

El pasaje al acto en el cuerpo



José Eduardo Fischbein

Enfermedad o síntoma, síndrome, trastorno funcional o desorganización somática, toda una serie de conceptos que tienen por base un conflicto psicológico con expresión somática.

¿Cuál es el extraño mecanismo que hace que estas ideas, ansiedades, preocupaciones, síntomas, síndromes o enfermedades se expresen a nivel somático?

El cuerpo puede aparecer a lo largo de toda la psicopatología como órgano ejecutor de un conflicto: desde la simbolización de una escena que encierra un modelo vincular y que se vuelve a reproducir a sí misma, hasta la repetición idéntica de un suceso no modificado por la representación.

El yo antes que nada es un yo corporal, dice Freud en *El yo y el ello*, y luego agrega que es la representación mental de una superficie corporal percipiente. Acá ya incluye la noción de representación alejada del soma, el cuerpo como soporte de la percepción. El soma da el apoyo para la formación de la representación corporal que aporte la posibilidad de representar al sí mismo psicológicamente. Es la base del yo.

En el caso de los estados psicósomáticos, que son una modalidad de la patología narcisista, el soma cumple una función diferente. En estos casos, por la regresión que la enfermedad implica, el soma, ya como fuente de demandas o de dolor, de lo displacentero, es considerado no-yo: un afuera del aparato mental. Una exterioridad para el psiquismo, exterioridad repudiada, en la que se drenará la actuación. Es en esta situación que consideramos el pasaje al acto en el cuerpo.

El discurso sobre el *cuerpo en las patologías del acto* cumple funciones evacuativas de la tensión, eludiendo el trabajo psíquico. Con este discurso se intenta suspender en forma temporaria la resolución de los conflictos y el aumento de la tensión que éstos acarrearán. El discurso duplica el accionar de la máquina corporal, máquina que

tiene como función la evacuación de tensiones, a partir de la cual se crea la ilusión deformadora de la existencia de una realidad “a-conflictiva”. Son frecuentes las menciones a un cuerpo cercano a lo orgánico, por falta o déficit del trabajo mental de transformación de los perceptos en representaciones.

En esta modalidad discursiva, quien enuncia toma el modelo de ser un acumulador de tensión, y se centra en la búsqueda de la forma de liberarse del malestar a partir de un involucramiento de lo corporal. Se vivencia la ausencia de descarga como riesgo de estallido. Se describe al cuerpo como una máquina cuya función es evacuar cantidades de excitación creciente, que alteran la homeostasis del relator de dichos fenómenos. Esta máquina tiene por función procesar y disminuir estados tensionales molestos. Las explicaciones de lo corporal se centran en cómo desembarazarse de fuerzas que alteran el funcionamiento de la persona. El discurso se basa en las técnicas que instrumenta el yo para permitir una sobrevida al estado de excitación.

Por el contrario, el cuerpo en lo representacional tiene múltiples sentidos basados en evocaciones y repeticiones de situaciones historizables. En este discurso del cuerpo podemos inferir una mayor o menor riqueza representacional. En él, el cuerpo aparece con sus imágenes o sustitutos simbólicos, con mayor o menor enmascaramiento, mayor o menor distancia simbólica entre lo simbolizado y lo real de la carne. Ya sea como recuerdo o como reconstrucción de momentos vividos y evocados en fantasías, que sustentan una búsqueda de satisfacción con objetos sustitutivos que evocan la gratificación primaria, se puede inferir siempre un deseo y el despliegue asociativo permite adentrarse en lo inconsciente. En estos relatos sobre el cuerpo, el sujeto del inconsciente está presente y en él pulsa el desear.

Este escrito trae el decir de dos pacientes, una historia y algunas reflexiones.

Los pacientes nos introducen, desde su decir, en el espacio del dolor. Son humanos que sufren, son nuestro objeto de estudio.

A través de sus palabras tenemos el acceso a su intimidad y la nuestra. Intimidad plagada de fantasías.

Las fantasías que conforman las escenas únicas que sustentan la enfermedad y aquellas otras que, desde nuestro decir, llamamos teorías científicas y aceptamos por consenso.

