

## TEMA MONOGRÁFICO



*Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid* (2010), n.º 61

## La enfermedad somática. Una dimensión de la salud psíquica\*

CLAUDE SMADJA\*\*

Los primeros trabajos de Pierre Marty datan del final de los años cincuenta, algunos años después del final de la guerra, en pleno período de renovación de conceptos para la psiquiatría contemporánea. En torno a Henri Ey, Rouart y Lacan se desarrolla un debate sobre la cuestión de la psicogénesis de las neurosis y psicosis. Al mismo tiempo, Sacha Nacht difunde en la Sociedad Psicoanalítica de París los trabajos de la Escuela americana de medicina psicosomática. La cuestión del monismo y del dualismo en materia de relaciones entre funcionamiento orgánico y funcionamiento psíquico, al igual que la de la realidad psicosomática, son sometidas a la estimación de una nueva aproximación psicoanalítica y de las primeras observaciones de enfermos somáticos.

En 1952, Marty redacta un texto que renueva la concepción psicosomática sobre bases totalmente nuevas. Se trata de: «Las dificultades narcisistas del observador ante el problema psicosomático». En este texto fundador tanto como revolucionario, desde el punto de vista de la epistemología psicosomática, Marty enuncia que «la psicosomática no es un nexo de unión. Es el estudio de la evolución, centrada en un amplio “momento” cuyos límites son indefinibles». Esta definición de la realidad psicosomática conmociona los esquemas de pensamiento tradicional que buscaban indefinidamente fijar la articulación entre psique y soma en el seno de representaciones espaciales figuradas en conceptos de la fisiología o de la psicofisiología. Así, para la medicina moderna, el lugar de paso entre mecanismos mentales y mecanismos somáticos fue identificado, paso a paso, como el de la sensibilidad y después el de la emoción. Esta concepción del nexo de unión entre funcionamiento psíquico y funcionamiento somático reposa sobre otra concepción, más fundamental, la de una geografía del organismo humano por la que el investigador

\* Traducción: F. Javier Alarcón y José María Franco V.

\*\* Claude Smadja. Dirección: 107, Av. du Général Michel Bizot, 75012, París.

Claude Smadja

intenta apropiarse de las realidades complejas que estudia por medio de representaciones visuales. Hoy, la evolución de la tecnología médica permite extender esta concepción de la geografía de lo humano al terreno, en adelante, sin límites de la neurobiología y la imaginación cerebral permite visualizar tanto los procesos perceptivos como los procesos de pensamiento y hasta los procesos afectivos. La definición que da Pierre Marty de la psicósomática al comienzo de su obra creadora no se comprende inmediatamente. Exige de nosotros un esfuerzo, no sólo desde el punto de vista del pensamiento, sino también desde el punto de vista personal. Porque para Marty la construcción de una representación visual de una realidad cualquiera está determinada por una imperiosa necesidad de completud narcisista. Además, la psicósomática es una realidad esencialmente compleja, ver hipercompleja. Es ilusorio concebirla en un conjunto de representaciones exclusivamente o principalmente espaciales. Y Marty la define según otro eje de referencia: el de la evolución. La historia ha sustituido a la geografía en la aproximación a la realidad psicósomática. El psiquismo no es oponible al funcionamiento del organismo. Procede de él mediante un lento y progresivo proceso de evolución e historización. Para Marty y para la Escuela psicósomática de París, la realidad psicósomática debe ser pensada a través de incesantes movimientos de evolución y de regresión que atraviesan al sujeto a lo largo de toda su vida y en el mundo en el que vive.

Desde hace 60 años, muchas observaciones clínicas se han acumulado en el dominio de la psicósomática psicoanalítica y nuevas hipótesis teóricas han buscado profundizar en la complejidad de los procesos en cuestión en el desarrollo del ser enfermo. Hoy, es más necesario que nunca volver a la fecundidad de los comienzos. La de las primeras intuiciones de los fundadores de la Escuela psicósomática de París mediante la cual fue captada la complejidad de la realidad psicósomática en su trayectoria regresiva y en las formas primitivas anteriormente habitadas.

Yolanta tiene 54 años cuando viene a verme. Los médicos le han descubierto recientemente un cáncer de recto. Ha sido operada y tratada durante varios meses con radioterapia. Se ha sometido dócilmente a los tratamientos y presenta una ansiedad difusa pero moderada. Su discurso se pega a los acontecimientos, en particular a los acontecimientos médicos: tiene una tonalidad esencialmente racionalizadora y no deja surgir ninguna angustia en relación a su vida. Lo que podría constituir una amenaza para su vida o ser objeto de una emergencia de angustia está en otra parte: unos seis meses antes del descubrimiento de su cáncer, hizo otro descubrimiento; el de la infidelidad de su marido. Después de algunos meses de discusiones tensas con él, le pide que se vaya. Tiene cuatro hijos, tres chicos y una chica que quedan a su cargo, y dirige una empresa en el sector del equipamiento del automóvil. Cuando le pido que me hable de ella y que me cuente su historia, su respuesta es de-

*La enfermedad somática. Una dimensión de la salud psíquica*

cepcionante, su relato es de una gran banalidad: de hecho, no me dice nada y su resistencia representa una verdadera posición de urgencia en ella porque todo debe seguir siendo banal en su infancia y en su vida familiar. Esto respecto al primer encuentro. Durante varios meses, mientras está aún muy cercano al primer tiempo de su tratamiento, está de un humor más bien eufórico y tiene sucesivamente aventuras sentimentales y sexuales satisfactorias. Disfruta con placer de su nueva libertad de mujer. De su enfermedad, no habla más.

Yolanta es una mujer a la que le han diagnosticado un cáncer de recto poco tiempo después de un acontecimiento traumático en su vida afectiva. Se presenta con defensas operatorias bastante claras cuya función es neutralizar toda amenaza de hundimiento. El carácter paradójico de su euforia da cuenta de la existencia anterior de un estado de vacío psíquico y se explica por el valor de objeto que para Yolanta reviste económicamente el cáncer.

