

"CUERPO Y MENTE EN CUESTIÓN: EN BUSCA DE LA GÉNESIS DE LOS SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS".



Lazslo Antonio Avila

RESUMEN

La psicósomática es una rica zona de investigación, tanto en psicoanálisis como en la medicina. Desde Freud importantes psicoanalistas, como W. R. Bion, D. W. Winnicott y J. McDougall, se han dedicado a analizar los complejos factores que intervienen en la génesis y el tratamiento de los síntomas en que el cuerpo y la mente se superponen y se influyen. Presentamos aquí un modelo, propuesto originalmente por G. E. Berríos y I. Marková (1995) diseñado para representar gráficamente las rutas de origen y de modificación de los síntomas mentales, que ha sido adaptado para representar los síntomas psicósomáticos y sus posibilidades de transformación psicoterapéutica.

Eje temático: Cuerpo en la teoría

Descriptor: Cuerpo, Mente, Psicoanálisis, Psicósomática, Modelo de Cambridge.

DESARROLLO

Data ya de casi un siglo el interés del Psicoanálisis por los fenómenos interactivos de la mente con el cuerpo, que a menudo se presentan como síntomas y enfermedades psicósomáticas. En una significativa revisión de los principales conceptos psicoanalíticos de la psicósomática y con el objetivo de identificar las similitudes y contradicciones entre los diferentes autores que han investigado este campo, Marta Békei señala que:

“Hay un acuerdo casi absoluto con respecto a la formación de una estructura psicósomática en el curso del desarrollo inicial, debido a una relación madre-hijo distorsionada. Esta estructura se caracteriza por un Yo frágil, con limitaciones en su capacidad fantasmática y de simbolización”. (Békei, 1982, p. 547)

Hay muchos y diversificados *insights* psicoanalíticos sobre la naturaleza de los síntomas psicósomáticos. Pero una cuestión que perdura sin respuesta completa es, cuál es el origen de los mismos. Vamos presentar un modelo, denominado Modelo de Cambridge para la génesis de los síntomas mentales (Berríos, & Marková, 1995), que fue adaptado para la investigación de los modos de construcción de los síntomas psicósomáticos (Ávila, 2004).

Empezaremos recordando un muy conocido pasaje de W. R. Bion, en su “Aprendiendo de la experiencia” (Bion, 1991), en el momento en que enunciaba la noción del sistema protomental. Dice Bion que ese es un sistema donde lo físico y lo psicológico o mental se encuentran indiferenciados. Considera a ese sistema como una matriz, previa a la constitución de los fenómenos psicológicos, pero que desde ella las emociones se pueden originar, constituyendo las suposiciones básicas que van a influir en el desarrollo de la vida mental de los individuos y los grupos. Y afirma, en un evidente tono psicósomático: “Una vez que se trata de un nivel donde lo físico y lo mental son indiferenciados, es razonable suponer que cuando la aflicción de esa fuente se manifiesta, ella pueda expresarse tanto en formas físicas cuanto en formas psicológicas” (Bion, 1991, p. 91).

Donald Winnicott, que ha contribuido enormemente a la comprensión psicoanalítica de la importancia del medio ambiente circundante y del vínculo madre-hijo, con la teoría de la configuración de lo que él llama “psicosoma,” se expresa así en cuanto a los fenómenos psicósomáticos:

La enfermedad psico-somática es el negativo de un positivo; donde lo positivo es la tendencia hacia la integración en varios de sus significados e incluyendo a lo que yo me referí como personalización (1963). Lo positivo es la tendencia heredada de cada individuo de lograr una unidad de la psique y del soma, una identidad experiencial del espíritu o de la psique y la totalidad del funcionamiento físico.” (Winnicott, 1982, p. 2)

En esta misma línea de indagaciones, pero con su marca distintiva, un pasaje importante de Joyce McDougall describe la formación inicial del cuerpo-mente, todavía no diferenciados, temprano en la vida:

“Un cuerpo para dos: esta fantasía primordial, presente en cada ser humano, busca hacer uno con la madre-universo de la primera infancia. (...) A partir de esta matriz somatopsíquica, una diferenciación progresiva entre el cuerpo propio y la primera representación del mundo externo, que es el seno de la madre, se desarrollará en la psique infantil. Al mismo tiempo, lo que es psíquico se distinguirá lentamente de lo que es somático”. (McDougall, 1987, p. 8)

Antes de pasar a la presentación del modelo de Cambridge, vamos a revisar la historia de la evolución de estos conceptos, lo que debe permitir contrastar un simple esquema con la riqueza de situaciones y sintomatizaciones que este campo contiene.