La posibilidad de pensar sobre lo que ellos dicen que les pasa, de jugar con nuestras ideas para tratar de ayudarlos a través de enunciar con palabras para lograr una mayor comprensión sobre su conflictiva,

es lo que nos permite soportar el dolor que compartimos en la sesión psicoanalítica.

Desde la intimidad de la sesión, desde la situación particular del vínculo bipersonal es que hoy voy a presentar las siguientes reflexiones.

Pienso que sus afecciones requieren enfoques que permitan diferenciar la expresión corporal simbólica de la que nos manifiesta el pasaje al acto.

Desde tres ángulos he abordado en mi quehacer diario como psicoanalista la temática psicosomática, ya sea desde la orientación y sostén del médico clínico tratante, desde el psicoanálisis aplicado al campo de la enfermedad orgánica y desde su comprensión de las manifestaciones inconscientes de los enfermos con estas afecciones.

En esta tercera opción es en la que hoy me enmarco y aparece acá la gran diferencia en el tratamiento del cuerpo desde el psicoanálisis y la medicina.

Como psicoanalistas tratamos a un "cuerpo hablado", se jerarquiza la palabra que es la que une y da cuenta del juego, de la representación, de la fantasía y la realidad psíquica. La medicina trata el soma, se ocupa de una realidad objetiva, no representacional, como es el campo de la palabra, que es la portadora de lo indecible, de lo angustiante del dolor. Portadora de la representación de una realidad psíquica en la que siempre el sujeto se descubre incompleto.

Brevemente diré que considero a las enfermedades psicosomáticas como trastornos narcisistas en los que predomina la escisión del aparato mental del sujeto. Son estados en los que fracasan los medios de expresión psíquica del conflicto. El espacio mental para la fantasía está anulado y la tensión es drenada corporalmente. A nivel mental aparece un blanco con el que el paciente se siente preservado de la sensación de angustia.

Tomaré a lo largo de toda mi exposición un modelo económico dinámico para explicar la formación de síntomas y otro histórico para dar cuenta de la repetición que en ellos se encierra.

Es el modelo histórico el que sustenta el tratamiento, y en este sentido plantearé la idea de que en las enfermedades psicosomáticas lo simbólico es secundario, aportado por el terapeuta para representar

las escenas subyacentes. Este no descubre, crea sobre un campo de repetición automática.

Para ejemplificar lo anterior voy a presentar dos pacientes. Ellos expresan corporalmente un conflicto psíquico. En ambos hay un síntoma en común. Se los puede considerar psicósomáticos, pero son muy diferentes entre sí. La diferencia radica en la posibilidad de simbolizar y la modalidad de la repetición.

Paciente A. (16 años, varón). Consulta porque no sabe cómo actuar ante los problemas familiares. Bajó aproximadamente ocho kilogramos. Tiene miedo a la locura. Teme caer en estados como los de su hermano o su madre que presentan francos cuadros psicóticos. No puede comer fuera de su casa. Si va a un restaurante, no le "pasa" la comida cuando ve a otras familias comiendo juntas; lo mismo le ocurre si va a casa de amigos. Vive aterrado por vomitar, aunque nunca le ocurrió. Queda restringido a su casa en la cual no hay comida, ya que la madre no se ocupa de las tareas, se ocupa de exorcismos para atraer al padre que vive en otra casa y manda en ocasiones compras de alimentos que hace para sus hijos. Tampoco puede usar el baño. Lo describe sucio y con las cañerías tapadas:

"En casa no se limpia y me da asco, cualquiera tira cualquier cosa en la pileta y el agua no baja o rebalsa del inodoro y las rejillas. Todos los caños están tapados".

Este paciente trae de entrada una serie de escenas que pueden resignificarse e interpretar lo que está viviendo tanto desde el simbolismo universal, como desde el contexto de su discurso de los sentidos simbólicos con sus construcciones personales.

Es capaz de decir:

"Ellos lo expresan todo gritando, yo me lo como; no puedo decir nada porque yo soy responsable de lo que ocurrió al decirle a mi papá que él se tenía que ir de casa".

Este mismo conflicto lo expresa diciendo "tengo ganas de ir a mear y sólo me salen dos gotitas".