La fase de euforia desaparece pronto. Da lugar a un estado de angustia catastrófica que se manifiesta regularmente por crisis sobre un fondo de depresión esencial extendida e intensa. Yolanta no habla ya nunca de su cáncer. Al punto de que podría hacer pensar que lo olvidó. Pero está invadida permanentemente por un dolor psíquico intenso y devastador en relación con el hundimiento de la unidad familiar. Nadie duda que este hundimiento de la unidad familiar consecutivo a su separación con su marido no representa para ella un estado traumático permanente. Porque no sufre por la pérdida de su compañero y no lo lamenta. Es la ruptura del marco familiar lo que representa la pérdida insoportable, lo que la hace dolorosa y devastadora. Sesión tras sesión, durante meses, describirá con las mismas palabras su dolor pero sobre todo subrayará su incompreensión frente a su carácter desmesurado, sobre todo que no ve en el acontecimiento familiar que acaba de vivir nada que sea extraordinario y que pueda justificar un dolor tan agudo. Igualmente porque persiste en no querer ver en su historia infantil otra cosa que una historia banal, conformista y calmante. Yolanta queda condenada a padecer un estado de no-sentido.

Después del paréntesis eufórico, Yolanta se vuelve a encontrar brutalmente en el punto de partida, es decir, en el acontecimiento traumático inicial, el hundimiento de la unidad familiar, y sus consecuencias psíquicas inmediatas, el deterioro de la organización narcisista y la depresión esencial. En realidad, el paréntesis eufórico es el paréntesis somático. El cáncer aparece económicamente como una derivación en relación a la continuidad del proceso psíquico. Y de hecho, cuando terminó el paréntesis eufórico, Yolanta se encuentra sumergida en la enfermedad psíquica que reveló el traumatismo de la separación, la que concierne a la construcción de su narcisismo y que hunde sus raíces lejos, atrás, en su primera infancia. Se trata de una enfermedad antes de la enfermedad que

Claude Smadja

se sitúa anteriormente a la constitución del cáncer y es, al mismo tiempo, una condición entre otras condiciones necesarias.

No abandono a Yolanta y, poco a poco, la cortina de humo que ha dispuesto en torno a su historia, a fin de que nada se mueva, se disipa lentamente, dejando aparecer zonas de sombra, coloreadas de afectos y apuntaladas en recuerdos de infancia. En los primeros meses de su tratamiento analítico, ella me libraba de su infancia la representación de una niña feliz y sin problemas en una familia unida. Dos años más tarde, se acuerda de que era una niña que se sentía sola y que se aburría todo el tiempo. Lo que se construye al hilo de las sesiones, es una historia precoz, organizada en torno a una depresión infantil, una depresión esencial, que constituye el lecho de una depresión latente.

La transformación, en el curso del proceso analítico, de una primera versión en una segunda versión de su historia infantil, del «yo era una niña feliz sin problemas» al «yo era una niña sola que se aburría todo el tiempo», sólo puede operarse a condición de que se flexibilice la defensa operatoria neutralizante. Y ésta, a su vez, sólo se puede disipar en razón del aumento de la investidura narcisista en el seno del funcionamiento psíquico de Yolanta. Éste es el objeto del analista que sólo él puede permitir que se establezcan estas condiciones económicas nuevas.

Poco a poco su historia se hace más viva y más humana, con penas, angustias, decepciones que jalonan su infancia y su adolescencia. Detrás de la fachada de unidad deseada, los padres no se entendían tanto como parecía. Yolanta estaba aterrorizada frente a la percepción de cualquier fallo en la unidad de la pareja paterna y cuando su madre enunciaba una crítica sobre su padre, recuerda que esto provocaba en ella un profundo sentimiento de angustia y desesperanza.

Es la segunda de una fratría de cinco niños. Sus padres son de origen polaco. Han educado a sus hijos en la tradición católica. Su hermana menor nació seis años después que ella. Siempre fue la preferida de su padre. No sabe por qué, pero era así. Buscó acercarse a su padre y atraer su interés mediante el éxito escolar. Cuando encontró a su futuro marido tuvo la sensación de alejarse de su familia, de abandonarles. Este sentimiento se ha revelado a posteriori en el momento de la ruptura traumática con su marido y frente al desbordamiento de cuidados y de afecto del que se ha sentido objeto principalmente por parte de sus padres. El pensamiento de que podía no merecerlo le invadió entonces.

Poco a poco se construye la representación de una mujer que lleva las cicatrices narcisistas de decepciones infantiles. Y la de una niña siempre al acecho frente a la amenaza de ruptura de la unidad familiar. Pero ya la obligación de exigir la unión de su familia y de sus padres revela cierta compulsión interna de

### *La enfermedad somática. Una dimensión de la salud psíquica*

naturaleza destructora, fuerza ciega que impone procedimientos de contrainvestidura cuyo fin es mantener la renegación y el desconocimiento de toda realidad que implique huellas de desunión o de separación. La vaga sensación de culpabilidad por haber abandonado ella misma a su familia cuando encontró a su marido podría constituir un testimonio de esta destructividad interna.

El levantamiento progresivo de su defensa operatoria, con función de neutralización afectiva, permitió el retorno a su conciencia de recuerdos y de impresiones de los primeros años de su infancia antes de los 6 años. Fue un bebé y una niñita difícil para sus padres. Dormía mal y los agotaba; pero sobre todo sufría de una enfermedad metabólica cuyo diagnóstico sólo se produjo tardíamente y que se manifestaba por perturbaciones digestivas permanentes en el curso de su primera infancia. Su madre trabajaba mucho y volvía tarde por la noche. Yolanta era cuidada por una niñera todo el día.