HISTORIA DE LA PSICOSOMÁTICA

En general se considera que la Psicósomática, o por lo menos su nombre y concepción inicial nació a principios del siglo XIX, cuando el psiquiatra alemán Heinroth estableció los términos psicósomáticos (1818) y somatopsíquico (1828). La Psicósomática evolucionó tanto en el campo de la medicina como en el psicoanalítico, y en este último su pionero fue Georg Groddeck, que estableció en 1917, las bases psicoanalíticas para la investigación de las enfermedades orgánicas.

En un brevísimo histórico debemos empezar por las primeras descubiertas de Freud sobre la Histeria, en particular las conversiones histéricas, desde los *Estudios sobre la Histeria* (Freud, 1894-96), pasando por sus importantes discusiones sobre las neurosis actuales, en “*Las neuropsicosis de defensa*” y “*Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa*” (Freud, 1896-98) y llegando a la hipótesis de la “complacencia somática” aventada por Freud en el Caso Dora -*Fragmentos de la análisis de un caso de histeria* (Freud, 1905). A partir de su elaboración de la teoría de las pulsiones, desde los *Tres Ensayos sobre una Teoría Sexual* (Freud, 1905) hasta la *Metapsicología* (Freud, 1915), Freud va enriqueciendo progresivamente sus aportes sobre el psiquismo, en su intrincada relación con lo físico. La perspectiva adoptada con el modelo de las series complementarias, presentada en las *Conferencias Introductorias al Psicoanálisis* (Freud, 1917) prosigue ese desarrollo, que va a cambiar bruscamente con la aportación de *Más allá del Principio del Placer* (Freud, 1920), la conceptualización de la pulsión de muerte y la elaboración de la segunda tópica, en *El Yo y el Ello* (Freud, 1923), cuando afirma que el Yo es ante todo un yo corporal. La concepción freudiana de la angustia sigue transformándose y gana nueva expresión en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (Freud, 1926), y hasta el final de su larga vida productiva, Freud aún acrecienta nuevos aportes que discuten la relación del psiquismo con su soporte corporal, como es patente en su *Esquema de Psicoanálisis* (Freud, 1938).

Son muchísimas las contribuciones freudianas para la Psicósomática, y el primero en percibir esa riqueza fue el original y marginado Georg Groddeck (Ávila, 1998). Ese médico alemán pensaba ser el verdadero descubridor del Inconsciente e hizo un largo recorrido para acercarse de Freud, reconociendo su primacía y proponiéndose como discípulo en 1917. Groddeck trataba solamente a pacientes en muy grave estado de

salud, enfermos terminales o pacientes crónicos de dolencias degenerativas. Su sanatorio recibía pacientes de toda Europa y fue en el que Georg Groddeck descubrió el valor de la actividad simbólica cuando buscaba los determinantes de síntomas corporales que no remitían apenas a la patología orgánica, sino que englobaba a toda la vida del sujeto. Con un método propio de investigación, Groddeck vino a encontrarse con la obra freudiana y desde entonces combinó su perspectiva con el método de la asociación libre, el análisis de las resistencias y la interpretación de la transferencia en el tratamiento de sus pacientes. Su legado fue un conjunto de obras que inauguró la psicósomática psicoanalítica. Sin embargo, él fue puesto al margen, y tanto el Psicoanálisis cuanto la Medicina no aprovecharan sus contribuciones durante mucho tiempo. Pero su influencia fue profunda, y sus huellas se encuentran en las obras de Sandor Ferenczi, que fue su amigo y paciente, en Michel Balint, creador de los famosos grupos Balint para discusiones en el ambiente hospitalario, en Frieda Fromm-Reichman y en Franz Alexander.

Ese último, después de emigrar para los Estados Unidos, constituyó, junto a F. Deutsch e D. Rapport la famosa Escuela de Psicósomática de Chicago, que difundió extraordinariamente el abordaje psicósomático en las escuelas medicas norteamericanas hasta los años 50, cuando declinó.