Tiene dificultades en los intercambios entre su adentro y su afuera. Veamos que lo corporal representa simbólicamente una serie de escenas posibles, intercambiables, probables; representan un mismo problema en formas diferentes en oposición al paciente B, que paso a describir, en quien todo está dado y es idéntico una y otra vez.

Paciente B: las cosas le pasan, le hacen, se le imponen, es casi manejado en el sin fin de una repetición que parecería responder a una memoria automática.

Este paciente de 20 años es mandado a tratarse por sus padres, quienes vinieron a verme antes de que pudiera entrevistarlos, para indagar desconfiadamente si yo era la persona adecuada para hacer la evaluación que ellos requerían.

Todos conocen su problema, pero viven como si no supieran lo que le pasa. El padre, un clínico de reconocida experiencia, viene buscando mi apoyo para continuar los estudios clínicos y de laboratorio. Lo psíquico está repudiado. Bajó considerablemente de peso. Era obeso, hoy es un flaco muy elegante. Se desliza en la entrevista el problema de los vómitos. Todos saben que algo le pasa, pero nadie da cuenta de ello. Son una familia feliz.

"¿Cree usted que vomitará?", me preguntan, aunque tienen la evidencia del olor en la casa. La desmentida es una apelación familiar.

Quiero aclarar que al buscar entre mis notas un relato del síntoma de este paciente, he encontrado siempre una historia que es idéntica a sí misma, a diferencia del paciente A donde las historias pueden expresar lo mismo, pero son muy variadas en sus contenidos.

Ello me ha llevado a pensar que, en este paciente, el síntoma -vómito- actúa como un organizador, con una secuencia temporal. Esto le da un sentido que permite llenar una sensación de desconcierto y de vacío.

En apariencia es un "niño modelo" mientras repita sus rutinas, vividas sin emociones, a diferencia del primer paciente que sufre y está lleno de conflictos.

Para referirse a su enfermedad me dice:

"Tengo una rutina de noche, cuando me siento mal voy para casa, voy comprando comida para provocarme un vómito, es porque estoy frustrado o me siento impotente. Ya en la calle empiezo a comer. Lo importante es todo lo que hago hasta vomitar. Después me siento tranquilo. El vómito es importante cuando me siento mal y lo que es más importante según me parece del vómito es que es para sentir hambre o para irme a dormir vacío, sin problemas. Sé [enfatisa lo intelectual] que la realidad es diferente, pero no sé por qué hago las cosas. Se me produce un bache. Yo me distingo, por lo que me dijo usted, a través del vómito. El vómito me limpia la cabeza, me cansa, me duerme. Es un cansancio que me descansa.

No me doy cuenta si me perjudica la salud, pero veo que pierdo tiempo que necesito para estudiar y avanzar en la facultad.

Todo lo que hago, lo hago por compromiso. En informática, un programa no sólo tiene que hacer lo que uno quiere sino también no hacer lo que uno no quiere que haga. Yo no hago lo que quiero y no busco no hacer lo que no quiero hacer".

Busca la eficiencia, él mismo parece programado, no registra afectos, lo único que a veces lo angustia es el robo de dinero que hace para comprar comida, y que sabe (no siente) que está mal desde los otros.

Necesita que otro le haga sentir, sentir que vale, que el trabajo que hace vale, que es capaz. Aunque él no lo cree de sí mismo. Duda de sí; no sabe si él es por lo que miente o por lo que él realmente es.

Dice que vomitar es lo que él quiere, lo que le da seguridad. Lo que vomita es lo que tendría que privarse de comer. Vomita para no comer y dice que lo que le queda adentro es lo que le daría placer si sólo eso comiera.

Opina que hay cosas que se hacen porque hay que hacerlas, que no hay alternativa.

La de él es resolver la tensión vomitando y busca en el tratamiento que otro lo ayude a salir de su concretismo.

"Pienso que vomitar o dejar no depende de mí. Usted debería obligarme a hacerlo".

Tomo específicamente estos dos ejemplos, que tienen en común la expresión física de un conflicto mental, para introducirnos en el tema de la actuación corporal del conflicto, expresado en el discurso de estos pacientes como trastornos en la alimentación en los que se ve un pasaje de la tensión del conflicto de un estado a otro.