Hacia la edad de 6 años, la vida de Yolanta se rompió. La familia se mudó y se alejó del barrio de origen. Ella fue separada de la niñera. Y para colmo, su madre queda embarazada y da a luz a una segunda hija sobrevalorada, sobreinvertida por su padre y probablemente también por su madre porque nació después de dos tentativas abortadas de embarazo. Yolanta ya no se acuerda de su niñera pero se acuerda con gran precisión sensorial de la niñera de su hermana a cuya casa era llevada todos los días por su madre acompañada de su hermana mayor. En cuanto a Yolanta, en adelante, es su abuela la que se ocupa de ella después de la escuela y la impresión que le sobreviene de esta época es la de una vida solitaria y marcada por el aburrimiento. Su carácter sufre un nuevo cambio. Se vuelve buena, disciplinada y seria. El éxito escolar está sobreinvertido. La adolescencia se desarrollará bastante calmadamente, sin estallidos. Solamente mostró a sus padres algunos conflictos pasajeros con ocasión de *flirts* circunstanciales. Su cuerpo manifestará su presencia mucho más por medio de expresiones alérgicas, ORL y bronquitis que por sensaciones eróticas. En Yolanta, lo que viene del cuerpo está cortado a su conciencia. Las únicas sensaciones que conoce son de orden intelectual. Su acceso a la sexualidad le fue proporcionado, me dice, por la lectura de libros sobre el cuerpo humano y no a partir de su conocimiento interno por intermedio de emociones y de sensaciones corporales. Cuando fue madre, quiso amamantar a sus hijos porque creía en la idea de que el amamantamiento representaba la maternidad, de la misma manera que los pechos representaban la feminidad.

En el curso del proceso de construcción analítica, la ruptura brutal con su niñera en su primera infancia adquirió un significado nuevo a la luz del traumatismo reciente del abandono conyugal y de la ruptura de la unidad familiar. Más allá aun de la experiencia vivida precozmente durante la infancia en contacto con una madre desbordada, irritada por una niña constantemente enfer-

Claude Smadja

ma, que duerme mal y que se alimenta difícilmente, de una madre probablemente rechazante, esta experiencia precoz va a constituir a posteriori el modelo de una experiencia íntima e indecible de abandono y de herida narcisista. A lo largo del análisis, Yolanta dará varias versiones del dolor experimentado después del descubrimiento de la traición de su marido. Una de ellas permite asociarla a la experiencia vivida en la infancia, en el curso de los primeros meses de su vida. Ha vivido algo inaudito, indecible. Se ha sentido languidecer totalmente. Anoréxica, enflaquecida y apagada, no podía tolerar ya vivir en contacto con un hombre que le había retirado todas sus investiduras de amor. El significado del languidecimiento arroja un puente asociativo entre la experiencia actual y la experiencia pasada lejana. Poco a poco, el retorno de una continuidad histórica y la resignificación de los acontecimientos recientes traumáticos sobre el fondo de relación transferencial permiten a Yolanta por primera vez reducir, si no apagar, los efectos devastadores del trauma.

La historia lejana de Yolanta en el curso de su primera infancia está inmersa en una situación conflictiva con sus dos padres. El déficit de investidura narcisista por el lado materno, como por el lado paterno, encuentra un eco en el bebé y en el niño en las perturbaciones alimenticias y digestivas precoces. Una serie de traumatismos, principalmente narcisistas, van a engendrar modificaciones precoces y profundas de su joven yo, cuyos efectos más aparentes conciernen a la organización del carácter de Yolanta. Se trata aquí del primer tiempo de la estructura traumática del yo de Yolanta.

Una larga latencia continúa al primer tiempo. Si en apariencia esta latencia se caracteriza por un comportamiento conformista y una buena adaptación a las diferentes situaciones de realidad, más profundamente, lo que está en juego económicamente, son defensas radicales contra todo hundimiento narcisista por la vía de la contrainvestidura cuya función es neutralizar todo afecto doloroso o toda sensación proveniente de su cuerpo. Esta latencia está atravesada de parte a parte por una depresión sin expresión sintomática, una depresión esencial.

El segundo tiempo de la estructura traumática es actual. Se inicia con los acontecimientos recientes de su vida conyugal y consagra la vuelta de huellas antiguas del trauma. El hundimiento narcisista que le acompaña priva al yo de Yolanta de toda solución de mentalización. La caída en el soma es entonces la única salida económica accesible.

El cáncer de Yolanta puede interpretarse, en una perspectiva psicosomática, como otra forma de expresión de una situación individual más global, está dominada por una pérdida traumática de naturaleza principalmente narcisista. El trabajo analítico permitió establecer la continuidad entre el acontecimiento somático y el acontecimiento psíquico traumático. Permite a posteriori representarse el acontecimiento somático como una dimensión de la salud psíquica de Yolanta.



*La enfermedad somática. Una dimensión de la salud psíquica*

Ahora la cuestión será la salud. Y la enfermedad. Y la discontinuidad entre el curso de los acontecimientos psíquicos y los acontecimientos somáticos. Así como la recuperación de la continuidad del proceso psíquico. La discontinuidad que se opera entre el orden de lo psíquico y el orden de lo somático acompaña la corriente de desorganización que rompe las fronteras de la regresión libidinal y bascula en los mecanismos íntimos de la autodestrucción orgánica. La recuperación de la continuidad psíquica acompaña un proceso de transformación evolutiva cuyo advenimiento sólo es posible gracias a la existencia de un objeto nuevo y vivo: el psicoanalista.