En Europa, el estudio de la psicósomática sufrió vicisitudes variadas. En el marco estricto del psicoanálisis freudiano, hubo un lapso de producción, durante el cual se han desarrollado las escuelas inglesa y francesa de Psicoanálisis. Melanie Klein lanzó las bases teóricas, así como cambios en la técnica, que fructificaran en las obras de W. R. Bion y D. W. Winnicott, ambos importantes autores para innumerables cuestiones que ubican mente y cuerpo como áreas prioritarias de la investigación analítica. El pensamiento de Jacques Lacan también produjo frutos en el campo psicósomático y muchos autores contemporáneos, como Wartel, Nasio, Zenoni y otros expanden sus posibilidades. También en Francia, un grupo con distinta orientación teórica y metodológica viene articulando nuevos modelos para la psicósomática, y con el liderazgo de Pierre Marty fundaron la Escuela Psicósomática de París. Producen también en lengua francesa P. Aulagnier, M. Aisenstein, Sami-Ali y C. Dejours. En Italia despunta el nombre de A. Ferrara. Actualmente, una de las autoras que mayores contribuciones tiene hecho en ese campo es la neozelandesa Joyce McDougall.

En Latino-América hay muchos autores que vienen buscando los vínculos entre mente y cuerpo, utilizando el psicoanálisis como método de investigación. Desde Argentina, que fue uno de los polos de gran difusión de las ideas psicoanalíticas en nuestro continente, algunos nombres se firmaron: Ángel Garma, después Enrique Pichón-Rivière, José Bleger y actualmente Rodolfo Moguillansky, Luis Chiozza, entre otros. En Brasil, algunos de los pioneros fueron Danilo Perestrello, J. F. Pontes, H. Capisano, J. A. Miller de Paiva, J. Mello Filho. Actualmente muchos analistas e investigadores brasileños se interesan por ese abordaje y una fértil producción viene desarrollándose.

En los EUA, con su fuerte orientación pragmática y biologizante, los estudios tienen un importante componente experimental, con los modelos siendo concebidos a partir de la estrecha vinculación con la estadística, la psiquiatría, la epidemiología. De importancia para los estudios psicósomáticos, deben ser mencionados Cannon, creador de la noción de homeostasis, Selye, que introdujo el abusivamente empleado concepto del stress, Sifneos & Nemiah que propusieron la noción de alexitimia, y McEwan con su noción de alostasis y carga alostática.

Esta lista es harto incompleta, y con inevitables omisiones. Pero me pareció importante situar el contexto múltiple que abriga las distintas referencias en psicósomática.

EN BUSCA DE UN MODELO PARA LA GÉNESIS DE LOS SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS

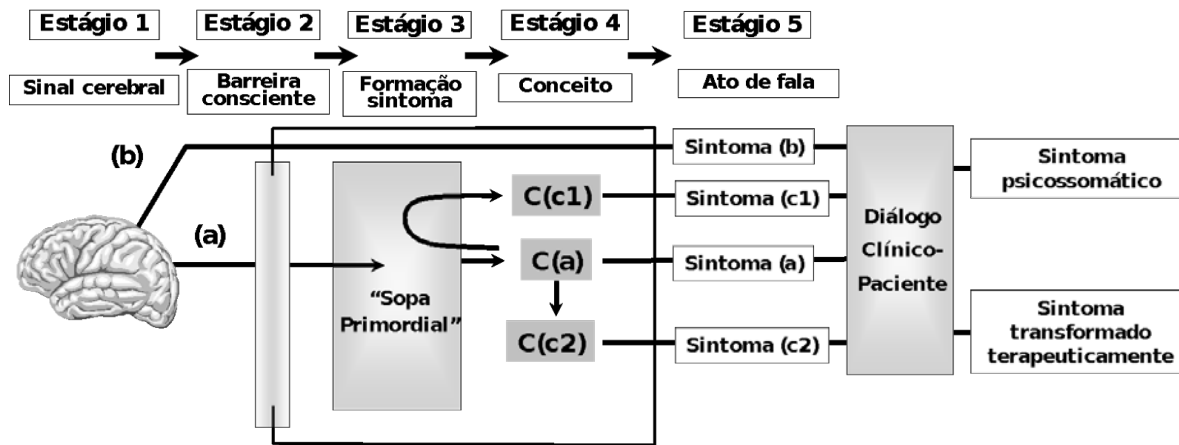
Como ya se ha señalado, existe un consenso entre los autores psicoanalíticos de situar el inicio de la producción de los fenómenos psicósomáticos en el comienzo mismo de la vida, debido a las vicisitudes en la configuración del psicósoma del bebé, y por lo general relacionado con las problemáticas del vínculo con la madre y la integración inicial de la psique con el cuerpo propio (imagen y esquema corporal). Se pone la cuestión de entender cómo este origen común de la psique y del cuerpo, conformando el psicósoma, se hace singular en cada ser humano creando las condiciones para las psicósomatizaciones.