La ansiedad se transforma en problema orgánico, pero mientras que en el paciente A. el conflicto se simboliza, el paciente B. padece de un marcado concretismo.

Estos actos físicos "actúan" como un hecho que anula inmediatamente, en forma abrupta y total, estados afectivos displacenteros. Tienen como sentido hallar un estado dentro del cual el aparato mental sobrecargado encuentra una descarga estabilizadora. Estos actos estabilizan en forma temporaria al yo, siendo el espacio corporal el lugar donde se dramatiza la actuación.

Sin embargo, creo que en estos dos ejemplos hay una diferencia muy grande en cuanto al síntoma corporal.

El paciente A. nos muestra un estado transitorio, funcional, de desorganización somática que podrá ser o no el único que le afecte en su existencia.

Este paciente, como cualquier humano, puede desarrollar un síntoma somático por rebasamiento de su aparato psíquico para procesar la angustia en un momento de su vida.

Pero dependerá de su estructura de personalidad que dicha afección desemboque o no en la organización de una enfermedad psicosomática.

El paciente B, en cambio, con una organización psicosomática ya establecida, ante cualquier conflicto va a tener siempre el mismo drenaje corporal que se expresará como un nuevo episodio de su enfermedad psicosomática: el vómito.

Distingo, por lo tanto, en relación a lo psicosomático, al síntoma, a la personalidad y a la enfermedad; y dos momentos: el de la desorganización somática funcional y el de la fijeza de reorganización restitutiva en la enfermedad psicosomática basada en una disposición particular, que marca al sujeto con una forma de reacción estereotipada a nivel somático ante el aumento de tensión psíquica.

Del síntoma corporal psicosomático.

Descifrar viejas escrituras es un reto a la paciencia y al ingenio; es probable que ésta sea una parte del trabajo del analista.

Dicen que los soberanos de Súmer hacían escribir tabletas reales en lugares inaccesibles a los ojos humanos. Su lectura estaba destinada a los dioses.

El síntoma psicosomático, al igual que las tabletas reales, es un mensaje cifrado para un interlocutor ausente. Ausente por pertenecer al pasado, excepto este piadoso ejemplo (piadoso aquí es narcisismo); todos los escritos que conocemos son modos de comunicarse. Suponen un emisor, un mensaje y un receptor. Por lo tanto, si nadie recibe el mensaje la comunicación fracasa.

Este fue, en primera instancia, el destino final de muchos escritos antiguos redactados en lenguas o sistemas de escritura que luego las catástrofes, el desgaste o las modas aniquilaron, relegaron al olvido o condenaron al desuso.

La expresión psicósomática es el paradigma de la comunicación fracasada. Son los mensajes, que, desde el lugar de lo inaccesible, como las tabletas de Súmer, están dedicados al Dios, al representante parental infantil y no al objeto presente en la realidad actual.

Sin embargo, al igual que ellas, la expresión psicósomática es la búsqueda de un encuentro. Encuentro entre el dolor humano y un objeto ideal ausente.

El Dios, representante parental infantil, será en la actualidad el objeto más jerarquizado de la transferencia del enfermo: el terapeuta. Sólo él puede convertir lo inaccesible en accesible transformando el lenguaje arcaico en lengua viva. El relato del pasaje al acto en el sentido simbólico del accionar en el tiempo y el lugar que se produjo.

La expresión psicósomática es accesible al ojo humano, pero resulta inaccesible en su comprensión por expresarse en signos de un lenguaje olvidado: el lenguaje corporal.

Lo antedicho marca ya mi postura ante la expresión corporal: Es un lenguaje escrito en una gramática diferente, la gramática del cuerpo. Gramática a descifrar.

El psicoanalista está ante una Piedra de Rosetta.

Esta gramática da cuenta de engramas vinculados a vivencias afectivas primarias, soldadas a experiencias corporales. Dichos engramas son la marca de las experiencias de organización que la madre hace de las descargas afectivas-corporales del bebé, y que comprobamos deficientes en los pacientes psicósomáticos.

Son parte de la prehistoria del sujeto y de la protohistoria de su aparato mental.