¿Se puede evaluar la salud psíquica de Yolanta antes de que caiga enferma? A este respecto, disponemos de cierto número de datos clínicos que permiten establecer con verosimilitud una hipótesis diagnóstica sobre la forma de su funcionamiento psíquico. Desde el comienzo de su vida adulta, Yolanta se presenta como una mujer activa, autónoma, que ayuda, y que en sus relaciones con el otro tiene el cuidado constante de ponerse en su lugar e intentar comprenderle. Estas cualidades están completamente marcadas por un coeficiente de exceso: hiperactividad, sobreinversión de la autonomía, sobreinversión de un comportamiento de ayuda y de comprensión del otro. Este exceso es el índice de un régimen de funcionamiento mental situado más allá del principio del placer y dominado por la compulsión a la repetición que tiene su fuente en acontecimientos traumáticos precoces que comprometen la constitución del narcisismo del niño. Sabemos que estos acontecimientos psíquicos precoces de orden traumático han existido en la primera infancia de Yolanta y han sido conservados bajo la forma de heridas narcisistas aptas para reactivarse con ocasión de situaciones traumáticas ulteriores. El conjunto de estos datos clínicos justifica la hipótesis de una organización narcisista fálica que domina la forma de vida habitual de Yolanta. Y ahora, ¿diremos que esta organización psíquica es una organización anormal o patológica? ¿Diremos que Yolanta estaba enferma desde el punto de vista psíquico?

En materia de definición de la enfermedad y de la salud, de lo normal y de lo patológico, no es inútil para nuestro proceso de reflexión evocar las concepciones de Leriche y de Canguilhem. «La salud, dice Leriche, es la vida en el silencio de los órganos... inversamente, la enfermedad, es lo que molesta a los hombres en el ejercicio normal de su vida y en sus ocupaciones y sobre todo lo que les hace sufrir». Estas definiciones clásicas de Leriche conciernen a la enfermedad somática pero, para nuestro propósito, pueden ser extrapoladas a la enfermedad psíquica sin riesgo de contrasentido. El interés de estas definiciones es doble: de entrada, subrayan la dimensión cualitativa del estado de salud o de enfermedad. Correlativamente, la calidad de normal o de patológico se refiere principalmente a una norma individual. Esta concepción ha marcado un giro histórico en relación a la que ha atravesado todo el siglo XIX

Claude Smadja

y que se originaba en la doctrina de Claude Bernard y que postulaba que la patología sólo era una variación cuantitativa de lo normal. A continuación, las definiciones de Leriche afirman el vínculo orgánico entre el estado de enfermedad y la amenaza o la ruptura de la norma individual. Esta dimensión del peligro y de la ruptura de una organización habitual de vida permite integrar en esta definición de la salud y de la enfermedad las consecuencias psicosomáticas de los estados traumáticos. Para Canguilhem, que privilegia como Leriche la dimensión individual y cualitativa en la definición de la salud y de la enfermedad, «el ser vivo enfermo está normalizado en condiciones de existencia definidas y ha perdido la capacidad normativa, la capacidad de instituir otras normas en otras condiciones». Se ve bien aquí que la enfermedad es concebida como otra dimensión de la vida; no está regida por el desorden sino por otro orden, una nueva norma. Lo que la define es un factor dinámico, saber la capacidad normativa individual. Esta definición dinámica de la enfermedad reposa para Canguilhem sobre las relaciones mutuas entre el sujeto y su medio, entre el sujeto y el mundo de sus objetos. Porque las variaciones internas o externas a las que está sometido permanentemente el sujeto le imponen la institución de nuevas normas para adaptarse de la forma más satisfactoria posible tanto a su mundo interno como al mundo de sus objetos. Es esta referencia a la dimensión dinámica de la capacidad normativa la que permite diferenciar cualitativamente y para cada individuo el estado de salud del estado de enfermedad. Desde este punto de vista «la reducción más o menos grande de las posibilidades de innovación mide la gravedad de la enfermedad. En cuanto a la salud, en sentido absoluto, no es otra cosa que la indeterminación inicial de la capacidad de institución de nuevas normas biológicas».

La forma de vida que llevaba Yolanta antes de caer enferma le permitió una evolución personal, intelectual y social, que siempre ha considerado como satisfactoria. Su organización narcisista fálica era su norma de vida. En condiciones de entorno fastas su organización psicosomática se mostró resistente. Pero constatamos al mismo tiempo que esta resistencia chocó contra sus propios límites. Frente a las transformaciones de su mundo objetual inducidas por la retracción amorosa de su compañero de vida, Yolanta no pudo encontrar ninguna solución adaptativa de orden psíquico en el marco definido por su organización narcisista fálica. El estado de catástrofe individual, experimentado entonces por la paciente, muestra claramente que basculó de un régimen habitual normativizado a un régimen de desorganización vital en busca de una nueva norma para establecerse en él. El estado subjetivo de decaimiento, con su cortejo clínico de anorexia, de adelgazamiento y agotamiento, testimonia la violencia del traumatismo afectivo tanto como de su impacto narcisista. La coincidencia entre el traumatismo actual y el traumatismo de su primera infancia amplifica a posteriori la intensidad de la desorganización psíquica. Es en estas transformaciones brutales de la economía

*La enfermedad somática. Una dimensión de la salud psíquica*

pulsional y de los efectos a posteriori, en referencia a acontecimientos pulsionales vividos precozmente, donde reside, para Yolanta, el estado de enfermedad inicial. El cáncer de recto revelado clínicamente algunos meses más tarde es la culminación en su forma final. Consagra, para la paciente, el establecimiento de una nueva norma de vida, somática, del estado de enfermedad.

