

VÍAS REGIAS AL INCONSCIENTE

Regal ways to the unconscious

Carmen Morales de Isasi*

Resumen

El concepto de procesos mentales inconscientes es fundamental en la teoría psicoanalítica, Freud nunca se cansó de insistir en los argumentos a favor de este concepto y combatir las objeciones que se le oponían. El interés de Freud en este concepto no fue meramente filosófico, sino pragmático, encontrando que sin él no podría explicar ni describir muchos fenómenos. Mediante este concepto encontró el camino abierto a una inmensa y fértil región de nuevos conocimientos.

A lo largo de toda la obra freudiana no está mencionada la palabra “psicosomática”, sin embargo, el psicoanálisis contribuyó en gran medida al desarrollo de las bases de esta área de estudio. Clásicamente, se definen una serie de enfermedades en las que el daño somático está sustentado por un conflicto psíquico, es decir, un conjunto de situaciones que abarcan las interacciones entre lo psíquico y lo somático que van desde las enfermedades clásicamente descritas como tales hasta acontecimientos puntuales y esporádicos en el que el cuerpo responde ante la imposibilidad de procesar a nivel mental un conflicto.

La enfermedad somática “oculta” un afecto, pero no se trata de un afecto cualquiera, sino que cada enfermedad diferente se constituye como un desarrollo que representa o equivale a un particular afecto inconsciente, enraizando en una historia, configurando un “capítulo” particular en la biografía del paciente.

Palabras Clave: Inconsciente, lo psíquico y lo somático.

Abstract

The concept of mental unconscious processes is fundamental to psychoanalytic theory, Freud never stopped trying to prove arguments in favor of this concept and fight the objections against it. Freud's interests in this concept was not merely philosophical but pragmatic, without finding that he could not explain or describe many phenomena. With this concept he found an open way to a vast and fertile region of new knowledge.

In Freud's work all along the word “psychosomatic” it's not mentioned at all, however, psychoanalysis, contributed greatly to the development of the foundations of this study area. Classically defined a number of diseases in which damage is sustained by a somatic psychic conflict, which means, a set of situations that include interactions between the psychic and somatic ranging from classically described diseases to sporadic and punctual events in which the body responds to the impossibility of processing at a mental conflict.

Somatic illness “hides” an affection, but it is not anyone, but each different disease was established as a development that represents or corresponds to a particular unconscious affection, the disease-specific, rooted in a history, forming a “chapter” in particular on the biography of the patient.

Key Words: Unconscious, the psichic and somatic.

* Psicóloga, Psicoterapeuta. Magister y Doctora en Psicología, UNIFÉ. Coordinadora del Programa Académico de Maestría y Doctorado en Psicología UNIFÉ. cmdei@speedy.com.pe

1. Lo somático y su lugar en la representación psíquica inconsciente: “El Cuerpo Habla”:

El concepto de procesos mentales inconscientes es fundamental en la teoría psicoanalítica, Freud nunca se cansó de insistir en los argumentos a favor de este concepto y combatir las objeciones que se le oponían.

El interés de Freud en este concepto no fue meramente filosófico, sino pragmático, encontrando que sin él no podría explicar ni describir muchos fenómenos. Mediante este concepto encontró el camino abierto a una inmensa y fértil región de nuevos conocimientos.

El análisis de los sueños permite una visión de las leyes estructurales y el modo de operar del inconsciente. El “Lenguaje del cuerpo” permite una visión de lo que ocurre con el paciente psicósomático. Al Igual que en el sueño, el cuerpo habla, es decir, contiene los siguientes elementos:

- Contenido Manifiesto: ejemplo: tengo un dolor de espalda que no me permite caminar bien.
- Contenido Latente: los deseos o pensamientos que constituyen su motivo verdadero y que intentan llegar al consciente.
- Censura: expresión represora del yo.
- Trabajo de Sueño: elaboración psíquica que sufre el contenido latente antes de convertirse en contenido manifiesto: “Me duele la espalda”.

