

Reseña del libro **“La Psicósomática del adulto”** de Pierre Marty Amorrortu Editores, 2003 BA (160p)

Autora de la reseña: María de las Nieves Gatti (\*)

Pierre Marty dirige este libro a todos los que se interesan por las relaciones del cuerpo y del espíritu, sea que pertenezcan al área de la salud física y mental como a los filósofos y académicos. En una breve introducción, el autor resume el contenido de los 4 capítulos que constituyen su obra, los cuales reseñaremos a continuación.

### Capítulo 1: Concepciones generales

Hanna Kamieniecki es autora del primer apartado: Notas históricas. Afirma que la psicósomática constituye una disciplina específica sustentada en la unidad fundamental del ser humano. Son los aportes de S. Freud y la psicósomática, superadores de las concepciones etio-patogénicas de la enfermedad en el siglo XVIII, lo que permitirá establecer los principios económicos, psicodinámicos y genéticos que gobiernan y organizan la unidad psicósomática de un individuo. Destaca los aportes de Franz Alexander, quien considera al fenómeno psíquico como un aspecto subjetivo de ciertos procesos fisiológicos. Desde 1947 se publican en París diversos artículos en torno a la “cosa psicósomática” y con la dirección de P. Marty se crea la Escuela de Psicósomática, cuyos aportes teóricos y de investigación siguen vigentes.

En el segundo apartado Pierre Marty define el campo de referencia de la psicósomática y resalta los aportes recíprocos entre el campo del adulto y el del infante. Si bien la psicósomática tiene como principal referente al psicoanálisis del cual contiene teóricamente el principio económico no se reduce a éste. Es principalmente en la práctica clínica donde difieren globalmente: el tipo de pacientes, los fines de la terapia, las técnicas que emplea y el tipo de transferencia que predomina. Así la psicósomática se convierte en fértil contribución al campo psicoanalítico. Concluye este primer capítulo resaltando la importante tarea común entre el médico y el psicósomatólogo, ya que la disciplina de este último no es una especialidad médica sino que su punto de vista aborda todos los sectores de la medicina.

## Capítulo 2: Clínica y Teoría

Este capítulo contiene 2 apartados. En el primero se presentan en orden cronológico los distintos conceptos adquiridos a partir del estudio de casos, que sintetizaremos seguidamente:

- 1954: se estudian pacientes aquejados de tuberculosis pulmonar. Con ello se inauguran 2 líneas de investigación, una que se ocupará de la noción de estructura y otra de los mecanismos defensivos diferentes de los mecanismos intrapsíquicos
- Se estudian sistemáticamente pacientes cefalálgicos. Se concibe al síntoma como una traducción de una “dificultad de pensar”, como un miedo a la realización verbal del pensamiento, como un bloqueo a la conciencia en un sentido amplio del término. El pensamiento erotizado a causa de circunstancias particulares del desarrollo habría sido tomado objeto de un desplazamiento global de la sexualidad.

Hoy en día se sabe que las cefalalgias pueden indicar el comienzo de una desorganización progresiva como también pueden formar parte de las enfermedades funcionales regresivas, a crisis, no evolutivas, reversibles. Pueden constituir, frecuentemente, mecanismos secundarios de defensa frente a la irrupción en la conciencia de un conjunto conflictivo edípico del cual en primer lugar han sido reprimidos ciertos elementos representados. Se ha registrado además una fijación en la etapa anal II.

- El estudio de las raquialgias llevó a considerarlas como el resultado de la imposibilidad de descarga por vías directamente musculares y de elaboración mental, de una angustia nacida de la confrontación de los sujetos con sus conflictos internos y relacionales.

Actualmente las raquialgias constituyen un síntoma dentro de las hipertonías musculares. En la mayoría de los casos son el resultado de desbordamientos pasajeros del aparato mental.

- Desde la mitad del siglo XX se realizan estudios de numerosos pacientes que padecían afecciones consideradas alérgicas. Inicialmente la relación objetal

alérgica se definía por “una tentativa permanente del sujeto de aproximarse al objeto en movimientos sucesivos de un apoderamiento identificatorio y proyectivo de aquel, seguido de una disposición de esa identificación primera. El fracaso de la tentativa desencadenaba una regresión estabilizadora que correspondía a una fijación arcaica de tipo humoral y que daba lugar a las crisis somáticas de alergia. Así el síntoma alérgico fue concebido, en primer lugar como una identificación o una fusión con el objeto.

