



EL SÍNTOMA SOMÁTICO DENTRO DE UNA TEORÍA PSICOSOMÁTICA RELACIONAL

Isaac Seabra¹

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

El presente trabajo pretende recorrer y comentar algunos de los principales conceptos desarrollados por Sami-Ali en la psicosomática. Procura además comprender las influencias y contribuciones de este autor al psicoanálisis relacional y partiendo de ahí, situar su teoría dentro del campo de la psicosomática de inspiración psicoanalítica.

Palabras clave: Psicosomática relacional; represión del sueño; imaginario; impasse; patología de adaptación; somatización.

The present work aims at to look over and to comment some of the main concepts developed by Sami-Ali in psychosomatic. Besides search to understand the influences and contributions of this author with the relational psychoanalysis, leaving from here to situate his theory inside the field of the psychosomatic of psychoanalytic inspiration

Key Words: Relational psychosomatic; repression of the dreams; imaginary; impasse; pathology of adaptation; somatization.

English Title: The somatic symptom inside a relational psychosomatic theory.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Seabra, Isaac B. (2007). El síntoma somático dentro de una teoría psicosomática relacional. *Clinica e Investigación Relacional*, 1 (1): 165-176.

[http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen11Junio2007/CeIR_V1N1_2007_10IB_Seabra/tabid/268/Default.aspx]

INTRODUCCION

Este trabajo tiene como objetivo aportar algunas contribuciones a la teoría relacional de la psicósomática, teniendo como punto de partida los conceptos de Sami-Ali.

Apartándose del modelo psicoanalítico clásico (principalmente su extrapolación teórica y especulativa a fenómenos tan diversos como los orgánicos, los sociales, los biológicos, los históricos, etc...) Sami-Ali formula una teoría psicósomática organizada alrededor de la función del imaginario y de su represión. Distingue tres formas de patología relacionadas con el “fracaso de la represión, el éxito de la represión o la oscilación periódica entre uno y otro” [28, p. 136]. Sin embargo, para la comprensión del fenómeno somático, será necesario tener en cuenta el espacio relacional del sujeto, su estructura y dinámicas, sus conflictos. Cuando estos se presentan de forma irresoluble, o sea, como “impasse” (o “atolladero”, como también lo designa el autor) el sujeto se cierra en un funcionamiento que busca su eliminación. Este impasse será precisamente el punto nodal de la organización psicósomática, en la que cualquier somatización depende más de la situación que la crea que de la organización psíquica del individuo que la posibilita.

Distinto del conflicto neurótico que se presenta con opuestos igualmente investidos (“a o no a”), el impasse de la enfermedad “verdaderamente psicósomática” de la que nos habla Sami-Ali se aproxima más al conflicto psicótico, en el que se enfrenta una contradicción impensable (“ni a, ni no a”) [8]. Sin ser asimilable a la Neurosis o a la Psicosis, la enfermedad orgánica como valor sintomático surge en lugar de una formación neurótica o psicótica [28].

El proceso de imaginación, que el autor entiende como biológico y psicológico simultáneamente, será una secuencia ininterrumpida de fenómenos, en la que el paradigma es el sueño y sus equivalentes (ensoñación, fantasmas, delirio, alucinación o el juego). Será también sinónimo de proyección [26] puesto que representa el propio modo de pensar del sueño, que al contraponerlo a lo real² funda el mundo psíquico y permite la subjetividad.

La represión del sueño y la exclusión o no de la contradicción del conflicto se combinarán, pudiendo el síntoma remitir para el cuerpo imaginario o para el cuerpo real, que no son dos entidades corporales distintas, si no dos funciones dialécticas que oscilan conforme son inscritas o no en la proyección [28, 1].

El autor egipcio distingue tres niveles de somatización, grados entre lo imaginario y lo real, conforme ésta va de lo visible a lo invisible, de lo localizable a lo no localizable y de la superficie a las profundidades. Estos tres grados son lo “Figurado”, lo “Literal” y lo “Neuro” [28].

Si la represión de la función del imaginario falla, estaremos dentro de la patología freudiana y de su modelo de somatización. Entre vigilia y vida onírica no existe escisión, siguiendo la relación entre sujeto y mundo a ser mediada por fantasías inconscientes y proyección. En la psicosis existe la posibilidad de integrar la contradicción conflictiva, siendo anulada la angustia sentida por esa situación de “atolladero”. En esta estructura el conflicto no existe, no por su eliminación sino por la transformación del pensamiento. Se puede pasar a integrar el conflicto en forma de delirio englobando en una realidad única sujeto y objeto (hipomanía) o por una posición autista, negando la relación y consecuentemente el conflicto

[7]. En caso de que la dinámica psíquica del sujeto excluya la contradicción del impasse, el síntoma será del orden de la conversión histérica.