Se puede decir que la enfermedad psicósomática, es la tentativa de satisfacer un deseo inconsciente requerido, lo cual se expresa a través del síntoma somático.

A lo largo de toda la obra freudiana no está mencionada la palabra *psicósomática*, sin embargo, el psicoanálisis contribuyó en gran medida al desarrollo de las bases de esta área de estudio. Clásicamente, se definen una serie de enfermedades en las que el daño somático está sustentado por un conflicto psíquico, es decir, un conjunto de situaciones que abarcan las interacciones entre lo psíquico y lo somático que van desde las enfermedades clásicamente descritas como tales hasta acontecimientos puntuales y esporádicos en el que el cuerpo responde ante la imposibilidad de procesar a nivel mental un conflicto.

El cuerpo habla en distintos idiomas, es función del terapeuta descifrar su sentido. Esto es lo que Freud nos enseñó, al atribuirle una significación a las expresiones de la histeria. La idea de símbolo mnémico, rompe con los conceptos de su época. En el campo clínico psicoanalítico, la problemática del cuerpo aparece como referente a lo universal. El cuerpo pone al aparato mental en una situación de constante exigencia de trabajo de elaboración psíquica para vivir.

El psicoanálisis jerarquiza la lectura de estos procesos desde el psiquismo del paciente expresado por su discurso. Este incluye tanto los procesos de simbolización preconsciente del habla, como su expresión del inconsciente regresivo en el lenguaje corporal.

Desde el punto de vista psicoanalítico, en el inconsciente no existe la dualidad cuerpo-mente, él mismo se expresa por la vía orgánica o por la vía psíquica. Si una descarga inconsciente se canaliza psíquicamente, se presenta en nuestra percepción como angustia (la llamamos enfermedad psíquica) y si esta se canaliza somáticamente, se presenta como enfermedad orgánica.

El psicoanálisis pretende reconstruir la historia, en lugar de mantener su historia a través de la represión y oculto en la enfermedad orgánica; contamos con los siguientes elementos para ello:

- a) Estudio de las Defensas.
- b) Abordaje de la Vida Emocional del Sujeto.
- c) El Estudio del Vínculo Transferencial-Contratransferencial, en el que se repite y actualiza la historia y las situaciones infantiles.

2. Organsprache:

El término alemán *sprache*, lo mismo que su equivalente inglés, *speech*, condensa los significados de *código* y *habla*, incluidos en el vocablo castellano *lenguaje* y en sus equivalentes francés e italiano. Con la palabra *código* aludimos a un sistema de signos que pueden, o no, ser verbales, y con el término “habla” nos referimos al acto particular mediante el cual se ejerce ese sistema.

La expresión *Organsprache* es utilizada por Freud, por única vez, en su trabajo de 1915 acerca de lo inconsciente. Allí señala que el dicho esquizofrénico

deviene lenguaje de órgano porque adquiere (por obra de una sensación somática) un *sesgo hipocondríaco*.

El término *Organsprache* alude, por lo tanto, a una clase particular de *sprache*, o lenguaje, aquel que se ejerce con los órganos, o también aquel que los órganos ejercen. Los órganos pueden, entonces, como los “síntomas” histéricos, (Freud, 1895d*, 1896,[1918b {1914}]) “intervenir en la conversación” (mitsprechen), mediante los síntomas y signos que derivan de sus alteraciones.

Freud (1895) señala que la histeria restablece, para sus enervaciones más intensas, el sentido originario de la palabra, cuando vuelve a animar aquellas sensaciones somáticas a las cuales debe su justificación la expresión lingüística, y concluye afirmando que el síntoma histérico quizás no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común.

Sostiene (1905-1915) que pueden funcionar como zonas erógenas “todos y cada uno de los órganos”, es decir no solo la piel y las mucosas, sino también los órganos internos, y que el examen de las metas de la pulsión nos permite deducir su fuente.

La excitación, cualitativamente diferenciada, que deriva de esa zona erógena posee la capacidad de alcanzar la conciencia como sensaciones somáticas particulares y determinadas (disfagia, por ejemplo) o como investiduras específicas de las representaciones - palabra preconcientes que constituyen al giro lingüístico (ejemplo: “Tener que tragarse” un ultraje).