Hoy conservan vigencia las ideas de una fijación masiva a un estadio preobjetal de indistinción primaria con la madre, o en algunos casos, de un retorno regresivo parcial a ese estadio que, ciertamente, es un estadio evolutivo normal.

A continuación sintetizamos los 3 conceptos nosográficos destacados por el autor, según la definición de los psicosomatólogos franceses:

- ✓ **Pensamiento operatorio:** indica la carencia funcional de las actividades fantasmáticas y oníricas que permiten integrar las tensiones pulsionales y de este modo protegen la salud individual. Estas ideas originales presentadas en el congreso de Barcelona en 1962 se retoman posteriormente con nuevas precisiones:
  - a) la noción de vida operatoria reemplaza a la de pensamiento operatorio
  - b) está ligada a la de depresión esencial ( una disposición frágil e inestable)
  - c) Se evidencia una reducción del individuo a cierta uniformidad social
  - d) Con esta desorganización mental cesan las conductas perversas y sublimatorias
  - e) Predomina el funcionamiento automático
  - f) Prevalece lo fáctico y lo actual, hay actividades mecánicas y lagunas del pre-consciente
  - g) La psicoterapia es el tratamiento recomendado

Según el autor, hoy en día el síndrome tipo de estado operatorio es relativamente poco frecuente. Los síntomas propios de la depresión esencial, que toman parte en otros cuadros clínicos y no sólo de los operatorios, son más difundidos

- ✓ **Depresión esencial (DE):** en 1966 se enuncia como la esencia misma de la depresión, la disminución a nivel del tono libidinal sin contrapartida económica positiva alguna, en ocasiones llamada depresión sin objeto. En 1980 se presenta una explicación más exhaustiva: La DE se establece cuando sucesos traumáticos desorganizan algunas funciones psíquicas desbordando sus capacidades de elaboración. Aparecen angustias difusas y el Yo sobrecargado pone de manifiesto así su desorganización. La angustia no representa la señal de alarma, ella es la alarma. El Yo cumple a duras penas su función de ligazón, de distribución y de defensa. La desaparición de los sentimientos inconscientes de culpabilidad constituye uno de los signos de la DE. La ausencia de comunicación con el inconsciente constituye una verdadera ruptura con la propia historia del sujeto. Lo fáctico y lo actual están a la orden del día.
  
- ✓ **La desorganización progresiva (DP):** es definida como la desorganización libidinal de un individuo en un momento dado. En la mayoría de los casos la desorganización culmina en un proceso de somatización.

En el segundo apartado de este capítulo P. Marty desarrolla los conocimientos actuales sobre las manifestaciones somáticas. En principio explica 2 hipótesis ya formuladas en 1980, en *L'ordre psychosomatique*:

1. El inconsciente mismo sería enteramente fragmentario al comienzo de la evolución individual, carente de organización inicial, sin programa general. A partir de este mosaico primero, el inconsciente reuniría con el desarrollo sus dispersos núcleos primeros, para constituir progresivamente, a imagen del reagrupamiento evolutivo de las funciones somáticas y psíquicas, un todo de una cohesión específica.
2. Existirían en el núcleo del inconsciente 2 principios funcionales:
  - a) de automatización y de jerarquización: principio de repetición y mantenimiento de los funcionamientos psicósomáticos de todo orden
  - b) de programación: principio de reorganización, que abriría la vida evolutiva a las diferentes asociaciones funcionales

A partir de esta segunda hipótesis se desprenden las nociones de dos clases de ritmos: el ritmo fundamental individual (sucesión de los tiempos de automatización y de programación por los cuales las funciones pasaron satisfactoriamente desde el origen del embrión humano) y el ritmo adquirido ( correcciones endógenas y exógenas del ritmo individual)

A partir del mosaico primero las funciones evolucionan complejizándose. La función materna resulta clave para la asociación y jerarquización funcional del lactante. P. Marty cita fragmentos de otras publicaciones propias para explicar el movimiento esencial de organización evolutiva y dice “cuando, por el influjo de traumatismos pasados o actuales, los elementos diversos de un nivel evolutivo dado no se encuentran presentes en el momento requerido, esto hace fracasar la nueva organización funcional. Sobreviene en consecuencia un movimiento contra-evolutivo de desorganización”. Se establece una regresión en el nivel de las bases funcionales de partida de la eventual organización más evolucionada que no ha podido llevarse a cabo. Esta regresión reorganizadora sirve como un nuevo punto de partida para una reedición del movimiento primero tendiente hacia la eventual organización más evolucionada. La presencia necesaria de una regresión para que se constituya una fijación es un concepto central en la teoría de este autor.