En estos dos cuadros, psicosis e histeria, el campo de elaboración es el cuerpo imaginario. En la psicosis, por la alteración de la economía psicósomática que substituye el cuerpo real por el cuerpo imaginario; en la histeria, por la simbolización del conflicto en el cuerpo imaginario, al margen del cuerpo real y de su fisiología, siendo la somatización del orden de lo figurado.

Para este autor no toda formación de síntomas puede ser explicada por los fallos de la represión y del retorno de lo reprimido. Pretende alejarse de las conceptualizaciones de la escuela de París, principalmente del concepto de “vida operatoria” de Marty, por basarse en el modelo de “Neurosis Actual” y en un funcionamiento en déficit, a la vez que de la histeria como paradigma para toda somatización, según la propuesta de autores como Groddeck o Mellita Sperling la cual extiende a lo pre-genital la conversión [28]. Es necesario percibir el síntoma no solo por este funcionamiento en “negativo”, en fallo, sino también como resultado de lo “positivo”.

Del éxito de la represión del imaginario resulta la “patología de adaptación”, donde el aspecto distintivo es la inaccesibilidad al sueño. En esta patología, la modificación radical de la economía psicósomática lleva a que toda proyección sea retenida, o sea, se reprime una función para impedir el acceso a lo consciente de un contenido. Alimentado por la imaginación, el conflicto desaparece y con él el sueño y sus equivalentes. La represión del imaginario deja al nivel del inconsciente un funcionamiento ligado a lo real, listo para tratar de los problemas externos y neutralizar las repercusiones internas [1]. El síntoma opera sobre el cuerpo real en forma de somatizaciones no conversivas con lesión orgánica, sin simbolismo o relación directamente imputable al conflicto, de la modalidad de lo “literal” o de lo “neutro”.

En la tercera forma de patología que propone, la represión del imaginario es oscilante entre momentos de éxito y momentos de fracaso. Sami-Ali advierte que, lejos de ser una simple mezcla de las dos formas anteriores, la “Patología Mixta” se presenta como entidad y realidad original, donde las somatizaciones son del orden de lo “Literal”, “Figurado” y “Neutro”[8].

Como resumen de su modelo y de las diferencias con respecto a otras propuestas para la psicósomática, Sami-Ali presenta por un lado la somatización conversiva como función de la correlación positiva entre proyección y somatización (psicopatología por exceso de imaginario); y por otro, la patología somática no conversiva como correlación negativa entre proyección y somatización (psicopatología por defecto de imaginario).

Subjetividad e imaginario

Como ya es referido anteriormente, la represión del imaginario pretende neutralizar el conflicto en el que se encuentra el sujeto. Sin embargo sus efectos trascienden lo actual y lo transitorio. Generalizándolo a todo el funcionamiento, a todas las relaciones, se impone como una represión de tipo caracterial.

Con Ferdinand de Saussure la lingüística nos enseñó que sólo conocemos la diferencia; lo igual, lo similar, no tiene existencia propia. Eliminar la subjetividad es abstraer a la matriz relacional, por medio de su negación, la posibilidad de discordia. Actuando sin fallos, la represión del imaginario integra un funcionamiento caracterial que se extiende a lo largo de

la vida y que hace que el sujeto desaparezca en su especificidad por la adaptación a lo social. Lo real substituye a lo fantasmático, asimilando las exigencias externas como propias, a un nivel en el que no hay nada más allá de lo uniforme, del conformismo. Delimitada la percepción, todo es reconocido e integrado “como debe ser”; la sensibilidad se adhiere a patrones rígidos que definen el “ser” y el “no ser” [28]. La subyugación no existe pues el otro, en cuanto ser diferente y fuente para la posible proyección, no aparece como tal, restando de él sólo un “cuerpo anónimo, un poder despersonalizado que dicta lo que debe ser y que dota al cuerpo de dos de sus coordenadas espacio-temporales” [28, Pág. 23]. Una cronobiología que no es impuesta, pero sí adoptada.

Esta “manera de ser” se corresponde con un estado depresivo en el que, a través de lo que el autor llama “súper-yo corporal”, lo exterior coexiste con el interior, lo subjetivo con lo objetivo. Esta instancia impersonal que define las reglas precisas de la existencia del sujeto, es una mirada omnipresente del otro que vuelve el sujeto exterior a sí mismo y donde el cuerpo es la realidad para un tiempo y un espacio. El “súper-yo corporal” como concepto se aproxima mucho al de un “súper-yo cultural” y a pesar de ser distinto del ideal-del-yo y del súper-yo (clásico) también se presenta como aspiración y exigencia [26].