3. ¿Qué entendemos por Psicósomática?:

La enfermedad somática “oculta” un afecto, pero no se trata de un afecto cualquiera, sino que cada enfermedad diferente se constituye como un desarrollo que representa o equivale a un particular afecto inconsciente, específico de esa enfermedad, enraizado en una historia que ha hecho crisis configurando un “capítulo” particular en la biografía del paciente.

Hablar de psicósomática es hablar de las interrelaciones entre la mente (psique) y el cuerpo, responden a la pregunta: ¿Cómo los procesos mentales (psíquicos) afectan al cuerpo? ¿De qué manera los procesos físicos se manifiestan a nivel mental psíquico?.

Aquello ocurre en lo psíquico como padecimiento condujo muchas veces al examen del cuerpo como parte de la necesidad de encontrar las causas.

4. La fantasía específica en el paciente asmático como expresión de lo inconsciente reprimido:

En la filosofía griega, el aire fue considerado el principio de la vida (Anaxímenes, S.VI a.c).

El aire ha significado así, el elemento constitutivo esencial de cada cosa, hasta representación del “soplo divino”, del Espíritu Santo, creador y ordenador del mundo (Ferrater Mora, 1954).

El relato bíblico dice que “...Dios modeló al hombre de la arcilla y le inspiró en el rostro aliento de vida, y fue así el hombre ser animado” (Gén. 2, 7-9).

En la mitología brahmánica, se vincula el aire con el espíritu y la creación. Para los hindúes la propiedad vitalizadora de la respiración se extiende a la creación universal. En los rituales, la repetición de la voz sacrística “Om”, remeda el acto por el cual Brahma creó al mundo; es una larga espiración con la cual se hace participar al ser íntimo en el conjunto de las fuerzas del universo (Elstade 1955, 1964).

Wyss (1947) dice:

la respiración es la primera experiencia (postnatal) de nuestra ligazón con el mundo exterior y del encuentro con una resistencia externa. Es la primera comunicación postnatal que establecemos con el medio, comunicación que verifica involuntariamente y rítmicamente, por un imperio de una necesidad apremiante.

Weizsaecker (1950 b), plantea que la respiración comprende un trato con una sustancia del medio ambiente que tiene forma de gas, es decir, el aire (oxígeno); y que ese trato consiste en un intercambio que se lleva a cabo a través de una función rítmica. Cuando esta actividad de ingreso y egreso, de inspiración y espiración se altera, como en el caso de la disnea, da lugar a una ansiedad de muerte. Esta ansiedad, que emerge rápida e intensamente, sólo se mantiene alejada a través de aquella actividad rítmica respiratoria.

Desde una perspectiva simbólica, el espíritu que nos mancomuna anímicamente quedaría representado

por el aire, al ser éste un elemento compartido por todos. La relación con el aire sería el símbolo privilegiado de la conveniencia.

Un intercambio social, adecuado, que implique la vivencia de una buena relación con los otros, puede estar simbolizado por la acción eficaz de una respiración armónica, de un rítmico interjuego entre el espirar y el inspirar (Obstfeld y Col., 1975, 1983 A y B).

Señalan también que la función pulmonar, que implica compartir algo común (el aire), se conecta con la capacidad de empatía y el deseo de comunión.

Encontraron en algunos personajes que padecieron trastornos respiratorios pulmonares (Dostoievsky, Bolívar, Schereber, el “Che” Guevara), una situación similar: la dificultad de cumplir con un ideal social.

En otras palabras: el funcionamiento respiratorio normal, que implica el intercambio de gases con el medio ambiente, se arroga la representación simbólica del buen intercambio socio-espiritual, con los objetos del entorno. Por este motivo se utiliza una misma palabra, atmósfera, para referirse al ámbito común, tanto aéreo como social compartido.

