

“MENTALIZACIÓN VS. SIMBOLIZACIÓN. EL CUERPO COMO INSTRUMENTO”¹

Pedro Pérez García²

Mentalización versus simbolización.

Estudiando los procesos de pensamiento de los pacientes con trastornos somáticos, los fundadores de la Escuela Psicósomática de París, (P. Marty, Michel Fain, Michel de M Úzan y Christian David), descubren elementos diferenciales importantes en su funcionamiento mental. Los resultados de este trabajo de investigación, desarrollado entre 1958 y 1962, los publican por primera vez en 1963 en su libro “L’investigation psychosomatique”.

Señalan que en la base de los trastornos psicósomáticos siempre aparece un acontecimiento traumático importante que sobrepasa las capacidades de elaboración mental por parte del yo. Capacidades que dependen, naturalmente, del grado de maduración del yo en sus diferentes edades, del grado de adaptación a la realidad, del manejo de las pulsiones, modos de defensa..., en suma, del grado de solidez de la estructura mental del sujeto. A esta capacidad mental de respuesta P. Marty lo llama “grado de mentalización”, estableciendo un método de exploración del funcionamiento mental del sujeto (clasificación psicósomática, de P. Marty) y de su grado de fragilidad o facilidad para la somatización.

1 Conferencia pronunciada el 15 de enero de 2020 en el Servicio de Salud Mental de la Fundación Jiménez Díaz, dentro del curso “Clínica y Teoría Psicósomática” organizado por el Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica y el Servicio de Salud Mental de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

2 Especialista en Psicología Clínica y Psicoanalista. Exjefe de la Unidad de Psicología Clínica y exjefe asociado del Servicio de Psiquiatría, del Hospital Universitario “Fundación Jiménez Díaz”, de Madrid; ppg3008@hotmail.com

Conviene no confundir “*proceso de mentalización*” con “*proceso de simbolización*”. Al hablar de mentalización, Marty se refiere a la capacidad mental que el sujeto tiene para convertir las pulsiones, los afectos, deseos y otras demandas emocionales provenientes del inconsciente en imágenes y fantasías, generando representaciones mentales. Pueden ser de varios tipos:

A) Representaciones muy concretas, pegadas al orden sensorio-perceptivo o a comportamientos repetitivos. No permiten la sustitución de “lo real-cosa concreta” por su representación simbólica. Freud, en su libro de la Afasia (1891) las denominó representación de “cosa”. Esta modalidad de pensamiento tiene mucho que ver con lo que luego describiremos como “*pensamiento operatorio*”, muy pobre en los procesos de mentalización, ajustado a lo factual y concreto, incapaz de utilizar la fantasía y los afectos.

B) El otro tipo de representaciones mentales, que Freud llama “representación de palabra”, se genera a partir del lenguaje del otro y con el otro, de la comunicación verbal con los demás y con uno mismo (lenguaje interno). De ahí la importancia de los primeros vínculos, en especial de la madre.

Esta modalidad representacional permite la creatividad, el enriquecimiento del pensamiento mediante la asociación de imágenes, analogías y metáforas, procesos oníricos, ensoñaciones..., ingredientes todos ellos que, impregnados de afectos, permiten el *pensamiento simbólico* con sus funciones esenciales de condensación y elaboración mental. Hablamos del pensamiento normal y sano que busca continuamente modos de ajuste a la realidad, soluciones a los problemas cotidianos o de largo recorrido y alcance creador (proceso secundario). Ese modo de pensamiento es el mejor amortiguador frente a las aristas de la realidad, es el mejor recurso que tiene el Yo frente a las dificultades del vivir. Está al servicio de las pulsiones de vida, al servicio de la vida.

C) En otros casos, p.ej. en el *pensamiento psicótico delirante*, el proceso mental es rico en sus procesos de mentalización, en crear imágenes y fantasías, en conexiones, pero mal integrado, sin coherencia ni armonía. Ha perdido su ajuste a la realidad y su capacidad

para la simbolización. Se queda atrapado en la “ecuación simbólica”, lo que piensa es lo que sucede en la realidad y ésta se construye desde su imaginario.