En su libro *El sueño y el afecto*, Sami–Ali establece las relaciones entre la depresión y la enfermedad orgánica. Sin embargo, conceptualiza la depresión como una forma de impasse en el que el sujeto se encuentra sin salida posible y dependiente de la figura materna, que modela su “contexto pragmático interpersonal” [31, Pág. 7]. Entre angustia y depresión encuentra una raíz común, que se define en la relación entre el sujeto y el objeto, y en la que la primera es una proyección de la posibilidad de pérdida del objeto, en cuanto que la segunda es la vivencia de la pérdida de eso mismo como una realidad. Comienza así a aproximar la patología de adaptación y la represión del sueño a la depresión caracterial que, fundada en una proyección negativa, retiene, una vez constituida, la proyección positiva. Es caracterial porque se transforma en una forma de vida estable, duradera y egosintónica sin que sin embargo se inscriba en los polos de la patología o de la salud, concordando así en este punto con las ideas de Reich [Cit en 31] sobre el concepto de carácter.

La depresión se desarrolla al retirar las cualidades de los objetos, presentándose estos como pérdida, expandiéndose por todo el campo perceptivo del sujeto y restando la vivencia de lo real como pérdida. Sujeto y objeto se unen en el “Súper-Yo corporal”, existiendo el Ser a través de la negación de ese mismo Ser, de su individualidad. O sea, la depresión es la conciliación de un Sí en ausencia de Sí mismo, ocupando el impasse la falta de esta dualidad [29].

Remitiéndose a la ausencia, la depresión puede presentarse en dos modalidades distintas. En la primera el objeto es tomado como “ausente-presente”; su desaparición no modifica la forma en como es sentida la relación, ni su ausencia es pensada como definitiva. En la segunda el objeto está “presente-ausente”, o sea, su indisponibilidad hace que se encuentre en el eje del psiquismo del sujeto. Un ejemplo de esto son las situaciones de carencia maternal precoz, que pueden, en una situación límite, llevar a la muerte o a graves deficiencias en la vinculación, como demostraron Spitz y Bowlby en sus estudios sobre el desarrollo infantil y el apego. Desde un punto de vista clínico, esta forma de depresión se manifiesta frecuentemente en un “aburrimiento”³, en un completo desinterés por el mundo, en una espera del nada. El poeta Mario de Sá Carneiro encuentra en el aburrimiento un artefacto para engañar al tiempo, para hacerlo más lento. Podría tener aquí un valor similar, una “temporalidad circular” que volviendo siempre al pasado, permite al sujeto la reunión

con el objeto ausente. Esta clausura del pensamiento revela la falta de un diálogo verdadero entre los objetos internos del sujeto que, en una “lógica de la identidad”, hace los objetos incomparables, pues todos representan una singularidad que es la réplica del mismo objeto.

La subjetividad y el cuerpo trazan aquí una interesante relación, ya que al mantener un vínculo precoz con la madre deprimida que “da el ser y lo retira”, el “deprimido caracterial” [8] encuentra en la somatización un mediador y un espacio representacional para la ausencia, haciendo del tiempo imaginario un tiempo real adaptado a un deseo imposible.

Vemos aquí los reflejos de una desincronización que mucho tiempo antes, en la relación precoz, desencontró al sujeto de sí, y que por insatisfactoria desarregló toda una evolución permitiendo nada más que una “subjetividad sin sujeto”.

El infortunio de una relación precoz insatisfactoria caracterizada por el fallo de la función maternal imposibilita la constitución de un ritmo subjetivo fundador del sueño y del imaginario. Lo interpersonal comienza y se mantiene así por automatismos que, paralelos a una relación, se adhieren a cuadros de referencias exteriores y sin la elaboración del otro crean un espacio y un tiempo al margen del cuerpo, mas a través del cuerpo.

Una vez más la física es particularmente esclarecedora en sus ejemplos. Cuando lanzamos un reloj al espacio, al regresar estará fuera de hora, retrasado. La relación que mantiene con el campo gravitacional de la tierra le permite la sincronización y adecuación con esa misma tierra, pues al estar alejado de ella, se rige por otras coordenadas. Desde mi punto de vista, podemos pensar de la misma forma en la relación precoz, donde la ausencia materna, a pesar de que esté físicamente presente (lo que se designa como “madre funcional”), puede llevar a la descoordinación de los tiempos del niño, de su pensar y de su sentir, del metabolismo esencial que es el sentido de las excitaciones, la relación entre representación y afecto⁴. Ahora bien, no podemos dejarnos llevar demasiado por este ejemplo, pues un ser humano...no es un reloj y no es suficiente con estar bajo la influencia del “campo gravitacional materno” como en la relación del objeto simbiótica. Un bebé también tiene un radio de influencia que tiene que ser respetado y tenido en cuenta tal como un planeta y su luna, que nunca chocan porque ambos existen uno para el otro.