Demos un rodeo por la biología y la medicina y preguntémosnos si nuestra hipótesis de la enfermedad somática como dimensión de la salud psíquica reposa sobre datos pertinentes. Sabemos que el proceso de cancerización que desemboca en el descubrimiento clínico de un tumor maligno es un proceso lento y progresivo que se establece durante varios años. Se describen habitualmente dos fases en el desarrollo de este proceso. La primera fase es denominada fase de iniciación. Está ligada a lo cancerígeno. Define la fase en el curso de la cual las células son dañadas por el primer cancerígeno. La segunda fase es llamada fase de promoción. Es una fase actual que desemboca en el desarrollo más o menos rápido de un tumor clínicamente identificable. Claude Jasmin, cancerólogo, describe así el desarrollo de estas dos fases de cancerización: «se sabe que la activación y fijación de lo cancerígeno se producen en algunas horas. La célula tiene a continuación un plazo de gracia de algunos días y quizás algunas semanas para reparar la lesión provocada por este último cancerígeno en su patrimonio genético. Sin embargo, pasado este plazo, si esta lesión no se ha eliminado o reparado en el curso de la primera división de la célula que sigue a la afección tóxica y si esta célula no está mortalmente dañada, la iniciación, es decir la marca “cáncer”, será definitivamente inscrita en el patrimonio hereditario de la célula y sus descendientes. El tiempo de los promotores puede sobrevenir mucho más tardíamente, después de años o incluso de decenios silenciosos». En el curso de este largo tiempo clínicamente silencioso pero biológicamente activo, ¿cuál es el sitio de los acontecimientos psíquicos y particularmente en tanto que promotores de la fase final del proceso de cancerización? Los acontecimientos de duelo, en su forma negativa, es decir, en su falta de elaboración psíquica, han sido reconocidos como capaces de participar activamente en la cadena de cancerización en tanto que iniciadores de la fase de promoción y que desembocan al cabo de algunos meses en la formación de un tumor clínicamente identificable. «Nos podemos preguntar, escribe Jasmin, cómo acontecimientos recientes que preceden al descubrimiento del cáncer pueden jugar un papel en su desencadenamiento mientras sabemos que la historia de un tumor maligno puede instalarse sobre diez, veinte, treinta años o incluso más. Pero el duelo reciente no elaborado, ¿no es el último accidente, o el más severo en todo caso, que vino a revelar y agravar las fisuras, una fisura acumulada durante un largo periodo aparentemente silencioso, o al menos que pasó desapercibido? Es interesante resaltar que el duelo ha sido acusado frecuentemente en los enfermos afectados de cáncer. Muy frecuente-

Claude Smadja

mente, este duelo no precedía más que en algunos meses, seis a ocho de media, al descubrimiento del cáncer, lo que subraya las consecuencias brutales de esta desorganización mental sobre nuestro equilibrio fisiológico y nuestra capacidad para controlar, al menos parcialmente, el desencadenamiento clínico de una enfermedad grave». La observación de Yolanta, ¿no ilustra de manera ejemplar la descripción del proceso de cancerización tal como ha sido contada aquí por Claude Jasmin? Su cáncer de recto es descubierto clínicamente seis meses después de este otro descubrimiento, el de la infidelidad de su compañero de vida. Podemos considerar el desfondamiento narcisista sobrevenido en este momento, bajo el impacto de la violencia traumática, como el acontecimiento psicosomático primordial por el que la cadena de cancerización, desde hace largo tiempo iniciada, que ha permanecido en latencia, ha entrado en su fase de promoción. Este modelo psicosomático permite integrar en una dinámica común acontecimientos de naturaleza diferente ligándolos unos a otros, no en razón de una articulación somatopsíquica espacialmente definida sino en razón de una desdiferenciación psicosomática que se desprende de un movimiento de regresión-desorganización más allá de valores libidinales y poniendo en cuestión la autodestrucción.

Si la enfermedad somática es una dimensión de la salud psíquica y representa la única norma de vida posible en razón de los cambios ocurridos en las relaciones entre el sujeto y el mundo de sus objetos, entonces debe ser posible concebir de alguna manera el paso entre la situación conflictiva de orden psíquico y la somatización. Con Freud y los fundadores de la Escuela de psicosomática de París, me represento este paso como situado conceptualmente en un movimiento de regresión pulsional de donde se desprende inevitablemente una liberación de fuerzas autodestructivas en detrimento de las fuerzas eróticas. Las primeras descripciones psicosomáticas del fenómeno de regresión pulsional por Marty, Fain y De M'Uzan habían incriminado la degradación progresiva de la energía libidinal en el curso del trabajo regresivo psicosomático. El punto importante, en este itinerario retrógrado de las pulsiones desde lo psíquico a lo somático, es el paso de los valores libidinales a los valores destructivos. La oposición entre las investiduras libidinales y la autodestrucción se juega en general sobre dos terrenos, el de los objetos y el del yo. Cuando las investiduras eróticas de objeto ceden, el narcisismo del sujeto se convierte en la última barrera antes de que alcance al cuerpo. Cuando las investiduras narcisistas ceden a su vez la autodestrucción se despliega en el dominio orgánico. Es de esta manera que se me representa el proceso de somatización en Yolanta. La violencia del traumatismo afectivo hizo ceder inmediatamente las frágiles investiduras narcisistas de la paciente. El soma, sin protección libidinal, se convierte en presa de los mecanismos de desregulación orgánica. Y ahora, si la vida psíquica se puede expresar por un orden de signos distintos al habitual, el de la

*La enfermedad somática. Una dimensión de la salud psíquica*

psicología normal y el de la psicopatología; si la vida se puede degradar en formas que le son tanto incognoscibles como anacrónicas; si puede recuperar, a través de los síntomas del cuerpo y la patología orgánica, antiguas filiaciones actualmente sobrepasadas pero reactualizadas, entonces, ¿qué lugar puede tener un psicoanalista psicopsomatólogo frente a una enfermedad somática? Ya que esta aproximación psicopsomática del hecho psíquico y del hecho somático como un todo dinámico que procede por diferenciaciones evolutivas y desdiferenciaciones regresivas, impone al psicoanalista que renuncie a una escucha escindida manteniendo separados e independientes el curso de los acontecimientos psíquicos y el de los acontecimientos somáticos. Frente a esta crisis metapsicopsomática que conduce a una enfermedad orgánica, el psicopsomatólogo debe colocarse como un atrayente de la evolución pulsional de su paciente. Ésta es la posición teórico-práctica que yo defiendo, expresada aquí en una forma normativa en el sentido en que Canguilhem habla del enfoque normativo de la terapéutica ya que ésta tiene como función ayudar al paciente a encontrar una capacidad de crear nuevas normas de vida más abiertas al mundo de sus objetos, económicamente menos costosas y siendo fuentes de placer.