A continuación describe esquemáticamente los conceptos de preconiente, representación de cosas y de palabras, para luego diferenciar 3 grupos clínicos:

1. **a. las neurosis de comportamiento:** se incluyen aquí los sujetos capaces de tener una vida eficaz y satisfactoria, a veces enriquecida por expresiones sublimatorias que solo traducen dentro de lo actual y dentro de la acción los movimientos inconscientes. Las representaciones parecen ausentes o bien limitadas y superficiales. Las huellas mnémicas tienen el aspecto de meros testimonios de sucesos registrados.
  - b. las neurosis mal mentalizadas:** aquí se ubican los sujetos que dentro de la misma perspectiva anterior presentan un menor grado de pobreza general de las representaciones
2. **a. los neuróticos mentales:** pertenecen a este grupo los sujetos con profundidad y amplitud psíquica de las representaciones. Corresponden a las

descripciones clásicas de las neurosis freudianas. Poseen sistemas organizados y persistentes de defensas mentales y las representaciones se ubican en el orden asociativo

**b. las neurosis bien mentalizadas:** aquí los sujetos presentan características comunes con el grupo anterior pero las representaciones, primero víctimas de un sentimiento de propiedad de parte del sujeto, se hallan después en relación con la organización anal del sujeto (retención y dominio), organización que falta en los neuróticos mal mentalizados.

Entre el conjunto 1.a y 1.b. y el 2.a y 2.b aparece una tercera categoría.

**3. neurosis de mentalización incierta:** estos sujetos presentan grandes variaciones del funcionamiento preconscious. La incertidumbre proviene tanto de la variabilidad de su condición psíquica como del sentimiento indeciso del observador.

Pierre Marty retoma la importancia del preconscious en la economía psicósomática dado que cuanto más rico sea el preconscious de un sujeto en representaciones asociadas entre sí de manera permanente, más la patología eventual tiene probabilidades de situarse en el plano mental. Cuanto menos rico en representaciones sea el preconscious de un individuo y cuanto menos rico sea en las relaciones y permanencia de las representaciones existentes, más correrá el riesgo la patología eventual de situarse en el plano somático.

Define al Yo-ideal como aquel aspecto conservado o recuperado del narcisismo primario. Se percibe desde afuera como un sentimiento de omnipotencia del sujeto frente a sí mismo y/o frente al mundo exterior. Se presenta clínicamente como un poderoso rasgo de carácter y de comportamiento. El es testimonio de un estado sin matices de exigencia del sujeto con respecto a él mismo, sin posibilidades de adaptación a las circunstancias exteriores, que no sean las de una realidad "operatoria" y sin posibilidades de adaptación tampoco a los seres exteriores que, al no ser objeto de identificaciones, no son vividos como objeto de proyecciones con implicaciones afectivas, sino como los "peones" de los juegos de realidad que se plantean.

Las enfermedades somáticas resultan por regla general, de las inadecuaciones del individuo a las condiciones de vida que le tocan vivir. Esto es así, ya desde los primeros tiempos del desarrollo. Las condiciones de vida nunca se presentan en forma adecuada, el individuo debe adaptarse lo mejor posible a ellas con los medios de los cuales dispone, y dentro de los límites que él tolere según su edad y según los momentos. El rebasamiento de las posibilidades de adaptación corresponde, en psicósomática, a la noción de traumatismo. El efecto desorganizante final sobre los aparatos mental y somático define al traumatismo. Así, la circulación de las excitaciones instintuales y pulsionales, de esencia agresiva y erótica, constituye el problema central de las somatizaciones. Las excitaciones pueden elaborarse dentro del aparato psíquico y expresarse en rasgos de carácter y de comportamiento. Además las elaboraciones y expresiones deben aplicarse precisamente a las excitaciones en cuestión. La cantidad de actividades mentales y de conductas no resuelve nada mientras los valores afectivos, eróticos y agresivos no correspondan a las necesidades actuales (pero fundadas en el pasado) del sujeto.

