática. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, 3 (2), 79-85.
- Santos Filho, O. C. (1993). *Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático*. Em Mello Filho, J. (Org.). *Psicossomática hoje* (pp. 108-112). Porto Alegre: Artes Médicas.
- . (1994). *Psicanálise do paciente “psicossomático”*. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1), 111-128.
- Silva, A. F. R. & Caldeira, G. (1993). *Alexitimia e pensamento operatório: a questão do afeto na Psicossomática*. Em Mello Filho, J. (Org.). *Psicossomática hoje* (pp. 113-118). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Smadja, C. (1995). *Le modèle psychosomatique de Pierre Marty*. *Revue Française de Psychosomatique*, 7, 7-25.
- Vieira, W. C. (1997). *A psicossomática de Pierre Marty*. Em Ferraz, F. C. & Volich, R. M. (Orgs.). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica* (pp. 15-22). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Publicado en: PSIC. CLIN. RIO DE JANEIRO, VOL.18, N.1, P.165 – 177, 2006

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652006000100014>

Versión electrónica:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000100014#1b

Volver a Bodyreaders
Volver a Newsletter 26-ex-52