Por tanto, puede darse que en un sujeto exista un proceso de mentalización rica y que fracase el de simbolización (psicosis), o que coexistan y funcionen bien ambos procesos (pensamiento normal), o que fracasen ambos, que exista una mentalización pobre y que fallen las funciones de simbolización (pensamiento operatorio). (Martin, A.C. 2006).

Todos estos procesos representacionales se generan y se alimentan en el *preconsciente*, en cuyo espacio se combinan las representaciones de cosa y de palabra.

Freud descubrió la importancia del inconsciente. Marty y la Escuela de Psicósomática de París, descubrieron la gran importancia y funcionalidad del preconsciente, ejerciendo de mediador entre la conciencia y lo inconsciente.

Por eso hablan de “espesor del preconsciente” para referirse, en sentido figurado, a la cantidad y, sobre todo, calidad de las representaciones mentales. Pueden variar según las circunstancias favorables, o desfavorables y regresivas del sujeto. Pueden estar activadas o bloqueadas, ser abundantes o precarias, ligadas con afectos o no, integradas con la realidad o fuera de ella, con función simbólica o concretas, etc. Permitirán o no un buen trabajo mental favoreciendo los movimientos de vida o los de muerte (P. Marty, 1984).

La Escuela Psicósomática de París establece dos sistemas de somatización:

A) Uno, que puede afectarnos a cualquiera, en momentos de conflictos emocionales importantes o situaciones traumáticas pasajeras: serían las *regresiones somáticas transitorias*, que dan lugar a enfermedades somáticas reversibles: dermatitis, trastornos gastrointestinales, lumbalgias, cefaleas... No tienen nada que ver con los trastornos histero-disociativos. Estos siempre esconden significados simbólicos en el síntoma. En aquellos, el síntoma no incluye ningún significado simbólico latente.

B) *Desorganizaciones somáticas progresivas*, resultado de fallas o desorganizaciones mentales previas.

Como decíamos más arriba, el desorden psicossomático comienza con una situación de *conflicto traumático*. Es causante de una importante herida narcisista que reactiva otras en el yo y *desborda sus recursos mentales* de respuesta.

Esta circunstancia puede deberse, o bien a que en el paciente no se dio un desarrollo y organización mental suficiente (in-organización), o bien porque (como sucede en el caso clínico que luego veremos) se siente indefenso y sin recursos suficientes frente a los hechos traumáticos y heridas narcisistas acumuladas.

En esa situación el sujeto inicia un camino de invalidación progresiva de los “principios activos” del aparato mental: bloquea el recurso al mundo de lo imaginario, de la fantasía y mundo onírico. Restringe el paso también a la introspección, al acceso a los afectos y a su capacidad de expresarlos en palabras. Le resultan dolorosos y prefiere bloquearlos antes que tomarlos en cuenta y elaborarlos. Este modo de defensa frente al dolor psíquico, la “no-palabra” para expresar sentimientos y emociones, la alexitimia, no es específico de los trastornos psicossomáticos. Aparece también en otros pacientes en situaciones traumáticas o en circunstancias de amenaza grave a su estado de bienestar y salud (lo hemos visto a través de estudios con Rorschach [Sistema Comprensivo], en pacientes prequirúrgicos para trasplante renal, cardiopatía coronaria, accidentes de tráfico, etc.). En estos casos suele ser transitorio y reversible, ajustado a la circunstancia amenazante (Pérez, P. 1999). En los trastornos psicossomáticos se hace crónico y por eso dificulta tanto su tratamiento psicoanalítico, tal como señaló desde el principio Freud, al referirse a lo que él calificó como las “neurosis actuales”.

El paciente psicossomático evita el acceso a los hechos traumáticos, los forcluye, impidiendo su elaboración mental. Su modo de funcionamiento mental excluye el pensamiento simbólico, instaurando lo que P. Marty llama “*pensamiento operatorio*”.

Al suprimir la función simbólica se aproxima a la frontera de la psicosis. ¿O es para evitarla? ¿El trastorno psicossomático es una

defensa frente a la psicosis? Parece que no son compatibles, una excluye al otro. Constituyen dos sistemas muy diferentes de evitar la desintegración del Yo. Es cierto que ambos mantienen algunos aspectos comunes y otros claramente diferentes.