A partir del nacimiento, el niño deja de servirse de la madre para respirar y asume esa función en forma autónoma. La respiración postnatal puede adjudicarse, por ese motivo, la representación simbólica de la ruptura de la simbiosis maternofiliar y del acceso a un nuevo orden, es decir, que como consecuencia del nacimiento, la madre y el niño se “independizan”, al mismo tiempo que se diferencian las funciones respiratorias y digestivas.

French y Alexander (1960), sostienen que dado que la respiración constituye la primera función postnatal, representa la independencia biológica del niño respecto de su madre. De ahí, que en el acceso disneico se expresen simultáneamente un pedido de amparo y la protesta contra la relación de excesiva dependencia. Los determinantes del ataque se asocian a situaciones de temor y rabia, a situaciones que amenazan la relación de dependencia y la seguridad basada en ella, y a conflictos sexuales.

La separación temida de la madre, que amenaza la dependencia y la seguridad, no es una verdadera separación

física sino el peligro de alejamiento de la madre debido a alguna tentación a la que el paciente está expuesto; el ataque parece significar un grito suprimido y una confesión sofocada dirigidos a la madre. Los autores remarcan que la situación precipitante la constituye la indecisión y el conflicto entre adherirse y separarse de la madre.

Los motivos de la inhibición del grito son atribuidos a la exigencia materna de actitudes independientes y autosuficientes prematuras, así como a la tendencia que se opone a la dependencia excesiva materna.

El ataque de asma expresaría también una protesta frente a la separación y contra la necesidad de procurarse independientemente el oxígeno, así como también la protesta contra el deseo de restablecer llorando (o gritando) la dependencia con la madre.

Weizsaecker (1950 a) encuentra, como rasgo caracterológico en los pacientes asmáticos, una terquedad vengativa. Considera que esta terquedad surge frente al miedo a la pérdida de seguridad. Dice: “el ataque asmático es una especie de escena de llanto que tiene lugar en los pulmones, como expresión de miedo, terquedad y de aquella amenaza de enfermedad y muerte”. Refiriéndose a lo que diría un psicólogo acerca de una paciente, describe que su “imago-madre” recibió duro golpe que la hirió en ánimo. Agrega que el asma se llora y se grita en lo más profundo de los pulmones y concluye diciendo que “las funciones fisiológicas en el asma reflejan algo de las fuerzas apasionadas que en el espíritu son más eficaces que las lógicas e intelectuales”.

Racker (1948) dice que el nacimiento marca el momento de la primera función puesto que rompe la identidad entre sujeto y objeto; desde entonces el objeto y lo malo quedarán equipados. En varios pacientes asmáticos encontró que se inhibían para amar porque lo vivían como un desprendimiento de libido del yo, equivalente a la muerte. Estos pacientes experimentan el peligro de ser absorbidos (amados, comidos, matados) por la madre-moloc, y ante ese peligro se tienen que defender.

Surge entonces:

I. Un conflicto entre incorporar (amar, comer, tener dentro, estar unidos, salvarse de la muerte) y no

incorporar (evitar lo malo, la muerte y también morir por falta de seno) a la madre.

II. Una lucha entre la madre que quiere entrar por sus vías respiratorias y el paciente. La defensa consiste en cerrar los bronquios.

III. Otra defensa que consiste en incorporar al objeto y que instala un conflicto entre retener a la madre o expulsarla.

IV. Ante el temor de ser absorbido, búsqueda (en la angustia de muerte) tanto de llenarse de nuevo, como al mismo tiempo eliminar al objeto peligroso. El asmático trata de conseguir ambas cosas, inspirando al objeto. Como es un objeto malo se lo tiene que agredir. El ataque asmático se constituye entonces en un "proceso melancólico" en el aparato respiratorio, según lo describe Pichon Riviere.

V. El enfermo introyectó al objeto y éste lo ataca, lo mata desde adentro. En este sentido, el asma sería una conversión somática de un delirio de ahogamiento. El hecho de que el objeto sea "inspirado" representa la tentativa de incorporarlo evitando la agresividad oral. El estornudo sería un rechazo del objeto por la nariz y el "deseo de salud", un apoyo externo.