P. Marty distingue dos polos en los procesos de somatización:

1. el polo de las desorganizaciones somáticas: son secuela de desorganizaciones mentales, se trata de desorganizaciones progresivas que dan lugar a enfermedades evolutivas producidas por neurosis mal mentalizadas
2. el polo de las regresiones somáticas: se asemejan a las regresiones mentales, las acompañan o completan y dan lugar a enfermedades reversibles como resultado de neurosis bien mentalizadas

Las neurosis con mentalización incierta darían lugar a enfermedades reversibles en la mayoría de los casos y a enfermedades evolutivas en los casos de desorganizaciones psíquicas. De supresiones masivas y durables de las representaciones o de prevalencia notable del yo-ideal.

Después de presentar este esquema, el autor puntúa los distintos momentos de cada enfermo: desencadenamiento, mantenimiento, fin y forma de las somatizaciones.

Define la histeria de conversión como la trasposición de un conflicto psíquico en síntomas somáticos sobre todo sensorio-motores y afirma que los distintos períodos

en el curso del desarrollo las afectan particularmente. Si bien emparentadas con la histeria, las afecciones que provienen de las regresiones somáticas parecen responder a 4 reglas:

1. son desencadenadas por un traumatismo psíquico-afectivo que ha desorganizado momentáneamente al aparato mental
2. no son evolutivas y son reversibles. Consisten en enfermedades a crisis, de duración más o menos prolongada.
3. Casi siempre son habituales en los sujetos que las padecen
4. Su sintomatología es limitada y está constituida por hiperactividades o hipoactividades de sistemas funcionales relativamente aislados dentro de la organización psicosomática general de los individuos

El autor considera los fenómenos del dolor como expresando siempre una significación y privilegia una psicoterapia prolongada para evitar las recidivas de conversiones. Sobre el final de este apartado enfatiza la importancia de la primer infancia en la gestación de las enfermedades psicosomáticas.

Dada la necesidad de una presentación semiológica, resume la manera en que se presenta la clasificación psicosomática actual, que constata los siguientes aspectos de un sujeto en un momento determinado:

- a. Su estructura fundamental, considerada como la parte basal
- b. Sus particularidades habituales principales, los datos sintomáticos, datos concernientes al funcionamiento mental y al modo de vida habitual, y datos anamnésicos antiguos
- c. Sus características actuales principales
- d. Sus características nuevas, que resultan de la psicoterapia (desaparición, transformación y recuperación de tipos de funcionamiento)

P. Marty dedica el final de este capítulo a la consideración de los tests para el diagnóstico y pronóstico, realizando los valiosos aportes de los 2 tests proyectivos clásicos Rorschach y TAT

### Capítulo 3: Clínica y práctica



Aquí el autor se detiene a detallar los aspectos que se incluyen en la investigación del paciente psicossomático, a saber:

- La relación: es fundamental que el terapeuta se deje conducir por los ritmos que el paciente adopta atendiendo a sus acciones y reacciones para así poder encontrar la mejor manera de intervenir o callarse. También una actitud afectiva adaptada a las necesidades del paciente es un requisito inicial. El terapeuta deberá atender a la manera de hablar del paciente, a su expresión corporal y a la particular organización del yo que le permita inferir su estructura fundamental.
- Es necesario comparar las características actuales con las particulares habituales de cada paciente. Para ello el terapeuta explora en forma ocasional o más sistemáticamente sobre :
  - el desarrollo del preconscious
  - edades de aparición de los síntomas y sistemas de defensa
  - diversas afecciones somáticas a partir de la primera infancia
  - testimonios de hechos en la historia del paciente
  - las asociaciones del paciente a propósito de sus recuerdos

El autor reconoce los límites de la investigación diagnóstica (dado que dura menos de 2 horas), las dificultades (que son del orden semiológico, sobre todo) y los errores (en torno de la aparición del nivel de funcionamiento mental del paciente)

En un segundo apartado el autor se detiene a describir las diversas modalidades de la psicoterapia. Considera necesaria la formación y experiencia psicoanalítica y luego una formación y experiencia en psicossomatología. Reconoce como el encuadre más beneficioso el encuentro semanal de mínimo 45 minutos y el trabajo cara a cara. En relación al control del enfermo puntualiza que las variaciones cualitativas y cuantitativas de las manifestaciones de comportamiento constituyen siempre puntos de referencia importante. A diferencia de lo que ocurre en el curso de un psicoanálisis, la reanudación de sistemas mentales arcaicos, que son anteriores a la enfermedad somática, suelen ser de buen augurio durante una psicoterapia psicossomática.