Como aspectos comunes: en la psicosis, el sujeto fracasa en el proceso simbólico construyendo un mundo, su mundo, en lo imaginario. El delirio y la alucinación no son “representaciones” de la realidad, “son” la realidad (ecuación simbólica, representación cosa). En el trastorno psicosomático el sujeto se aleja del proceso simbólico para evitar el dolor de los afectos. La representación cosa es por degradación de la representación de palabra, causa fundamental de la desorganización de su proceso del pensamiento.

Pero los dos sistemas funcionan con notables diferencias. En la psicosis hay un proceso de mentalización muy rico, con un mundo imaginario desbordado, aunque desajustado de la realidad; funciona la proyección masiva como defensa específica; se conserva el mundo afectivo y pulsional. En el desorden psicosomático no se da la proyección ni sus beneficios defensivos; se impide el acceso al mundo de los afectos; fracasa el proceso de mentalización, restringiendo al máximo el uso de la fantasía y recurso al preconsciente. De todos modos, la cuestión se mantiene abierta.

Vida operatoria. El cuerpo como instrumento.

En relación con el área de los afectos y pulsiones, el pensamiento operatorio va inevitablemente unido a un estado de caída vital, atonía afectiva, que la Escuela Psicosomática de París denominó “*depresión esencial*”. No cursa con los síntomas habituales de una depresión clínica (sentimientos de tristeza, culpa, ruina, etc.). Se llama “esencial” porque esta en la base de la caída pulsional generalizada (anhedonia, insatisfacción, vacío, etc...) y porque es el resultado, no la causa, de la desorganización psíquica previa a la somatización. Para ese tipo de depresión no sirven de nada, o muy poco, los fármacos antidepressivos.

Smadja (2005) habla de “clínica del silencio psíquico”. Dice él: “Después de un gradual movimiento de borrado de los afectos, de

las representaciones en el pensamiento y hasta de las percepciones corporales, podemos llamarlo *clínica del silencio psíquico*... La clínica del silencio es una clínica de lo negativo, [...] como compulsión imperiosa que se sitúa más allá del principio del placer”, haciendo clara referencia al trabajo de A. Green (1995) sobre el trabajo de lo negativo, de la parte destructiva del yo.

Su autoestima, valoración personal, el área de su narcisismo, sufre un verdadero trastorno, está orientado hacia afuera, “se agota en la búsqueda permanente de la satisfacción ilusoria de un exigente ideal”, que los demás lo admiren y valoren, no hacia adentro, hacia el mundo interior. (“Me gusta hacer las cosas bien y que los demás las vean”, dirá el Sr M., en el fragmento clínico que se expone a continuación).

Las representaciones de palabra se reducen progresivamente a las de cosa, con referencias solo a lo concreto e inmediato. La acción, la actividad continua y repetitiva, el “sentido del deber” como pensamiento autoimpuesto y rígido, adquiere prioridad absoluta frente a otras demandas afectivo-sociales. Se impone la necesidad compulsiva de hacer cosas, de estar siempre ocupado con lo que se debe de hacer o que aún no se hizo. Sobre investida “la tarea”, esta acaba sustituyendo a las representaciones que van perdiendo función y “grosor”.

Si antes nos referíamos al ámbito del pensamiento ahora hablamos de “*comportamiento operatorio*”. A través de esta forma compulsiva y casi mecánica del “tener que hacer”, el Yo busca en lo fáctico su soporte identitario, reemplazando, amputando o enmascarando al verdadero Yo. El cuerpo va dejando de ser el soporte del Yo: “El Yo antes que nada es cuerpo”, diría Freud (1923) y se transforma progresivamente en mero *instrumento operativo* al servicio del hacer.

Se repiten esquemas y patrones de comportamiento que, a la vez que excitan, sirven de anestésico frente al vacío y la ansiedad. Gerard Szwec (2014) ha acuñado un término muy afortunado que resume todo lo que venimos describiendo. Llama “galeotes voluntarios” a este tipo de sujetos que, sin que nadie les obligue, sienten la imperiosa necesidad de arriesgar su vida en deportes, empresas, trabajos o

tareas esforzadas, que les agotan y hasta pueden ponerles en peligro máximo. Comenta que ese comportamiento les sirve como sistema excitante y autocalmante a la vez.

Funcionando de esta manera, la vida se reduce a trabajar, hacer y no parar. La vida acaba siendo *la paradoja de un no-vivir*. Marty habla de que estas personas parecen “muertos vivientes”. En el caso del paciente que veremos ahora, su mujer habla de “*mi marido se ha convertido en una estatua y yo me siento una viuda*”.