El bebé sólo tiene el soma para expresarse y su lenguaje es lengua arcaica a descifrar.

Sólo cuando el soma deviene en representación, la descarga es contenida por el símbolo. El símbolo, la palabra, es lengua viva, de comprensión actual.

Desde allí ya no hay soma, hay representación mental del cuerpo, "estamos en el imperio de la fantasía".

Nace el sujeto.

Cuando hay una falla en la organización mental, volvemos a reencontrarnos con el soma a través de su enfermedad orgánica, reencontramos el lenguaje arcaico.

Ante el fracaso del mensaje hablado por déficit simbólico del sujeto, debido a la regresión del aparato mental y su sobrecarga, se vuelve a usar el cuerpo como emisor del mensaje.

Estamos en el imperio del pasaje al acto, del Agier freudiano.

Por Agier entendemos una situación en la que se lleva a cabo una actividad que puede interpretarse como sustituto del recuerdo de un hecho pasado. El pensamiento es sustituido por la acción.

El sujeto hace, en vez de recordar, "repite". El conflicto está siendo actuado por no haber adquirido representación verbal.

El imperio de la fantasía es el campo de la elaboración mental, su majestad es lo representacional. Predomina el conflicto y las ansiedades son contenidas por el psiquismo. La represión, la contrainvestidura de la representación, es el mecanismo defensivo que predomina.

En el otro extremo de la escena mental tenemos lo que llamé el imperio del pasaje al acto.

Aquí la descarga es inmediata, actual, y lo actual alude tanto a la acción (de acto) como a la actualidad, lo presente.

Alusión que, aun sin saberlo el sujeto, remite a una repetición. Este carácter repetitivo también en una doble acepción: de lo ya vivido en la historia y de lo que se vuelve a dar: la reiteración.

Con el objetivo de anular la tensión (la ansiedad no soportada por el sujeto) se repudia la representación. La acción es inmediata, automática y asimbólica.

Estos dos imperios se excluyen; histeria y enfermedades psicósomáticas pueden tener una fachada análoga, pero mientras la primera está llena de contenidos, las psicósomáticas nos muestran un psiquismo vaciado de representación y un soma que se impone.

El psicósomático pierde el placer del vínculo con el otro, sustentado en la fantasía de lo que el otro es como objeto del deseo, para pasar al vínculo compulsivo y monopolizar con su propio cuerpo desorganizado y demandante de cuidados especiales, que restan parte de la vida del enfermo, aunque le otorgan un sentido a la misma.

La enfermedad psicósomática es siempre orgánica, nunca le faltan síntomas clínicos ni la confirmación por exámenes médicos, complementarios radiológicos o análisis biológicos. Hay lesión anatómica del órgano.

El soma siempre está alterado. Los síntomas de las enfermedades mentales no están presentes o no son específicos.

El paciente se sorprende de que se lo refiera a un tratamiento psicológico y he aquí la paradoja: con lesión orgánica y sin síntomas psicológicos, sólo se cura con psicoterapia.

Esto hace difícil su abordaje psicoterapéutico, pero de por sí tiene el valor de síntoma y hace que se los describa como personalidades con una marcada pobreza.

La pobreza en la comunicación, en el establecimiento de vínculos, en los afectos, en la fantasía, se compensa con el pasaje a la acción. La enfermedad somática sustituye las carencias del sujeto; con ella se llena el vacío representacional.

Lo que no supo expresar psicológicamente se transforma en síntoma físico.

Al mismo tiempo expresa un fracaso y un intento de función expresiva del sujeto.

Al hablar, el paciente ordena sus padecimientos y pone en evidencia las repeticiones que marcan su historia.

En la repetición vemos la marca de lo inconsciente que se impone desde el escenario corporal, y en la secuencia de padecimientos y tratamientos recibidos, la característica compulsiva del repetir.

El síntoma es algo que intenta hacerse oír y del cual el paciente no se libera hasta que no pueda hacerse comprender por medio de la palabra. Palabra que bien puede surgir espontáneamente desde el paciente en cuadros de histerificación secundaria o vivencias hipocondríacas, o ser aportada por el psicoanalista al crear una

escena que pueda subyacer en la prehistoria del sujeto. Se constituye así el proceso de simbolización secundaria de la enfermedad.