Terapéutica:

¿De que forma este modelo presentado por Sami-Ali repercute en la práctica clínica?

Su libro *El impasse relacional* es particularmente explícito en lo que se refiere a esta cuestión. A partir de una serie de entrevistas para una investigación sobre el cáncer de mama va reflexionando sobre algunos de los aspectos que considera más importantes en el proceso terapéutico de este tipo de pacientes.

Aunque el impasse relacional sea el punto central de todo el trabajo terapéutico y su eliminación el objetivo principal, la primera tarea pasa por abordar y deshacer la represión caracterial con la intención de liberar el sueño y el afecto, posibilitando así que los acontecimientos puedan ser integrados en un tiempo a la vez que ganan una historicidad[27]. No estando ausente, mas si alejada de la consciencia, la vida onírica esta en potencia en cada relación, siendo en ese espacio en el que debe aparecer primero, para después reencontrarse en el sujeto.

Se proporciona aquí la alternativa: el terapeuta como “nuevo objeto” [2] puede significar la esperanza a la relación generadora del impasse que, constantemente reproducida, es el sujeto. La solución no pasa tanto por superar el impasse, imposible por definición, si no más

bien por una toma de conciencia progresiva de la situación de “atolladero” en la que se encuentra, siendo esto posible sólo por la reposición de la comunicación entre vida vigil y sueño [25]. Dicho de otra forma, el sueño permite una elaboración del impasse que no consiste en el exorcismo de los objetos negativos (y del espacio intersubjetivo en el que habitan), sino como dice Loewald [en 20] en su transformación.

El impasse definido por una temporalidad, como explicaremos más tarde, obliga a que “cualquier trabajo terapéutico desarrollado a partir de la teoría relacional debe tener esto muy en cuenta” [27, Pág. 22] creando la posibilidad de que terapeuta y paciente “se encuentren” además de en la misma sala, con las mismas coordenadas temporales, y en el mismo ritmo.

Una vez repuesto el sueño para la vida vigil, será necesario que los vínculos entre esa producción y los acontecimientos de vida sean propuestos continuamente, restableciéndose así la integración entre pasado y presente[27]. Sólo de esta forma la experiencia puede tener significado al estar integrada en una historia individual.

En esta fase será pertinente hacer una reflexión sobre el papel del terapeuta. Al pensar en lo psíquico como relacional y somático, el trabajo psicológico debe pasar por lo vivido, por una abertura al otro que más que fomentar la reflexión subjetiva, permita un sentir en el encuentro. Las consideraciones rígidas a priori como, por ejemplo, la creencia literal en la ausencia del sueño, sólo llevarán a la confirmación de la represión, haciendo más intensa la cerrazón. Igualmente es necesaria una disponibilidad del terapeuta para acceder a la vida afectiva y onírica, tanto a la suya como a la del otro, para poder abrir las puertas a un proceso que, en transferencia y contra-transferencia, permita tratar la representación y el afecto como dos caras de un mismo fenómeno.

El discurso objetivo y ligado a lo real que estos sujetos presentan puede llevar al equívoco de la inexistencia de transferencia. Lo “literal” y toda la complejidad interior a la que permite acceder, se presenta por la “represión caracterial” sobre la forma de papel social aceptado y conforme, entreponiendo entre el sujeto y el terapeuta una relación despersonalizada que reproduce su mundo interpersonal desprovisto de imaginario [8, 27, 28].

El sentido del síntoma es otro de los aspectos a tener en cuenta a la hora de auxiliar a un paciente con enfermedad psicósomática. Un punto de controversia entre las diferentes teorías es habitualmente el aspecto central en el diagnóstico diferencial entre síntoma histérico y somático, de manera que el primero sería portador de significado en cuanto que el segundo no [17]. Para François Moreau el síntoma somático manifiesta un conflicto pero no lo simboliza, puesto que hay una pérdida del vínculo entre la situación traumática y la somatización [21]⁵. Al mismo tiempo, la somatización implicaría una lesión física y la disfunción de sistemas neuronales centrales tradicionalmente englobados en el cerebro reptiliano, al contrario que los síntomas conversivos histéricos, que son atribuidos a disfunciones de núcleos cerebrales superiores, asociadas al homúnculo (de Penfield) y que no presentan lesión orgánica identificable.

Dentro de esta línea de pensamiento, Sami-Ali también contesta el “sentido primario” de la enfermedad orgánica [7]. Continuando su crítica “sistemática” a la generalización del modelo de la histeria, afirma que sólo en el plano del cuerpo imaginario encontramos, en la génesis del síntoma, la presencia de un significado.

El retorno de lo reprimido ejerce su influencia, no impide la permutación entre el cuerpo real y el cuerpo imaginario, y el síntoma surge como un compromiso posible tal como

propuso Freud. La proyección viabiliza la entrada en juego del imaginario que, apoyándose en la palabra, llega hasta el cuerpo real (somatización de la orden de lo “figurado”).