Fragmento clínico. Vida operatoria en un paciente con cardiopatía isquémica.

Se llama *cardiopatía isquémica* a la insuficiencia coronaria en la irrigación del músculo cardíaco. Puede ser sin lesión y pasajera, la angina de pecho. O producirse por la presencia de un trombo que obstruye gravemente la arteria, con necrosis de células, lesión que llamamos infarto de miocardio.

El Sr. M. –

Motivo de consulta: el Sr. M. tiene algo más de 50 años. Ingresó en el Servicio de Cardiocirugía del Hospital, siendo intervenido en la Unidad de Angioplastia Coronaria por haber sufrido un infarto de miocardio. Desde allí lo derivan a la Unidad de Psicología Clínica, para seguimiento terapéutico y prevención del riesgo de una recidiva³.

Antecedentes familiares: “Soy hijo único. Mi padre falleció hace 10 años de una “afección pulmonar”. Se queda en silencio, como esperando algún comentario por mi parte.

3 Este caso fue ya presentado, parcialmente, como ejemplo clínico para otros fines y objetivos. Forma parte de una muestra más amplia de 125 pacientes, intervenidos quirúrgicamente, que fueron estudiados y posteriormente atendidos en la Unidad de Psicología Clínica. De esta primera muestra se configuró una segunda, formada por 50 pacientes, en edades comprendidas entre 30 y 70 años; 42 varones (84%) y 8 mujeres (16%). Los resultados pueden verse en “Índice de egocentrismo en pacientes con cardiopatía isquémica intervenidos con angioplastia coronaria”. Pérez García, P.; Esquinas García-Bravo, M.J.; De Felipe Oroquieta, J. Revista de la Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos (S.E.R.Y.M.P). 1999, 12, 33-47.

— ¿Le afectó mucho? ¿Podría hablar algo más sobre ello?, le pregunto.

Se evade y dice que no sabe de qué tipo de afección murió y que ahora, pasado ya tanto tiempo, no viene a cuento hablar de ello. Hace lo mismo al preguntarle a qué se dedicaba o en qué trabajaba su padre. Corta amablemente con el siguiente comentario: “Mi padre era de carácter abierto, tenía muchos amigos. Tenía ya 72 años y estaba con las cosas de la edad; fue de muerte repentina, son cosas de la vida, es ley natural, creo que *no fue un trauma ni nada de eso para mí, Él no estaba marcado como yo.*” (negación del hecho traumático y referencia a “estoy marcado”).

Lo refiere en tono frío y distante, como quien lee en alto una noticia del periódico de poca importancia. En mi traducción transferencial lo sentía como si para él fuera un padre inexistente o muy cerca de ello.

Su madre, 18 años más joven que su padre, se ocupaba de la logística de la casa y, sobre todo, de cuidar a su hijo al que le dedicaba toda su atención.

El paciente la describe como: “Era muy buena, muy amigable, yo tenía muy buena relación con ella. Se volcaba en mí y yo le correspondía. Éramos un buen dúo. Todo lo que yo necesitase ya lo tenía antes de pedirlo. Ella lo adivinaba. Cuando nos casamos, estuvimos al principio viviendo un tiempo con ellos. Pero había muchos roces entre suegra y nuera. Nos fuimos a vivir solos y enseguida llegaron los chicos”.

Mi madre falleció hace seis años. Al morir mi padre y quedarse sola se agravaron sus cosas de salud. Desde hace mucho tiempo padecía de estómago, de la vena aorta.

—¿De la vena aorta o del estómago?

—“Tenía problemas vasculares como su madre, tensión arterial alta. Le dio una cosa de muerte repentina, algo de corazón”.

—Vd. también tiene una dolencia de corazón (pretendo aproximar ambos hechos, a modo de sonda, para ver si reacciona afectivamente). Ella era muy importante para Vd. ¿Cómo encajó su pérdida?

—“Las cosas ocurren y hay que encajarlas, es ley de vida. Hay que seguir, no te puedes parar a lamentarte. Desde siempre me ha gustado trabajar duro y hacer cosas. Me volqué aún más en el trabajo, añadí horas extras, acepté más responsabilidades. Eso me ayudó”.