Voy a ilustrar esta posición psicoanalítica a partir de una secuencia de la cura de Yolanta. Pero de entrada intentemos delimitar desde más cerca, conceptualmente, el conflicto metapsicológico inicial de un proceso de somatización. Para André Green, este conflicto reside en el no-encuentro entre la pulsión y su objeto en el seno del proceso psíquico. El efecto de este encuentro fallido entre pulsión y objeto aparece bajo la forma de una interrupción del proceso asociativo en sesión. También para André Green, la pulsión y su objeto constituyen una célula primordial que representa el elemento fundamental en la base del funcionamiento psíquico. Esta célula está compuesta de dos elementos, el representante psíquico de la pulsión y la representación de objeto. De la ligadura de estos dos elementos primordiales emergen una serie de diferenciaciones progresivas, las representaciones de cosas, después de las palabras y los afectos. Este proceso complicado supone en cada una de sus etapas una emisión de investiduras eróticas. La simplicidad del modelo de la representación de Green hace aparecer el concepto de la representación como el lugar de encuentro entre lo de dentro y lo de fuera, de lo que viene del cuerpo y de lo que viene del mundo, de la pulsión y del objeto. Si son necesarias investiduras eróticas en cada una de las etapas de este proceso complicado que desemboca en la representación viva, entonces, a la inversa, debemos concebir que la ruptura entre los elementos primordiales por la que se deshace el tejido de las representaciones, esta ruptura supone una actividad pulsional de otra naturaleza, la que procede de la autodestrucción.

Volvamos a la clínica psicoanalítica y demos un rodeo por las reflexiones de Ferenczi sobre el traumatismo. Éstas constituyen sus últimos trabajos y están consignadas en el *Diario clínico*. «El choque, dice Ferenczi, es equivalente a

Claude Smadja

la aniquilación del sentimiento de sí, de la capacidad de resistir, de hacer y de pensar para defender el sí mismo. También puede ocurrir que los órganos que aseguran la preservación del sí mismo abandonen o al menos reduzcan su función al extremo». Esta definición consagra las relaciones íntimas entre traumatismo, narcisismo y autoconservación. Designa una cierta clase de traumatismos cuya propiedad común es la de destruir la envoltura narcisista del sujeto y exponer, a la vez, sus funciones de autoconservación. «La consecuencia inmediata de cada traumatismo es la angustia que consiste en un sentimiento de incapacidad para adaptarse a la situación de displacer: 1) sustrayendo el sí mismo a la irritación (huida); 2) eliminando la irritación (destrucción de la fuerza exterior). La salvación no viene e incluso la esperanza de salvación parece excluida. El displacer crece y exige una válvula. Tal posibilidad es ofrecida por la autodestrucción que, en tanto que factor que libera de la angustia, será preferida al sufrimiento mudo. Lo más fácil de destruir en nosotros es la conciencia, la cohesión de las formaciones psíquicas en una entidad: es así como nace la desorientación psíquica». Esta segunda definición consagra las relaciones íntimas entre traumatismo, angustia, autodestrucción y desorganización psíquica. Describe un proceso de disolución progresiva del yo bajo el efecto de una fuerza autodestructiva que se desprende de una situación psíquica caracterizada por la ausencia de tratamiento psíquico de una angustia traumática. En suma, establece una fórmula según la cual el traumatismo comporta tanto más riesgo de iniciar un movimiento de desorganización psíquica cuanto más desfalleciente se revele la mentalización. Dicho de otra manera, de las definiciones de Ferenczi podemos extraer una ecuación pulsional que se escribiría así:

$$\begin{array}{l} \text{Desorganización psíquica} \\ \text{(autodestrucción)} \end{array} = f \left( \frac{\text{traumatismo}}{\text{mentalización}} \right)$$

Pero la innovación más importante del *Diario clínico* concierne a las estrategias de supervivencia descritas por Ferenczi y cuya dimensión psicósomática se revela con brutalidad y en sus formas corporales más primitivas. «En los momentos de gran desamparo, frente a los que el sistema psíquico no está a la altura, o cuando sus órganos especiales (nerviosos y psíquicos) son destruidos con violencia, las fuerzas psíquicas más primitivas se despiertan y son ellas las que intentan dominar la situación perturbada. En los momentos en los que el sistema psíquico falla, el organismo empieza a pensar». Estas reflexiones de Ferenczi pueden resultar desconcertantes. Pueden también aparecer como situadas más allá de los límites de lo que podemos concebir razonablemente desde el punto de vista psicoanalítico. Sin embargo, contienen indiscutiblemente una concepción de la unidad psicósomática del ser humano fundada