En la patología de adaptación la problemática de la somatización ya es de otro nivel. Tiene un sentido “literal” y un calificativo “neutro”. La represión caracterial impide la proyección y no deja a la vida onírica acceder a la consciencia [28]. Surge en un espacio de actuación que es el cuerpo real; los síntomas no simbolizan nada más de lo que son; la elaboración fantasmática y los mecanismos de desplazamiento y condensación no intervienen en la genética de este tipo de somatizaciones.

El sentido llega *a posteriori*. Cuando la somatización ya es reconocida no hay un descubrimiento del sentido, sino una creación del mismo⁶. Sin embargo atribuir uno puede ser fundamental al funcionar éste como puente entre lo “literal” y lo “figurado”, entre lo real y el sueño, abriendo así las puertas al proceso de cura. De igual forma F. Moreau considera que a pesar de que la interpretación del síntoma somático sea impensable e ineficaz, el sentido que el sujeto da a su enfermedad puede ser importante al demostrar un interés en su funcionamiento que antes no existía. El terapeuta tiene la posibilidad de acompañarlo en esta nueva libertad interior que se aleja de la relación omnipotente que experimenta desde la infancia con su adulto cuidador [21].

Discusión.

Dentro del cuerpo conceptual que Sami-Ali presenta encontramos la terminología “carácter” asociada principalmente a la represión de la función onírica. Como bien apunta Sutil, es un término poco desarrollado en la literatura psicoanalítica, a pesar de ir teniendo una relevancia cada vez más considerable, por la peculiaridad de no presentar síntomas por la relación con las estructuras Borderline y por las exigencias de la clínica actual [31]. Merece la pena asomarnos un poco más sobre él.

Si la patología Freudiana gira alrededor de dos ejes, que son la represión y la ausencia de la represión, faltaría reflexionar sobre otro posible eje que es la represión sin fallos. Sin que presente síntomas, esta última opción no es por lo general tenida en cuenta, considerando Sami-Ali [28, 29] que precisamente por esa ausencia y por no encuadrarse ésta ni en las psiconeurosis ni en las neurosis actuales, estamos ante un cuadro distinto, más próximo a las formaciones caracteriales. Es una organización estable que, determinada por el éxito de la represión, la determina, es decir, que imponiéndose gradualmente hará que se instituya una rigidez defensiva, reforzando la represión siempre que éste deje escapar de su control cualquier manifestación onírica. Los efectos que va a ir produciendo oscilarán con la irrupción de sueños (normalmente sobre la forma de pesadillas, principalmente en la pubertad) que señalarán una vida nocturna siempre presente, mas que evolucionará hacia un funcionamiento duradero que elimina todo recuerdo del sueño en la vida vigil. Lo que tenemos es una contra-inversión inconsciente del imaginario y una sobre inversión en lo real que toma el lugar que ha quedado vacío. Así la formación caracterial es un compromiso posible entre la necesidad básica de dormir y el miedo de soñar, substituyendo de esta forma al insomnio [29].

Sin llegar a integrar la patología de adaptación en una estructura Borderline, afirma que no es reducible a la neurosis ni a la psicosis, encontrándose en el límite y manteniendo no en tanto una estrecha conexión con la psicosis, de la cual surge la somatización como su negativo, lo que le coloca próximo a la conceptualización que Winnicott hace del caso fronterizo.

El autor egipcio mantiene bastantes divergencias con la escuela psicossomática de París y con las teorías de Pierre Marty, principalmente por su excesiva ubicación en la patología freudiana [28]. El funcionamiento en déficit y el papel secundario atribuido al conflicto Interpsicológico que se encuentran subyacentes en toda la obra de Marty y sus colaboradores, son las claves para comprender las diferencias entre los dos ya que en el restante cuerpo teórico se pueden encontrar paralelismos entre las dos obras. Sami-Ali concuerda con la existencia de un empobrecimiento representacional en los pacientes somáticos, pero defiende que éste no se debe a una mentalización pobre por “desorganizaciones progresivas” o regresiones sino a la represión del sueño y sus equivalentes. Desde este punto de vista podemos comprender que no sólo hay un empobrecimiento representacional sino también afectivo y que, lejos de ser la falta de algo, presenta el éxito extremo de una defensa. Entre “depresión caracterial” y “depresión esencial” la distancia es la misma, debido a que la carencia fantasmática no es *real* y menos aún existe una desaparición *real* de funciones psíquicas como afirma el autor francés. Según Roberto Fernández [8] el “deprimido caracterial” se mantiene con puntos de fijación de la relación edípica, pudiendo encontrar similitudes en las ideas de André Green sobre la organización borderline y el complejo de la madre muerta [8, 9].