De nuevo parece no implicarse afectivamente. A pesar de las referencias a sus propios antecedentes cardiovasculares, se sitúa al margen, a la orilla del camino, observando los propios acontecimientos como si fueran ajenos.

El Sr. M. está casado. Es padre de tres hijos: el mayor, varón, de casi 30 años; le siguen dos hermanas de aproximadamente 20 y 10 años.

Su mujer, en la cincuentena como él, es “ama de casa”, Como la madre del paciente se ocupa de prácticamente todo: gestión, cuentas, mantenimiento, compras, etc. Y sobre todo de sus hijos, es a ella a quien acuden para todo.

Comenta que: “En casa tengo problemas con mi mujer desde hace ya tiempo. Se queja de que no tengo vida familiar, ni mujer, que no le hago caso. Dice que ella para mí es un empleado más de la empresa, pero no mi pareja. Yo le digo que tengo que trabajar y que yo no pongo el horario”.

—¿A qué horario se refiere?

—En las temporadas fuertes es de 09:00 h a 21:00 h.

—12 horas parece un poco excesivo, ¿no cree?

—Soy el jefe de la sección y, como responsable, debo de estar todo el tiempo.

El Sr. M. está de baja laboral desde hace dos meses. Hasta ese momento trabajaba en una importante firma comercial, con puesto de responsabilidad, al cargo de un amplio equipo, en una sección muy movida y bastante compleja.

Durante toda la entrevista mantiene una actitud sonriente, amable, optimista, con claros tintes hipomaniacos, colaborador y complaciente. Con ritmo muy rápido, con intensa ansiedad, transmite bastante tensión, como si tuviéramos prisa y hubiera que aprovechar el tiempo al máximo.

Viene vestido con ropas deportivas, bien elegidas, con buen aspecto y presencia. Como si quisiera decirnos que él mantiene una actitud “deportiva”, liviana y dinámica, como por encima de los acontecimientos tan serios que le han sucedido.

Al proponerle que hable un poco de él mismo, de cómo se ve a sí mismo, se describe como muy activo, seguro y decidido. Enseguida, se sitúa en el espacio del trabajo como su referente principal:

“Soy muy responsable en el trabajo. Se me olvida el cansancio. Es lo más importante en mi vida. Trato de atender a todo el mundo bien. Me gusta hacer las cosas muy bien y lo exijo en el equipo. Tengo muy buena imagen en mi entorno laboral. En la última campaña creo que me pasé. Estaba solo en la Sección haciendo el trabajo de tres. Uno faltaba por baja laboral, otro por vacaciones. Eran muy importantes en el equipo. No me parecía conveniente pedir sustituciones porque, hasta que se hicieran con las riendas de sus responsabilidades, podía acabar antes la campaña. Me dije: tu puedes hacerlo, es un reto y eso te gusta. ¡Vas a estar bien entretenido!”

A las dos semanas le sobrevino el infarto. Ingresó en la Unidad de Coronarias y es intervenido mediante Angioplastia. Los propios cardiólogos le aconsejan que viendo la gravedad del infarto y dado su modo de ser (tan exigente consigo mismo), para evitar una recidiva debería solicitar la baja laboral indefinida y un tratamiento de psicoterapia. Acepta lo del tratamiento, pero postpone la decisión de la baja indefinida señalando que: “Quiero volver al trabajo. Me preocupa el tiempo que me toque esperar. *Hasta ahora el trabajo era mi vida*”.

Se hizo una primera evaluación psicológica, incluyendo una serie de pruebas. De los resultados más significativos en el RCH se pueden señalar⁴:

- Alto grado de vulnerabilidad y labilidad emocional frente al estrés, oscilando entre el retraimiento emocional o la exaltación eufórica.
- Bloqueo y distancia afectiva, tendencia al aislamiento social, con repliegue hacia sí mismo, dificultad para expresar

⁴ Rch. EB ambigüal; CDI =4; COP=<2; Aisl/R=>24; WSum C=0; Afr<46; 3 r=0,25; IEgo<0,33; Depi= 4

sus sentimientos y evitación de cualquier tipo de implicación afectiva.