*La enfermedad somática. Una dimensión de la salud psíquica*

sobre los movimientos de evolución y de regresión que la atraviesan en el curso de su historia. Según Ferenczi, el fallo del proceso psíquico frente a una experiencia traumática conduce a una regresión en las profundidades del organismo. Pero esto no es todo. Porque para Ferenczi las formas primitivas del organismo humano contienen fuerzas psíquicas tan primitivas que, en ciertas condiciones inhabituales de vuelta atrás de toda la evolución psicosomática, pueden asumir la tarea de controlar y dirigir el conjunto de la unidad orgánica. Esto es lo que Ferenczi llama pensar con el cuerpo. «Cierta fuerza de mi organización psicológica parece subsistir de manera que en lugar de caer enfermo psíquicamente, no puedo destruir —o ser destruido— más que en las profundidades orgánicas». Aquí Ferenczi dibuja los límites de la organización psíquica en su capacidad normativa como respuesta a las situaciones traumáticas a las que se confronta. Más allá de estos límites, es el cuerpo el que asume la tarea de hacerse cargo de los apremios adaptativos de la unidad psicosomática. Lo hace reactualizando las modalidades superadas de formas de vida antiguas. Recordemos a Yolanta cuya forma de vida habitual desde el punto de vista psíquico es una organización narcisista fálica. Esta organización contiene apremios internos que tienen como efecto limitar su capacidad normativa. Frente a una modificación brutal del entorno de sus objetos afectivos, su organización psíquica habitual sólo ha podido encontrar una solución adaptativa satisfactoria, debido, en particular, a que la vía de la regresión psíquica y la de lo alucinatorio le están impedidas. Esta crisis de la mentalización, ligada a la rigidez de la organización narcisista fálica, es el acontecimiento iniciador del movimiento de desorganización psicosomática en Yolanta.

En el momento de la reanudación de las sesiones, al término de una separación por vacaciones, Yolanta se muestra muy angustiada. De nuevo el estado de desamparo le invade. Me advierte que está hecha pedazos y que será necesario que la recomponga. Evoca sus vacaciones pasadas con amigos. Una serie de acontecimientos desarrolló en ella un sentimiento de decepción. La decepción, en particular, está relacionada con sus amigos. A partir de este sentimiento de decepción, tiende hacia una generalización pseudodelirante bajo la modalidad de neurosis de destino. Es entonces un mal golpe de la vida. He aquí una puerta que se cierra. En suma, todo ocurre como si estuviera escrito y progresivamente la vida le cerrara todas las puertas a fin de que se encuentre sola, abandonada por todos. Y yo, en mis propias asociaciones, completo la cadena de pensamientos interrumpida en Yolanta y me formulo la idea de que este abandono último verosímelmente debe juntarse con un abandono inicial vivido en su primera infancia. Pienso en el abandono de la niñera a la edad de 6 años. Pienso también en el abandono más precoz aún, el de su madre cuando era un bebé. Pero pienso también en el abandono de su

Claude Smadja

analista durante estas últimas vacaciones. He aquí toda la cadena de pensamientos que atraviesan mi psiquismo a la escucha de Yolanta. Mientras en ella la cadena está interrumpida al límite de los acontecimientos contados. Por primera vez desde hace varios años de tratamiento analítico, siento que se forma poco a poco una negatividad en la transferencia. Las quejas por el desamparo que repite Yolanta toman bruscamente el sentido de quejas que me dirige personalmente. Configura reproches hacia mí. Por haberle abandonado. Y la Vida con una gran V que es al mismo tiempo el Destino con una gran D, ¿no es también la autoridad paterna de su primera infancia y su psicoanalista hoy en la transferencia? Así pues, soy yo ahora el que le inflige esta experiencia nueva y quien al mismo tiempo repite la del pasado. Le interpreto este movimiento transferencial. Está sorprendida y reniega inmediatamente que pueda odiarme por algo. Pero al mismo tiempo no puede ocultar su alivio. En realidad, lo que le alivia, por medio de la interpretación de la transferencia, es la designación de un objeto de su desamparo. Súbitamente la pulsión encuentra un objeto. El efecto de alivio es inmediato y el estado de desamparo se disipa hacia el fin de la sesión. Después de haber renegado en un primer tiempo, haber pensado reproches con respecto a mí, ella me declara en un segundo tiempo, como si completara mi interpretación de la transferencia, que lo que es verdadero es que piensa que me decepciona quejándose y mostrándose angustiada. Cierro entonces esta interpretación construida a dos por medio de un tercer tiempo anunciándole que si piensa que me decepciona, entonces piensa también que corre el riesgo de hacerse abandonar por mí. Está plenamente satisfecha con esta toma de conciencia.

Anuncié más arriba que el psicoanalista psicosomatólogo debe ser un atrayente para la evolución pulsional de su paciente. Debe crear las condiciones de encuadre psicoanalítico aptas para permitir a su paciente hacer con él el camino inverso que le condujo a agregar toda su energía pulsional en la somaticidad. Este camino es el de vuelta a la innovación psíquica. El psicoanalista es un objeto que, por su aporte, debe ofrecerse a su paciente para un proceso de objetualización. En suma, el analista tiene una función de potencialización del proceso autoorganizador en su paciente. Esto significa que el trabajo analítico debe permitir la emergencia de un nuevo dominio de representancia (neologismo: *représentance*) psíquica al conflicto pulsional.

Este trabajo analítico, en su procesualidad (neologismo: *processualité*), ha sido especificado, véase codificado, por Pierre Marty en una fórmula ya clásica: de la función materna al psicoanálisis. Esta fórmula indica un trayecto, el que va de una conducta materna a una conducta psicoanalítica. Pero también indica una dirección, la que parte de una conducta materna y se dirige hacia un objetivo, el de una aprehensión psicoanalítica clásica de su paciente. Esta dirección en



*La enfermedad somática. Una dimensión de la salud psíquica*

la práctica de la interpretación reposa sobre una concepción de la evolución. Para Marty, no hay duda de que el psicoanalista psicopatólogo debe ayudar a su paciente a rehacer el camino perdido cuando ocurrió la desorganización psíquica. Debe ayudarlo a recuperar su funcionamiento psíquico habitual. Es lo que Pierre Marty llamaba una reorganización psicopatológica. Por su lado, Michel de M'Uzan atribuye a la seducción una reserva ilimitada de posibilidades al servicio del arte de la interpretación en el psicoanalista. Este último podrá hacer uso de ello en función de la calidad del funcionamiento psíquico de su paciente. Nadie duda que el uso de la seducción en la construcción de las interpretaciones hechas al paciente no tienda a acrecentar su capacidad de representancia psíquica y, en definitiva, no favorezca una evolución psicopatológica.