Continuando, Sami-Ali no está de acuerdo con el concepto de “bloqueo del sueño” como la ausencia efectiva de éste, viéndolo como un olvido onírico, visto el sueño como algo característico de la especie y su desaparición imposible. No obstante notamos que esta “importante crítica” carece de precisión, pues si buscamos en los textos de Marty lo que encontramos es “una falta teórica de sueños”, ya sea por el individuo haber “reprimido la existencia o el contenido” de sus sueños, o bien porque “no recuerda” por falta de esfuerzo, interés o por alguna prohibición [5]. También la crítica a las influencia evolucionistas de esta escuela, así como la contradicción existente en las fases de desarrollo psicosexual donde Freud abre la hipótesis de que la neurosis actual sea el núcleo y la precursora del síntoma psiconeurótico [12] colocando así lo genital antes de lo pregenital, podría perder su pertinencia si se integrase el concepto Kleiniano de “posiciones” [7, 31].

Entre las características asociadas a los enfermos psicossomáticos, la extrema adaptación a lo real, está casi siempre presente, ya sea a través de conceptos específicos: “patología de la adaptación” (Sami-Ali), “sobreadaptación” (David Liberman), “vida operatoria” (Pierre Marty y col); o simplemente integrada dentro de una teoría para la somatización (M. Klein; Bion; P. Aulagnier; C. Matos; D. Maldavsky; F. Alexander; A. Dias, etc). Sería interesante citar aquí un estudio llevado a cabo con enfermos con colitis ulcerosa en el que, una vez pasado el test de Rorschach, un 68,3% presentaban resultados de contenidos banales por encima de la media y un 97,6% de valores de actividad imaginativa por debajo de la media. Este estudio, a pesar de ser una muestra relativamente pequeña (41 sujetos), va en la misma dirección que algunos de los principios antes presentados relativos a la pobreza imaginativa y al alto grado de conformismo de los sujetos psicossomáticos, así como la relación de proporcionalidad inversa entre estos dos factores [22].

Por la originalidad de las aportaciones de Pichon Reviere y por algunas interesantes convergencias con la teoría aquí descrita, nos detendremos brevemente sobre algunos puntos. Partiendo estos dos autores de una perspectiva monista del ser humano, con influencias espinozianas, el autor suizo-argentino siempre se declaró más próximo a la escuela de Chicago, más concretamente de Alexander y de su trabajo sobre la “descarga de tensiones emocionales”, así como del modelo de “conversión somática” de Freud. De esta forma cuando el afecto es reprimido, encontraría vías menos habituales de descarga a través del sistema sensorial motor, del sistema neurovegetativo o a través del síntoma

somático [8].

Si analizamos el concepto de “súper-yo corporal” de Sami-Ali con los de “esquema corporal” y “áreas fenomenológicas de expresión” de P. Rivière, podemos encontrar en ellos dos pilares fundamentales: el primero es lo social como espacio intersubjetivo y estructura protomental; el segundo, el tiempo, o temporalidad como le gusta llamarlo al autor egipcio. Sami-Ali distingue cuatro formas de temporalidad en dialéctica con el impasse (y que en determinados casos pueden caracterizarlo): una temporalidad circular, en la que el punto de partida y de llegada son el mismo punto, un círculo vicioso; una temporalidad lineal, que relega para un segundo plano la subjetividad y llegando a un agotamiento predispone la somatización (esta forma la encuentra más característica de culturas como la egipcia); una temporalidad repetitiva, en la que se vuelve siempre a la misma situación, negándose el cambio (similar a la mudanza de tipo 1 o de primer orden de las teorías sistémicas); y finalmente una temporalidad discordante entre subjetivo y objetivo, que se anulan sin alcanzar nunca la armonía, mientras que el esfuerzo adaptativo es continuo.

De esta forma ambos autores apuntan para una imagen tetradimensional que cada persona construye sobre si mismo [8].

P. Reviere hace alusión a que la neurosis, la psicosis y la enfermedades somáticas reflejan el compromiso en diferentes áreas de expresión, ya sea el área 1 (mente), el área 2 (cuerpo) o el área 3 (mundo), que a pesar de ser interdependientes y estar unificadas en el sujeto se pueden trazar puentes entre ellas [8]. Tal como Freud en el análisis del caso Schreber traza una línea continua entre hipocondría y paranoia, Sami-Ali y P. Reviere lo hacen para enfermedad somática y psicosis, pudiendo la primera sustituir o eludir la segunda. El fondo común de las dos patologías puede originar oscilaciones entre un cuadro y el otro, existiendo la posibilidad de que ocurra, como refiere el autor egipcio, que después de la cura orgánica surja el episodio psicótico.