- Daño en la autoestima y valoración de sí mismo, con trastorno narcisista.
- Cierta contradicción entre sus defensas hipomaniacas, que parecían denotar un proceso depresivo latente, y la baja consistencia en el cluster de los índices depresivos en el RCH. Aparecían algunos indicadores depresivos, pero faltaban los más importantes. Realmente no se podía hablar de una verdadera depresión clínica. Su perfil sería más compatible con una “depresión esencial”.

Acudía con estricta puntualidad a su hora de terapia. Al principio, los dos primeros meses, en régimen individual una vez por semana, 30’ de sesión. Luego pasó a psicoterapia de grupo⁵.

Ha pasado un año desde el infarto. En la revisión, realizada 8 meses después, apenas se observan cambios importantes. Los resultados no son atribuibles, por tanto, solo a factores situacionales. Han pasado ya 8 meses y se han suprimido los factores estresantes relacionados con las circunstancias pre y postquirúrgicas. Hay cierta mejoría en aspectos secundarios, pero no en los más significativos. Aparecen cambios de grado, pero no de base: desciende el grado de rigidez y constricción mental, recupera cierto sentido del humor, amplía un poco su campo asociativo en las sesiones de grupo. Pero la triada convergente de variables RCH.: $I.EGO < 0.33 + CDI = 4 + DEPI = 4$ se mantiene sin cambios.

Al analizar con mayor detenimiento los componentes de este grupo de variables aparece el verdadero foco de riesgo y de inadaptación psicológica, situándolo en los *procesos de duelo narcisista: sentimientos profundos de pérdida de “identidad social” y de autoestima*. Es ahí donde se sitúa el punto crítico más relevante de urgencia psicoterapéutica en este paciente.

5 La psicoterapia formaba parte de un programa más amplio que integraba otras vertientes: revisiones periódicas en Cardiología, tablas de ejercicio físico de rehabilitación, atención a la pareja o familiares, etc. El tratamiento en grupo se mantenía por un espacio máximo de dos años. Pasados los cuales se derivaba a su Centro de Salud para su seguimiento posterior.

Dado su modo de ser, muy autoexigente, hiperactivo y con intensa ansiedad, se le recomendó en Cardiología, así como en el grupo de psicoterapia, que, para evitar una recidiva, solicitara la *baja laboral indefinida*. Aunque le costó un tiempo acabó aceptándola.

“Ahora tengo más tiempo. Me sobra. Necesito encontrar tareas para hacer. Antes llegaba a casa para cenar y para dormir. *El trabajo me ocupaba todo*. Ahora al menos paso algún rato con la pequeña y con el chaval. El chico me dice que apenas me conoce, que no sabe nada de mi vida de verdad. *Que soy un esclavo del trabajo*. Creo que exagera como su madre”. (Nota: no habla de sus hijos, sino de “la pequeña” y del “chico” o “chaval” con mucha distancia afectiva).

Pasado un mes comenta: “Me encuentro mucho mejor, tengo tiempo para hacer lo que siempre quise y no pude. Vivimos en las afueras de la ciudad, la casa es grande, tiene un jardín muy amplio. Requiere mucha atención para que esté bien. Siempre quise ocuparme de él y no pude. Ahora me estoy volcando en cuidarlo personalmente. *A mi me gusta que las cosas estén muy bien hechas y que la gente lo note y le guste*”.

Le pregunto cómo lleva lo de la baja laboral si, dado lo que para él significaba ese trabajo, le ha afectado mucho. Hace un gesto de desinterés, encoge los hombros y contesta con un tópico impersonal: “Agua pasada no mueve molino”.

Esta fachada de que todo va bien no coincide con los datos del 2º Rch, ni con las observaciones clínicas del terapeuta, ni con las *quejas que hace del paciente su mujer*:

” No entiendo ya lo que está pasando. Mi marido físicamente ya está bien, pero yo cada vez lo entiendo menos”.

Continúa diciendo: “Por fuera todo parece que va muy bien. Se le ve contento. Él mismo dice que ya no tiene ansiedad, que está más tranquilo. Pero cada día me preocupa más. Lo veo *cada vez más metido en sí mismo*, más egoísta, todo lo que no sean sus asuntos le molesta, solo piensa en él, ni se ocupa de los hijos, ni de mí. Solo sus cosas, como un niño con sus juguetes.