Poco a poco Yolanta despliega una temática psíquica que se parece a una melancolía pero que no lo es. Se siente culpable de decepcionar a los que la quieren o la han querido. Lo que es activo en esta temática es el sentimiento íntimo de que es responsable de esta decepción y de sus consecuencias, el abandono. Es en este punto donde reside el parentesco con la melancolía. Porque si en la melancolía el paciente se acusa de todas las desgracias ocurridas a su alrededor, para Yolanta es ella la que en última instancia es responsable del abandono que ha sufrido ya que ha decepcionado a sus objetos de amor. Lo que está en cuestión en Yolanta no es la crueldad del Superyó sino la de su Yo-Ideal. Lo que está en cuestión en Yolanta no es, a decir verdad, su sentimiento de culpabilidad, sino un estado de angustia frente al no-respeto de su Yo-Ideal. Yo doy a esta forma particular de depresión en Yolanta el nombre de forma narcisista fálica de melancolía. Se trata de una forma derivada de la depresión esencial sobre la vía de una melancolía pero interrumpida en su trayecto evolutivo.

Las figuras psíquicas vuelven a la vida y asumen, de nuevo, su función en la escala de la evolución. Al mismo tiempo, el cuerpo recupera su lugar y el uso habitual de sus funciones.

*RESUMEN*

*La enfermedad somática. Una dimensión de la salud psíquica*

En nuestra perspectiva psicopatológica, la enfermedad somática debe ser interpretada como el resultado de un doble proceso: el primero concierne al funcionamiento psíquico y se traduce por un movimiento parcial o global de desmentalización que afecta el funcionamiento de representación y de psiquización de la pulsión. El segundo atañe a las funciones orgánicas y se traduce por un movimiento de regresión o de desorganización de lo psíquico a lo somático. Este movimiento psicopatológico reactiva una expresividad antigua de funcionamiento somático.

Claude Smadja

De este doble proceso resulta que la enfermedad somática es una dimensión de la salud psíquica.

*Palabras clave:*

Desmentalización. Normatividad. Regresión. Salud.

### SUMMARY

*The somatic illness. A dimension of psychical health*

In the psychosomatic perspective which we share, the somatic illness must be interpreted as the result of a double process: the first concern psychical functioning and translates as a partial or global movement of dementalisation touching on the functioning of representation and the psychical experience of the drive. The second concern the organic functions and translates as a regressive movement or a disorganisation from the psychical to the somatic. This psychosomatic movement reactivates an early expression of somatic functioning.

It follows from this double process that somatic illness is a dimension of psychical health.

*Key words:*

Dementalisation. Disorganisation. Health. Normativity. Regression.

### RÉSUMÉ

*La maladie somatique. Une dimension de la santé psychique*

Dans la perspective psychosomatique qui est la nôtre, la maladie somatique doit être interprété comme le résultat d'un double processus: le premier concerne le fonctionnement psychique et se traduit par un mouvement partiel ou global de démentalisation touchant le fonctionnement de représentation et de psychisation de la pulsion. Le second concerne les fonctions organiques et se traduit par un mouvement de régression ou de désorganisation du psychique au somatique. Ce mouvement psychosomatique réactive une expressivité ancienne de fonctionnement somatique.

Il résulte de ce double processus que la maladie somatique est une dimension de la santé psychique.

*Mots clé:*

Démantelisation. Désorganisation. Normativité. Régression. Santé.

## PEP-Web Copyright

**Copyright.** The PEP-Web Archive is protected by United States copyright laws and international treaty provisions.

1. All copyright (electronic and other) of the text, images, and photographs of the publications appearing on PEP-Web is retained by the original publishers of the Journals, Books, and Videos. Saving the exceptions noted below, no portion of any of the text, images, photographs, or videos may be reproduced or stored in any form without prior permission of the Copyright owners.

2. Authorized Uses. Authorized Users may make all use of the Licensed Materials as is consistent with the Fair Use Provisions of United States and international law. Nothing in this Agreement is intended to limit in any way whatsoever any Authorized User's rights under the Fair Use provisions of United States or international law to use the Licensed Materials.

3. During the term of any subscription the Licensed Materials may be used for purposes of research, education or other non-commercial use as follows:

a. Digitally Copy. Authorized Users may download and digitally copy a reasonable portion of the Licensed Materials for their own use only.

b. Print Copy. Authorized Users may print (one copy per user) reasonable portions of the Licensed Materials for their own use only.

**Copyright Warranty.** Licensor warrants that it has the right to license the rights granted under this Agreement to use Licensed Materials, that it has obtained any and all necessary permissions from third parties to license the Licensed Materials, and that use of the Licensed Materials by Authorized Users in accordance with the terms of this Agreement shall not infringe the copyright of any third party. The Licensor shall indemnify and hold Licensee and Authorized Users harmless for any losses, claims, damages, awards, penalties, or injuries incurred, including reasonable attorney's fees, which arise from any claim by any third party of an alleged infringement of copyright or any other property right arising out of the use of the Licensed Materials by the Licensee or any Authorized User in accordance with the terms of this Agreement. This indemnity shall survive the termination of this agreement. NO LIMITATION OF LIABILITY SET FORTH ELSEWHERE IN THIS AGREEMENT IS APPLICABLE TO THIS INDEMNIFICATION.

**Commercial reproduction.** No purchaser or user shall use any portion of the contents of PEP-Web in any form of commercial exploitation, including, but not limited to, commercial print or broadcast media, and no purchaser or user shall reproduce it as its own any material contained herein.