Una última reflexión sobre las propuestas de estos dos autores pasa por el concepto de adaptación, el cual me parece ser abordado desde perspectivas diferentes. Para P.Reviere salud y enfermedad se juegan en la interrelación permanente entre mundo interno y medio exterior, en el que en la enfermedad existiría un fallo en la adaptación del sujeto por la rigidificación de mecanismos defensivos que impiden un papel activo en ese proceso adaptativo [2]. Sami-Ali presenta la adaptación en una vertiente excesiva, como potenciadora de la patología.

A primera vista pueden parecer perspectivas contradictorias; sin embargo, en una lectura más cuidada, nos damos cuenta de que tal vez estén hablando de la misma dificultad: el papel del individuo dentro de su contexto. Efectivamente en la “patología de adaptación” el sujeto interioriza las pautas de conducta social sin integrarlas de forma dinámica en su estructura e, imposibilitado por una defensa estereotipada, hace que el proceso creador sea postergado a favor de lo banal. La estructura vincular está abalada por el papel no activo que el sujeto tiene en su medio y en si mismo y, siguiendo las ideas de Vygotsky, la individualización no es posible, restando apenas la socialización (pasiva, por antecedente), o dicho de otra forma, es una individualización donde no se vislumbra el individuo. Percibimos así que el adjetivo “activo” no implica tanto una acción, sino más bien el contexto de vida histórico del sujeto.

Es notoria en todo el trabajo de Sami-Ali la búsqueda por crear un espacio para una teoría del cuerpo dentro de una perspectiva que él propio llama “antropología psicoanalítica”. Colocando énfasis en los conflictos que los sujetos mantienen en su vida y en su

resolución, su obra permite interesantes desarrollos de las teorías de relación del objeto para el campo psicossomático. De la misma forma este autor aporta una perspectiva cultural (principalmente de las diferencias apuntadas entre la sociedad occidental y árabe) del funcionamiento psíquico. Abre puertas a una conceptualización del individuo y de su enfermedad como multideterminados y con necesidades que sobrepasan la aplicación de una teoría psicológica universal. No obstante algunos de los conceptos que presenta, como “patología mixta”, “súper-yo corporal”, “literal”, “figurado” y “neutro” tienen repetitivas explicaciones y carecen de profundizaciones que permitan integrarlos mejor en un sistema dinámico y económico.

Los efectos de una “represión del imaginario caracterial” también levanta dudas a estos niveles, mas principalmente a nivel tóxico, por vaciar el sistema preconsciente de representaciones, afectos y prácticamente de actividad, sin permitir de esa forma la comprensión de somatizaciones de sujetos que presentan una buena elaboración mental en muchas otras áreas de funcionamiento.

Resumo:

O presente trabalho visa percorrer e comentar alguns dos principais conceitos desenvolvidos por Sami-Ali na psicossomática. Procura ainda compreender as influencias e os contributos deste autor com a psicanálise relacional e a partir daqui situar a sua teoria dentro do que é o campo da psicossomática de inspiração psicanalítica.

Palavras-chave: psicossomática relacional; recalcamiento do sonho; imaginário; impasse; patologia de adaptação; somatização.