No da muestra alguna de cariño, parece que le molestamos..., en la mesa no deja hablar, ¡callaros, que quiero ver las noticias!, no

cuenta nada de lo que le pasa, si se siente mejor o si le preocupa algo. *Se traga todo, no habla apenas.*

No tiene amigos ya, si es que alguna vez los tuvo realmente. Solo piensa en sus hobbies. Parece un niño grande jugando solo con sus cosas en el parque.

Nuestra vida de pareja se resiente, se nos está yendo de las manos. *El para mi parece una estatua* y me está convirtiendo en otra igual para él. Como extraños o lejanos. En ningún momento siento que le interese estar conmigo.

Antes yo creía que era por el trabajo, pero ahora ya no existe esa excusa y sigue aislándose. Siempre le he justificado por aquello de «pobrecillo, la cantidad de horas que trabaja...», pero ya veo que no es eso.

Yo creo que todo esto viene de mucho antes. Su madre era 18 años menor que su padre y se volcó en su hijo, su hijo único. Lo convirtió en el centro de su vida. Hicieron como un mundo especial para los dos. Su padre contaba poco. Y siempre le he visto centrado en sí mismo, encerrado y volcado en sus cosas, como antes en su madre. No se si ha tenido algún amigo de verdad.

Cuando murieron sus padres dice que no pudo llorar y que se lo tomó como si nada hubiera pasado. Se centró en el trabajo y parecía que vivía para él y que era su fortaleza. Ahora ya no tiene ese castillo, pero no para. Ahora se ha buscado lo de arreglar el jardín y le echa un montón de horas al día.

Se ha empeñado en hacer una fuente monumental en medio, con un surtidor bien alto. Dice que para que se vea desde fuera. A ninguno de nosotros (familia) nos interesa, pero está obsesionado en hacerla a su manera, grande y llamativa. *Cada día acaba agotado, pero le da igual.*

Sigue como siempre, no está con nadie, metido en sí mismo. Yo antes me sentía sola, ahora *pienso que parezco más una viuda* y me siento cansada y decepcionada”.

Apuntes para la discusión. La actividad auto calmante y los procesos de duelo.

El paciente fue constituido en un *objeto sobreidealizado por la madre*, construyendo con él una relación fusional. Cuando la madre muere, *su pérdida es vivida como la pérdida del yo*.

Debajo de sus actitudes regresivas y egocéntricas actuales, subyace un proceso de duelo patológico que nunca se elaboró y se encubrió con la hiperactividad y la idealización del trabajo. Al perder su puesto de trabajo, también sobreinvertido, se pierde con él buena parte de su identidad, o de su soporte social, potenciándose aún más la retracción y el repliegue.

“Todo viene de mucho antes..., cuando sus padres murieron..., se centró en el trabajo..., ahora es en el jardín..., pero no esta con nadie, metido en si mismo..., centrado en sí mismo...”.

Prescinde de, o forcluye, su vínculo con el objeto para no tener que hacer su duelo. En su lugar coloca un comportamiento que le excita, que se opone al duelo del objeto, se encierra en la hiperactividad hasta agotarse. También le sirve de anestésico. “*Se me olvida el cansancio*”. Ha hecho de su cuerpo una herramienta más, un instrumento para y por el trabajo. “*Hasta ahora el trabajo era mi vida*”, (vida operatoria). “Siempre le he visto centrado en sí mismo, encerrado y volcado en el trabajo y en sus cosas, como antes en su madre. No sé si ha tenido algún amigo de verdad”, refiere su mujer señalando la falta de vínculos sociales y afectivos.

Resistencias al cambio y dificultades en la evolución terapéutica.

En la revisión hecha pasados los ocho meses (claramente insuficientes) no hay realmente cambios. Sus focos de interés (investidura libidinal), no están verdaderamente sobre el objeto, no están sobre el otro como otro, sino sobre el *eco narcisista que le devuelve su comportamiento hiperactivo*. Como antes lo hacía la madre.

“Ahora me estoy volcando en cuidar el jardín personalmente. A mí me gusta que las cosas estén muy bien hechas y que la gente lo note”.

“Se ha empeñado en hacer una fuente monumental en medio, con un chorro bien alto. Dice que para que se vea desde fuera. A ninguno de nosotros (familia) nos interesa, pero está obsesionado en hacerla a su manera, grande y llamativa. Cada día *acaba agotado, pero le da igual*”.