Esta cuestión se articula con otra, que indaga el por qué ciertos procesos psíquicos siguen una vía de expresión somática al paso que otros prefieren traducirse en procesos psíquicos, sea oníricos, fantasías o

pensamientos conscientes. Y una tercera cuestión surge en referencia a la potencialidad de la terapéutica verbal preconizada por el Psicoanálisis para transformar un síntoma psicossomático en una elaboración psíquica.

Un aporte que contempla a esas tres cuestiones es el modelo de Cambridge para la formación de los síntomas, que presentamos a seguir:

Figura 1 – Adaptado de Berrios, G.E. & Marková, I.S., 1995.



Cf. Ávila, L.A. – O Eu e o Corpo. 2004, pág. 97.

En 2004, en mi libro *O Eu e o Corpo* (El Yo y el Cuerpo), propuse una modificación al modelo presentado originalmente en 1995 por los neuropsiquiatras G.E. Berrios y I. S. Marková, de la Universidad de Cambridge, UK. De acuerdo con él, la formación de síntomas mentales seguiría las siguientes rutas alternativas:

Por la vía (a), una señal cerebral, o sea, un determinado estado subjetivo, pasaría inicialmente por una barrera de conciencia, sería percibida, e ingresaría en una “sopa primordial” para generar a un síntoma. La “sopa primordial” es un aglomerado de experiencias, un caldo de cultura, donde se reúnen las experiencias previas del individuo y también los datos culturales, patrimonio común de la colectividad, que ahí se encuentran en forma dispersa y no “formateada”. Es desde esa “sopa primordial” que puede emerger un concepto, o sea, una idea que represente a aquel estado subjetivo. Después de ser conceptualizado, es posible expresar verbalmente aquella experiencia y servir, por ejemplo, para ser comunicada a un psicoanalista o a un médico.

La segunda vía, denominada (b), también se concretizaría al final en un ato de habla, un síntoma comunicado, pero siguiendo un camino bien distinto. La señal cerebral, o estado subjetivo, evitaría el pasaje por la barrera de la conciencia y no ingresaría en la “sopa primordial”. Por esa razón, no podría surgir conceptualmente, y no ganaría traducción como pensamiento. Los autores, Berrios & Marková, pensaron que eso describiría los llamados “conocimientos implícitos”, o actitudes automáticas sin conciencia. Pero yo propuse que esa vía (b) era una adecuada proposición para la génesis de los síntomas psicossomáticos. Esos son característicamente carentes de representación: el paciente psicossomático alega “nada saber” de porque los síntomas se instalaron, y en general dan explicaciones confusas y genéricas sobre el origen y desarrollo de ellos. Propuse que se considerara a la vía (b) como fundamental para la inteligencia de esos síntomas y que el esquema de Cambridge aún tendría la utilidad de permitir una pertinente descripción del proceso psicoterapéutico. El clínico, al oír la queja del paciente psicossomático procedería buscando construir un camino auxiliar, un tipo de “prótesis” conceptual, de modo a que un síntoma que ha seguido la vía (b) pase al trayecto (a), donde adquiere significación. Dos direcciones se abren: por la vía Cc1 el síntoma ingresa en la “sopa primordial”, o sea, busca a las prefiguraciones conceptuales del sujeto y de su grupo cultural. En la segunda Cc2, el terapeuta le fornece un concepto de “préstamo”, una muletilla, con la cual el paciente pasa a representar su síntoma psicossomático.

“De esta manera un síntoma antes procesado inconscientemente y sin representación conceptual va a ganar de una forma verbal, articulado con otras cadenas de representación del sujeto. Una vez traducido y nombrado en la esfera psíquica el síntoma es librado de sus características funcionales, suprimiendo su transcripción somática y lo tornando apto para la elaboración psíquica. Por este enfoque tratase por lo tanto de lograr un cambio sintomático: en lugar de un síntoma “mudo”, incapaz de conciencia y conceptualización, buscamos hacer emerger un síntoma verbal y representado conceptualmente, sujeto a una nueva conceptualización. Decimos “mudo”, aunque en realidad este síntoma es hablado por el paciente. Lo que estamos detallando aquí es que el proceso mental del paciente se lleva a cabo de manera inconsciente, sin representación verbal y lo que es verbalizado es sólo la percepción “externa” que el paciente hace de sus síntomas manifestados”. (Ávila, 2004, p. 97)