REFERENCIAS

- [1]-Alarco e Silva, M, M. *A Criança Asmática*. Tese de Doutoramento da F.P.C.E. Universidade de Coimbra.
- [2]-Ávila-Espada, A., Bastos, A. et al. (2002). *Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional*. *Intersubjetivo*, 4 (2), 155-192.
- [3]-Bastos, A. et al. (2004). *Escenas que conmueven: los pivotes del cambio*. *Intersubjetivo*, 6 (1), 129-143.
- [4]-Boschan, P, J. (1996) *Encrucijadas teórico-clínicas en psicossomática*. Ponencia en las II Jornadas Internacionales de Psicossomática. Buenos Aires.
- [5]-Calatroni, Marta, T (compiladora). *Pierre Marty y la psicossomática*. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.
- [6]-Carballo, J.R. *Teoría Práctica y Psicossomática*. Bilbao: editorial Desclee de Brouwer, S.A. 1984.
- [7]-Cardoso, N. (1995) *Doença Oncológica e Alexitimia*. Tese de Mestrado da F.P.C.E. Universidade de Coimbra.
- [8]-Fernandez, Roberto. *El Psicoanálisis y lo Psicossomático*. Madrid: Editorial Sintesis.
- [9]-Fine, A; Schaeffer, J. (1998). *Interrogaciones Psicossomáticas*. Buenos Aires: Amorrortu (2000).
- [10]-Frankel, J.B. (1998). *Are Interpersonal and Relational Psychoanalysis the same?* *Contemporary Psychoanalysis*, Vol. 34, p. 485-500. Reseña de Dora Deprati: *Diferencias entre dos corrientes psicoanalíticas: la interpersonal y la relacional*. *Aperturas psicoanalíticas. Hacia modelos integradores*. 2000, nº 5.
- [11]-Freud, S. (1897). *Estudio comparativo sobre las parálisis motrices orgánicas e histéricas*. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- [12]- Freud, S. (1916-17) *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- [13]-García, J.T. *Apuntes para una Psicología basada en la Relación*. Barcelona: Hora. S.A, 1982
- [14]-Hornstein, Luis. *Intersubjetividad y Clínica*. Buenos Aires: Paidós, 2003
- [15]-Kreisler, L. Fain, M. Soulé, M. (1974) *El Niño y su Cuerpo*. Buenos Aires: Amorrortu (1999).
- [16]-Laplanche, J. Pontalis, J. B. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1996.
- [17]-Manuel de Miguel. (2005) *El Sentido del Síntoma*. Ponencia en las III Jornadas Internacionales de avances en patología Psicossomática. Madrid
- [18]-Marty, P. (1990). *La Psicossomática del Adulto*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
- [19]-Milheiro, J. (2001) *Sexualidade e Psicossomática*. Coimbra: Almedina.
- [20]-Mitchell, S. (2000). *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. Stephen Relational Perspective Book Series. Volume 20. The Analytic Press, Inc., Hillsdale, New Jersey. Reseña en castellano de N. Levinton: Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis, Abril 2001, nº 9.
- [21]-Moreau, F. (2003). *Del cuerpo biológico al cuerpo pensante: (Mentalización, desmentalización, rementalización)*. *Interactivo*, 5 (2), 209-220.
- [22]-Porcelli, P; Zaka, S; Tarantino, S; Sisto, G. *Pathology of adaptation according to Sami-Ali and index of conformity to the Rorschach test in ulcerative rectocolitis*. Bari: Minerva Psichiatra.
- [23]-Riera, R. (2001). *Transformaciones en mi práctica psicoanalítica: Un trayecto personal con el soporte de la teoría intersubjetiva y de la psicología del self*. Aperturas Psicoanalíticas, nº 8,
- [24]-Rosenfeld, Herbert. (1987) *Impasse e interpretación*. Madrid: Tecnipublicaciones, S.A. 1990
- [25]-Rotbard, Susana. (2000) *Todo es Relacional*. Entrevista publicada en la revista "Construire 47", del 21 de Noviembre de 2000 en Surich, Suiza.
- [26]-Sami-Ali. (1992) *Cuerpo Real, Cuerpo imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu.
- [27]-Sami-Ali. (2000) *El Impasse Relacional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- [28]-Sami-Ali. (2002) *Pensar o Somático*. Lisboa: ISPA.
- [29]-Sami-Ali. (1997) *El Sueño y el Afecto*. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- [30]-Smadja, C. (2005) *La Vida Operatória*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- [31]-Sutil, C. R. (2005) *El concepto de "carácter" en psicoanálisis. Sobre una patología patología sin síntomas*. *Intersubjetivo*, 7 (1), 5-27.

NOTAS

¹ Isaac B. Seabra es Doctorando del Programa de Doctorado en *Fundamentos y Desarrollos Psicoanalíticos* de la Universidad Complutense de Madrid; Becario de la Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Dirección de contacto: <isaacseabra@hotmail.com>

² Sami-Ali presenta una definición de real en dialéctica con el sujeto. Así lo real no sería más que una imagen de lo real en un determinado contexto histórico social y cultural, sus estereotipos y sensibilidades que moldean la forma de pensar y promueven la pertenencia anónima a lo social, igualando norma y normalidad [1,8,26,29].

³ Para el desarrollo de este concepto: Fromm, E. (1971) *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica; Fromm, E. (1971) *El Miedo a la Libertad*. Buenos Aires: Paidós; Fromm, E. (1973) *Ética y Psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica; Sandoval, J. L. L. (2004) *Depresión y aburrimiento*. *Intersubjetivo*, 6 (2), 229-239.

⁴ Una perspectiva sobre este asunto, procedente de la Neurobiología podría ser productiva también; ejemplo de esto: Damásio, A. *O sentimento de Si*. Sobre el cuerpo, la emoción y la consciencia.

⁵ Dos aportaciones me parecen prometedoras en este campo, la primera procedente de la neurobiología y la segunda de la psicossomática: "Marcador somático" de António Damásio en *O erro de Descartes* Cap 8; "Memoria Humoral" de Manuel de Miguel, ver bibliografía nº 17.

⁶ Lo que Manuel de Miguel llama “Histerificación secundaria del síntoma somático” o “Resignificación secundaria del síntoma somático” que no es más que “...la posibilidad de dotar de sentido a un síntoma que había nacido sin él.” [17, pág 4]).