En un sistema de “repetición autocalmante” el objeto poco a poco deja de tener interés, los vínculos se diluyen y la incesante actividad asume, como ya se ha señalado, un doble papel: funciona como excitante y a la par como anestésico afectivo. No se trata de un simple desplazamiento del interés o investidura libidinal. Bloqueados los procesos de mentalización y de elaboración simbólica de la realidad, se busca la vía de la descarga a través del cuerpo o del comportamiento. *Se reemplaza un proceso psíquico (elaboración mental de los diferentes duelos) por una actividad comportamental o por la somatización.* Este defecto en la organización psíquica hace que no pueda construir verdaderas defensas mentales eficaces frente a la angustia.

Su tratamiento requiere tiempo. Las resistencias al cambio y dificultades en la evolución terapéutica provienen, tanto desde su actual enroque afectivo-social como de las fallas manifiestas en su proceso de pensamiento.

Su tratamiento estará orientado sobre todo a recuperar el recurso a lo imaginario (preconsciente). Con frecuencia hará las veces de yo auxiliar prestando palabras y asociaciones, abriendo pequeñas ventanas a lo que ha intentado suprimir o negar. Hasta que poco a poco su excitación y su autocentramiento se conviertan en angustia, para que se pueda manejar mediante la palabra y el orden simbólico. Que pueda percibir y entender lo que le hace daño y cómo evitarlo, incluido un segundo infarto. Parece mantener interés y asiste con puntualidad y sin ausencias.

RESUMEN

A partir de los hallazgos de la Escuela Psicosomática de París, acerca del peculiar modo de funcionamiento mental de los pacientes con trastornos psicosomáticos, se plantea en esta exposición:

1.- La *diferencia entre “mentalización” y “simbolización”*, tratando de evitar la confusión que a veces se da en el uso clínico de ambos términos. Son procesos mentales muy diferentes. Pueden coexistir en el pensamiento “normal”; o bien puede ocurrir que se mantenga uno y fracase el otro, como sucede en el pensamiento psicótico; o que se pierdan o deterioren significativamente ambos: funcionamiento mental psicosomático.

2.- Se muestran estos procesos a través de un *fragmento clínico* de la historia de un paciente: la fragilidad de su estructura psíquica, la secuencia de las sucesivas pérdidas y duelos no resueltos, su bloqueo afectivo y desorganización mental progresiva (*pensamiento operatorio*), hasta convertir a su *cuerpo en un instrumento* al servicio de la tarea y a él mismo en “una estatua” (“muerto viviente”), como señala su mujer y su hijo, que funciona de modo “mecánico” (*vida operatoria*) y ausente de su entorno familiar y social.

Palabras clave

Proceso de mentalización. Pensamiento simbólico. Desorden psicosomático. Pensamiento operatorio. Vida operatoria.

BIBLIOGRAFIA

- Freud S. (1891). *La Afasia*. Buenos Aires: Nueva Visión. (edición original en alemán. 1987).
- Freud S. (1923). El yo y el ello. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu 19.
- GreenA. (1995). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Martín A. C. (2006). *Incidencia de lo psicosomático en la infertilidad femenina a partir del grado de mentalización*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Marty P., Fain M., M'Uzan M., David Ch. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Reeditado en 2003. Paris: Ed. PUF.
- Marty P. (1984). *Los movimientos individuales de vida y de muerte*. Barcelona: Toray.

- Pérez P. (1999). “La No-Palabra. Modulación de las emociones y la ambigüedad”. *Revista Psicodiagnosticar*. Rosario. Argentina A.D.E.I.P. Vol IX :7–33.
- Smadja C. (2003). “La evolución de la práctica psicoanalítica con pacientes psicosomáticos”. *Revista de psicoterapia y psicosomática*, 54: 66-78.
- Smadja C. (2005). “La depresión inconclusa”. *Revista de psicoterapia y psicosomática*, 59:51-66.
- Szweec G. (2014). *Los galeotes voluntarios*. Madrid: El Duende. APM (publicado originalmente en 1993).
- Szweec G. (2019). “Los procedimientos autocalmantes en la búsqueda repetitiva de la excitación. (Los galeotes voluntarios)” *Revista de psicoterapia y psicosomática* 100:13-41.