Pierre Marty indica que la investidura por parte del sujeto de su propio pensamiento es la que corona el trabajo terapéutico. Uno de los medios de dirigirlo hacia ello es interesarlo de manera manifiesta y repetitiva en su actividad onírica. El objetivo de las intervenciones terapéuticas es, tras remover los obstáculos existentes, ampliar y enriquecer el funcionamiento mental del paciente hasta el nivel más desarrollado posible. Marty dice que podría definirse el papel del ordenamiento progresivo de la relación entre el terapeuta y el paciente con la fórmula “de la función materna al psicoanálisis”. Con esto se refiere a un acompañamiento verbal que avanza al lado de los estados del sujeto o los sigue o precede a corta distancia. La relación en las psicoterapias de pacientes aquejados de afecciones somáticas ocupa un lugar primordial. También son características las intervenciones poco interpretativas.

La técnica pasa por la animación de la relación enfermo-terapeuta, el sostén del funcionamiento psíquico existente y por su apertura hacia un desarrollo más amplio. En términos del autor: “Ayudando al paciente a verbalizar se logra la resolución progresiva de los conflictos, su puesta en evidencia y después, su interiorización más realizable en los términos de la castración y del Edipo en lo fundamental, el reequilibramiento de las investiduras narcisistas, objetales, eróticas, agresivas, sublimatorias según las necesidades, según los deseos y las capacidades del paciente, gracias al sentimiento que este adquiere de su economía personal y de la posible organización de esta misma economía por los principios de placer y de realidad.” Se enumeran diversos modos de intervención no típicos del análisis clásico, lo cual exige del terapeuta una aptitud para la modestia, así como conocimientos y experiencia. El autor esquematiza los incidentes y accidentes del curso terapéutico. Podrían ocurrir :

- caídas de nivel del funcionamiento mental
- sucesos traumatizantes nuevos, externos a la terapia
- aparición de conflictos en el interior mismo de la psicoterapia
- fatalidades
- curación espontánea

Por último, P. Marty se adhiere a las concepciones de G de M`Uzan en relación al empleo de la relajación como indicación preferencial para la elección terapéutica.

## Capítulo 4: Disposiciones Sociales Actuales

En un primer apartado, el autor explica de que se trata la formación en psicósomática: es una especialización posterior a la consolidación de la experiencia psicoanalítica. Además de ser un campo de capacitación clínica también se incluyen la investigación y prevención. Sobre el final se refiere brevemente a diferentes métodos psicoterapéuticos. El que se ha desplegado en la presente obra es el modelo de las psicoterapias individuales practicadas en el hospital de la Poterne de Peupliers (Instituto de Psicósomática de París). Otros son el de Samir Stephanos en Alemania, terapias comportamentales, que se apoyan en la teoría del aprendizaje, la ego-psychology, las terapias familiares y el modelo biosociológico. Algunas se pueden aplicar individualmente, en general se trata de grupos institucionales.

### Comentarios

En este texto Pierre Marty nos brinda una concisa introducción a la problemática de la psicósomática. Tanto el psicoanalista ortodoxo como el psicoterapeuta interesado en el tema encontrarán una lectura rica en desarrollo teórico que seguramente lo llevará a la reflexión.

El desarrollo histórico y la descripción de la situación actual ayudarán al lector a tener una buena perspectiva de esta especialidad. Si bien el autor no realiza estudio de casos ni presenta viñetas clínicas, nos aporta valiosas recomendaciones y prácticas indicaciones para el trabajo en la clínica, que constituyen, a mi entender, junto con la presentación semiológica, los aspectos más valiosos de esta obra.

(\*)

María de las Nieves Gatti

Licenciada en Psicología UBA

Certificada como Psicoterapeuta por la Federación de Psicoterapia Latinoamericana con el aval del Consejo Mundial de Psicoterapia

Postgrado en Psicocardiología

Docente invitada Unidad Coronaria, Hemodinamia, en Hospital Santojanni

Docente a cargo de Estructuración de la Subjetividad y Psicopatología USAL

Miembro de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina

Psicoterapeuta

Tesis Doctoral en preparación USAL