En los asmáticos la madre es equiparada al aire. Tanto la inspiración como la espiración son mortales y el enfermo "se ahoga, muere" en este conflicto. Ahogarse equivale a la falta de aire y a haber perdido a la madre.

La contradicción entre la independencia y la pasividad se comprende en un plano más profundo: el del nacimiento. Nacer es separarse de la madre y morir.

Pero nacer es también vivir. No nacer es también la muerte, pero es estar unido a la madre y, por lo tanto, vivir. Es esto lo que elige finalmente el asmático.

Fenichel (1957) se refiere al asma bronquial como una órgano-neurosis del aparato respiratorio. En el asma bronquial es especialmente un anhelo (pasivo receptivo) de la madre lo que expresan las alteraciones patológicas de la función respiratoria.

El ataque asmático es, ante todo, un equivalente de angustia; ésta es percibida como un temor de asfixia, es un grito en pedido de ayuda, dirigido a la madre, a quien el paciente trata de introyectar por la respiración para estar permanentemente protegido. La orien-

tación anal de los pacientes, por regla general ha evolucionado de un interés de oler a un interés de respirar.

Aberastury (1951) observó que los niños asmáticos construyen las casas con gran cantidad de ventanas pequeñas colocadas en lo alto, para simbolizar la dificultad respiratoria.

Abadi habla de la imagen de una madre-esfinge que retiene al hijo y no le permite el nacimiento, y que amenaza así con ahogarlo. Habla de la ausencia de un buen padre partero que ayude al hijo a nacer y lo rescate del encierro materno. Siguiendo estas ideas, entiende el drama del ataque asmático como la repetición de la situación traumática del nacimiento impedido. Según este autor, el asmático se siente encerrado y ahogado por esa madre-esfinge.

Según Cagnoni "...respirar es tener alma porque es nacer y esto equivale a salir de la muerte, a la que condena una madre que lo dificulta".

Canteros (1979), siguiendo el método de investigación de las fantasías específicas, plantea que en el asma se hallan presentes fantasías exudativas, alérgicas y espasmódicas y que ese mosaico comprende también una fantasía pulmonar. La autora sostiene que:

el asmático, en su ataque de disnea expiatoria, se niega con terquedad a realizar un intercambio múltiple que lo asusta, y trata, a través del aire retenido y de sus secreciones remedando la situación prenatal. Lo que intenta evitar a través de este cumplimiento de deseos es el sentimiento de susto, de soledad y responsabilidad que acompaña al proceso de nacimiento-individuación.

Subraya la vinculación existente entre el ataque de disnea y la angustia catastrófica. Señala que este sentimiento no aparece en la conciencia del asmático, y que en su lugar aparece la disnea. Afirma que los pacientes asmáticos repiten en el ataque, a partir del modelo del acto de nacer, un momento retentivo simbiótico, a la manera de un útero que no estimula el desprendimiento, y en un segundo momento, de corte brusco, que lleva a la vivencia de un desamparo extremo y al desarrollo de una angustia catastrófica. Considera que el estrechamiento bronquial y la retención del aire son la expresión de un cumplimiento de deseos: el de recrear el primer momento del acto de nacer, o sea, el de la simbiosis prenatal, retentiva. Si el asmático, en

su ataque, cumple también con el deseo de un haber nacido, evita sentir la angustia traumática que el nacimiento trae aparejada.

De acuerdo a las investigaciones de Chiozza y Cols. (1987) todos los trastornos de la respiración pulmonar son la expresión del afecto “desaliento”, que, al no poder hacerse consciente, se ha deformado en su clave de enervación.

El afecto puede expresarse simbólicamente de dos maneras distintas:

- Una de ellas, de predominio inspiratorio
- La otra, de predominio espiratorio. Que configura en sentimiento de ahogo, sofocación, o estrangulamiento, que se experimenta en un vínculo estrecho, de características simbióticas, que coarta el desempeño de las actividades vitales y de la creatividad, vínculo que solemos llamar “asfixiante”.