El paciente B dice que su objetivo al vomitar es irse a dormir vacío y poder desayunar con hambre. La motivación del vómito es sentir hambre.

Le interpreto que busca sentir actualmente lo que no se le permitió sentir en el pasado. Él era el ejemplo porque comía todo lo que se le daba, a diferencia de su hermano inapetente.

Si la obesidad es significada como sometimiento, el vómito aparece como la rebeldía a un objeto que lo alimenta compulsivamente. Cada uno de los pasos de su ritual adquiere un significado en relación a su historia infantil.

"Compro facturas, dulces, crema, una pasta y bebidas dietéticas. Como y tengo que sentir que es algo 'masoso', dulce y consistente. Lo acompaño de mucho líquido para que facilite el vómito. La crema es para que no me dé acidez".

Cada uno de estos elementos lo relacioné al vínculo con un objeto infantil.

Lo masoso: a las papillas de la abuela; la crema, a las dietas del padre; el líquido dietético, a un consejo de la madre de tomar mucho líquido para llenar la panza y no comer; y el comer sin límites, una forma de oponerse y discriminarse de su hermano.

Recapitulando, el síntoma psicossomático:

1. En el momento de su instauración corresponde a una falla del aparato psíquico para procesar estados de conflicto, tendiendo por el principio de placer a establecer una situación ideal de falla de tensión en el psiquismo.
2. El cuerpo es sede y órgano ejecutor de una descarga de tensiones que no son soportadas psíquicamente.
3. La descarga puede considerarse como un fenómeno semejante al Agier freudiano.
4. La regresión hace que el sujeto considere a su propio cuerpo como un espacio exterior a la mente donde se concretizará la actuación.
5. Estos actos que llevan a la desorganización somática preservan de la desorganización psíquica.
6. No podemos considerar estos actos solamente como descargas, podemos ver en ellos una repetición inconsciente de experiencias ya vividas que no pueden ser recordadas por haber sido inscritas antes

de la adquisición de la palabra, y que se expresan en la gramática corporal por fallas de los procesos de inhibición de la acción por el pensamiento.

7. El paciente desconoce, en relación al síntoma psicossomático, su origen y su carácter repetitivo.

8. Faltan los pensamientos y las palabras que puedan dar cuenta de las escenas que los sustentan. Son repeticiones de experiencias muy tempranas de falta de procesamiento materno de las demandas corporales del bebé.

Estas acciones sólo pasarán a organizarse como cuadro psicossomático cuando se reiteren y haya una personalidad de base adecuada, estudiada en nuestro medio como personalidad sobreadaptada.

De lo contrario aparecen como episodios aislados en pacientes de estructura neurótica o psicótica, pero no adquieren la fijeza de estructura con una forma estereotipada de reacción frente a diferentes noxas, como es el caso del segundo paciente que nombrara con anterioridad, en quien todo suceso vital moviliza y culmina en un nuevo episodio de vómitos.

La fijeza de estructura y de reacción lleva del trastorno funcional somático a la desorganización somática; la estructura somática está alterada y esta desorganización protege de la desorganización mental. El soma dañado expresa el fracaso de los medios de expresión mental.

Se establece a partir de este momento un proceso de inclusión psicológica de los síntomas al que denomino organización restitutiva del cuadro psicossomático. La apariencia es la de no enfermedad psíquica y hay fenómenos de dos tipos que caracterizan este momento:

1. El cuerpo que sufre es utilizado como un intento de reconexión con la realidad objetiva. A partir de los síntomas se reconstruye un nuevo sentido a la vida. Se rejerarquizan demandas del soma previamente desconocidas.

Dice el paciente B:

"Las cosas que hago siempre están dirigidas a otra persona y tienen un sentido en relación a esa persona; por ejemplo, lo que hago es ver si esa acción le da satisfacción al otro como cuando de chico comía y satisfacía las expectativas de mi abuela.