En Bion encontramos estrecha relación con estas ideas. Creemos que los elementos beta, tal como fueron diseñados por Bion (1991), son exactamente el tipo de experiencias subjetivas que el modelo de Cambridge considera incapaces de conciencia y no aptos para la representación conceptual, y que por medio de la línea “b”, vienen a materializarse como síntomas psicósomáticos. Del mismo modo que Bion propone una “educación emocional”, proporcionando a través de la análisis la transformación de elementos beta en elementos oníricos y procesos de pensamiento más evolucionados, por medio del modelo Cambridge, vemos la posibilidad de transformar una experiencia sensorial y emocional carente de representación y se puede evitar la descarga directa en el soma, volviendo a entrar en la psique, y en la “sopa primordial” y al encontrar las huellas mnémicas del individuo y su grupo cultural, y luego adquirir la condición de conciencia como experiencias nombradas, es decir, en representaciones manejables. También la “barrera de la conciencia” del modelo se aproxima extraordinariamente de la noción bioniana de la “barrera de contacto” y de la

freudiana del “escudo protector de la psique.” También las formulaciones de Winnicott y McDougall son compatibles con esta representación gráfica, que tiene la ventaja de mostrar tanto el origen de los síntomas, cuanto las alternativas de resolución a través del proceso terapéutico.

Tal vez se pueda considerar que el paciente psicósomático sea aquel que, aún en la primera infancia, antes de adquirir el lenguaje verbal, haya tenido experiencias tan sufridas y conflictivas al tratar de organizar su mundo instintivo y constituir su psique, que él / ella no puede integrar adecuadamente su psicósoma, liberando su mente y desomatizándose.

Después, debido a futuros conflictos existenciales surgiría desintegración de sus experiencias subjetivas entre los campos somático y psíquico, y su cuerpo vendría a sufrir las pesadas consecuencias de presentar físicamente lo que su mente es incapaz de representar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ávila, L.A. - O Eu e o Corpo, São Paulo: Escuta, 2004.

Ávila, L. A. – Isso é Groddeck. São Paulo: EDUSP, 1998.

Bion, W.R. (1961) – O aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

Békei, M. - “Coincidencias y contradicciones en las teorías psicoanalíticas sobre la psicomatosis “. Rev. Psicoanal. (Arg.), 49 (3/4): 543-53, 1992.

Freud, S. - Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e históricas (1888-1893). In: Obras Completas, Trad. D. Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Tres Tomos, Madrid: Biblioteca Nueva, 1973, pp. 13 - 21.

Freud, S. - Estudios sobre la Histeria (1893-1895). In: Op. Cit., pp. 39 - 168.

Freud, S. - Análisis fragmentario de una Histeria (Caso Dora) (1905). In: Op. cit., pp. 933 - 1002.

Freud, S. - Tres Ensayos para una Teoría de la Sexualidad (1905). In: Op. cit., pp. 1169 - 1237.

Freud, S. - Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicopatógenas de la visión (1910). In: Op. cit., pp. 1631 - 1635.

Freud, S. - Los instintos y sus destinos (1915). In: Op. cit., pp. 2039 - 2052.

- Feud, S. - Conferencias Introductorias al Psicoanálisis (1917). In: Op. cit., pp. 2123 - 2412.
- Freud, S. - Más allá del principio del placer (1920). In: Op. cit., pp. 2507 - 2541.
- Freud, S. - El Yo y el Ello (1923). In: Op. cit., pp. 2701 - 2778.
- Freud, S. - Compendio del Psicoanálisis (1938). In: Op. cit., pp. 3379 - 3418.
- Marková, I.S. & Berrios, G.E. – “Mental Symptoms: Are They Similar Phenomena?”, *Psychopathology*, 28: 147-157, 1995.
- McDougall, J. - “Um corpo para dois”. *Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro*, Vol. 1, n. 2, 8-33, 1987.
- Winnicott, D.W. - “La enfermedad psico-somática en sus aspectos positivos y negativos”. *Rev. Urug. Psicoanal.* 61: 11-22, 1982.

Publicado en: Trabajo presentado en el XXXI Congreso FEPAL “Cuerpo”: Eje temático: Cuerpo en la Teoría, 13 al 17 de Septiembre, Cartagena, Colombia, 2016.

<http://fepal.org/wp-content/uploads/193-esp-1.pdf>

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 7-ex-61
Volver a Bibliografía Groddeck