La existencia de una disnea asmática depende, en cambio, de que se establezcan las siguientes condiciones:

A) Una frustración actual en el nivel de desarrollo tánatolibidinoso alcanzado y la regresión a un punto de fijación respiratorio neonatal.

- En ese nivel el funcionamiento respiratorio pulmonar normal, que implica un adecuado intercambio de gases (aire) con el medio ambiente, y el buen intercambio socio-espiritual con los objetos del entorno (“atmósfera”), pueden presentarse recíprocamente mediante el aliento, ya sea el físico o el anímico, usados como símbolo.
- Cuando existe una regresión respiratoria la frustración actual de una demanda se experimenta con una perentoriedad similar a la de la necesidad de oxígeno y el vínculo con el objeto adquiere características semejantes a las que han sido descriptas en la simbiosis.
- La ausencia de un entorno social bueno es experimentada, entonces, como la ausencia de un objeto alentador y anhelado, equiparada, siempre, a la presencia de un entorno hostil que “desalienta”.

B) Un vínculo “simbiótico” con un objeto que, en la vivencia del sujeto, lo amenaza continuamente con

el abandono y, al mismo tiempo, debe satisfacer una necesidad perentoria.

- En un nivel respiratorio el abandono se experimenta como el “desaire” de un objeto desalentador, y la fase expiatoria de la respiración normal puede confundirse, en el inconsciente, con una forma de arriesgarse al abandono.

C) Un intento de retener a ese objeto del anhelo, intento que aumenta, en la vivencia del sujeto, su carácter frustrante, ya que la retención no disminuye “el desaliento”.

- Así como el aire retenido pierde su contenido de oxígeno e impide obtención de un aire nuevo, oxigenado, al objeto retenido en un nivel de regresión respiratoria se lo experimenta como un objeto malo, que coarta el desempeño de las actividades vitales y la creatividad del sujeto. Debido a la regresión respiratoria, un vínculo semejante es sentido como una forma particular, expiatoria del afecto desaliento: la ausencia de un objeto alentador equiparada en lo inconsciente, con la presencia de un objeto que ahoga, asfixia o estrangula.

D) La imposibilidad de que el afecto desaliento acceda a la conciencia.

E) La desestructuración de la clave de enervación del desaliento y su representación simbólica por uno particular entre los elementos de esa clase de enervación: la disnea; que atrae sobre sí la intensidad total de la investidura y penetra en la conciencia como un fenómeno somático privado de su significado afectivo. Adquiere, de este modo, el carácter de un desarrollo equivalente al afecto desaliento.

5. Una aproximación a la técnica:

Las estructuras psíquicas con tendencia a la somatización pueden, por un lado, provocar en la relación transferencial, un sentimiento de exclusión objetal que lleva al terapeuta, sin que éste lo advierta, a desinvertir a su paciente, por otro lado, están aquellas estructuras con tendencia a la fusión y a la dependencia del objeto.

La presencia y el auxilio del objeto (terapeuta) son indispensables. Se demanda de él más que su capaci-

dad de afecto y empatía; se espera de él que “su” funcionamiento mental reemplace al del paciente.

Debemos hacer uso de los sentimientos contratransferenciales, haciendo construcciones, transformando los afectos percibidos en representaciones útiles para el paciente, siendo éste un recurso técnico básico.

El terapeuta responde al vacío representacional con un esfuerzo intenso de pensamiento aportando lo que el paciente no puede pensar. Esto se traduce en un aflujo de representaciones fantásticas que rescatan la fuerza del eros y así se detiene el avance de la mente psíquica.

El paciente en el proceso analítico, debe descubrirse como “deseado”. El deseo del terapeuta aporta su propia pulsionalidad como motor de cambio y trans-

formación. Las construcciones afectivas le permiten al paciente crear algo que no fue inscripto en el origen. El estímulo somático puede devenir pulsión si hay un mediador que lo posibilita.

REFERENCIAS

- Chiozza, L. (1998). *La transformación del afecto en enfermedad*. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- Fenichel, O. (1957). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- French, T. y Alexander, F. (1966). *Psicología y asma bronquial*. Buenos Aires: Paidós.