Ahora, cuando como, antes de vomitar siempre está el otro presente ya que tengo que tener prendido el televisor. Necesito sentirme mirado cuando como",

2. El sujeto recurre a intelecciones para dar un sostén racional a su cuadro. Esta superestructura mental del cuadro tiene muchas veces una configuración casi delirante, con un marcado concretismo y un discurso ganado por el proceso primario. Por ejemplo: "Los vómitos son el mejor método para adelgazar". Sólo en el área del beneficio secundario de la enfermedad aparecen fantasías y procesos de pensamiento simbólico.

"En el trabajo, como es algo social, no vomitaría porque están los otros. Con la comida, que es algo privado, como o vómito, me importa lo físico, no engordar, pero más me importa cómo me vean o que no se enteren".

Secundariamente, el paciente puede asignarle sentidos simbólicos a la enfermedad y entretejer fantasías con respecto a ella.

"Con las ideas hago como con el vómito, las largo rápidamente para tener espacio y que entre algo más. De golpe quiero largar todo el estudio y el trabajo. Si tengo lugar quiero que me den más y más y más. Quiero saber todo de todo y termino sin saber lo que quería".

Este pasaje del acto concreto a la fantasía es en sí una recuperación de la actividad mental y un intento de curación.

La recuperación del espacio mental para la fantasía implicaría una mayor protección frente a la enfermedad orgánica.

Dice el primer paciente:

"Cuando siento que no mejoro con los medicamentos o con lo que pasa en las sesiones, yo me autosugestiono, abro un canal y creo fantasías que me alivian, como que una chica me invita. Eso me llena de vida, me dan ganas de hacer cosas, vienen energías cuando abro el canal de la imaginación y entonces las cosas me afectan menos en el cuerpo".

Volvemos a encontrarnos en el imperio de la fantasía, en el lugar del sujeto.

Resumiendo, partiendo de la presentación de dos pacientes que expresan corporalmente un conflicto psíquico a través de un mismo síntoma -el vómito- trato de mostrar las diferencias entre ambos, según la posibilidad de simbolizar o no y la modalidad de la repetición según haya escenas cambiantes que aluden a un mismo conflicto o la repetición idéntica a sí misma del ritual. Tomo la enfermedad psicósomática como trastornos del narcisismo en los que predomina la

escisión del aparato mental. Serían estados en los que fracasan los medios de expresión psíquica del conflicto. El espacio mental para la fantasía está anulado. Aparecería un blanco en el nivel de los procesos mentales con el que el paciente queda protegido de la angustia. La tensión es drenada corporalmente. Este drenaje actúa como un hecho que anula inmediatamente, en forma abrupta, estados afectivos displacenteros estabilizando en forma temporaria al aparato mental.

El espacio corporal es el lugar donde se dramatiza la actuación. Planteo que estos actos son carentes de significado y que su simbolización es secundaria. Se crea así una polaridad entre el imperio del pasaje al acto y el mundo fantasmático. Estos dos imperios se excluirían. La histeria y las enfermedades psicósomáticas pueden tener una fachada común pero intrínsecamente son diferentes. La primera pertenece al "Imperio de la fantasía", al mundo representacional y la segunda al "Imperio del acto".

Bibliografía

- Freud, S. (1910), "La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis". A.E., XI.
- (1914), "Introducción del narcisismo", punto 1. A.E., XIV.
 - (1923), El yo y el ello, capítulo n. A.E., XIX.
- Israel, L., "La formación psicológica del médico", en El médico frente al enfermo. De la Frontera, Barcelona.
- Liberman, U., y otros, "Los pacientes psicósomáticos vistos desde la clínica psicósomática". Rev. Asoc. Escuela Arg. de Psicoterapia para Graduados, N~ 7.
- "Sobreadaptación, trastornos psicósomáticos y estadios tempranos del desarrollo". REV. DE PSICOANÁLISIS, XXXIX, 5, 1982.
- Marty, P., y M'Uzan, M. de, La investigación psicósomática, introducción de Louis Miracle.
- McDougall, J., "El psicósoma y el psicoanálisis", en Alegato para una cierta anormalidad. Petrel.
- Winnicott, D., "La enfermedad psicósomática en sus aspectos positivos y negativos". Rev. Uruguay de Psicoanálisis, N~ 61.
- "La mente y su relación con el piquesoma", en Escritos de pediatría y psicoanálisis. Laia, Barcelona, p. 33.