

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE IMPACTAN EN EL SISTEMA INMUNE **MODOS DE ENFERMAR Y VULNERABILIDAD SOMÁTICA**

* Lic. Raquel Zonis Zukerfeld

Miembro fundador y Secretaria científica del Instituto Psicosomático de Buenos Aires.
Profesora de la carrera de Psicología de la Universidad Maimónides.

Profesora del Doctorado de la USAL,

Si tratamos de definir un campo que implica la involucración del cuerpo en las manifestaciones sintomáticas, aquello que ha sido abordado por la tradición “psicosomática”, lo centraríamos alrededor de la noción de vulnerabilidad somática, de modo tal que este campo sería definido como aquel donde *se estudia cómo y por qué aumenta o disminuye la vulnerabilidad de un sujeto a que su cuerpo se deteriore antes de lo que indican las condiciones determinadas por la especie, incluyendo sus secuelas y las formas de diagnosticarlo, prevenirlo y tratarlo*. Es así que hoy en día este campo es por definición interdisciplinario y el psicoanálisis –que lo ha refundado a partir del descubrimiento del inconsciente- lo adjectiva cuando jerarquiza sus propias categorías para explicarlo. Por otra parte es importante recordar cómo ha variado la constitución de la subjetividad, y también los paradigmas médicos en menos de un siglo con todo lo que esto implica como representación social de la enfermedad, en una época donde un enfermo suele convertirse en un consumidor de servicios más que en un protagonista del proceso de la cura. Asumimos que para cada uno de los enunciados que definen el campo psicosomático existen teorizaciones psicoanalíticas de distinto nivel y posibilidades de contrastación con otras disciplinas; en ese sentido desarrollaremos algunas ideas que intentan articular el malestar, los modos en los que el cuerpo queda involucrado y su mayor o menor vulnerabilidad.-

Modos de enfermar y vulnerabilidad

El término “modo” contiene –según lo pensamos- una jerarquización de la singularidad en el proceso de enfermar que implica distintas maneras no excluyentes en las que el

cuerpo queda involucrado. Es importante comprender que esta noción puede estudiarse en dos niveles distintos. El primero sería el de los múltiples y particulares caminos que conducirían a un determinado fin que constituye la patología y que se incluirían dentro de lo que la medicina entiende como etiopatogenia; el segundo tendría que ver con las formas de subjetivar la patología independientemente de su origen, hecho que implica darle un sentido y también la posibilidad de desarrollar distintas modalidades de enfrentarla. Desde hace algunos años venimos pensando que los dos niveles se juegan en cuatro grandes modos en los que las funciones corporales se alteran en mayor o menor

medida. Estas modalidades se encuentran en coexistencia y con permanentes puntos de articulación de tal manera que lo que sigue a continuación es el efecto artificial de describirlos por separado.

- a) El modo 1 se define por la existencia de tramitación psíquica y comprende una variante *regresiva* y una variante *progresiva*. La primera corresponde a lo que tradicionalmente ha descrito el psicoanálisis freudiano y postfreudiano y que aún con notorias diferencias en la comprensión de los mecanismos en juego, comprenden los mecanismos que pueden agruparse como modo conversivo de producción sintomática. Es conocido como aquí las representaciones del propio cuerpo y los afectos concomitantes se procesan regresivamente de acuerdo a las reglas de funcionamiento psiconeurótico, es decir siendo parte de un *conflicto reprimido* regido por Edipo y adquiriendo valor simbólico. Aquí es como si el sujeto padeciendo mayor o menor malestar no sabe de una fantasmática que se expresaría en la enfermedad y sus ventajas secundarias. En cambio la variante progresiva, se formula a partir de cierto éxito del aparato psíquico en la producción de pensamientos, creencias y sentimientos asociados. Pero aquí es la configuración misma de estos productos la que define su eficacia patogénica expresando conflictos procesados sin el desplazamiento anterior pero no resueltos
- b) Es así que determinadas *creencias* preconscientes generan y modifican funciones corporales con mayor o menor intensidad sin que se pueda suponer en ello el desarrollo de un síntoma psiconeurótico que involucre al cuerpo como en la variante anterior, pero sí a un sujeto que cree saber y que en cierta forma enferma de sus distorsiones cognitivas
- c) El modo 2 se rastrea en la psicósomática psicoanalítica en las concepciones freudianas de neurosis actuales, en las descripciones de los fenómenos más allá del principio del placer y en todas las revisiones de autores postfreudianos que intentan dar cuenta de lo irrepresentable, del narcisismo tanático y de su relación con los fenómenos del acto. Este modo implica fenómenos de carga y descarga de magnitudes desligados o nunca ligadas a representaciones, que metapsicológicamente son subsidiarias de escisiones defensivas y de la escisión estructural desde la que pensamos la constitución del aparato psíquico. Aquí nos encontramos dentro de lo que hoy en día se suele considerar como un centro del campo llamado psicósomático, a partir de las ideas de Marty, M'Uzan, McDougall y otros sobre la vida operatoria, la depresión esencial y el desmantelamiento no represivo de la estructura afectivo-ideativa expresado en la noción de alexitimia. En un sentido más amplio se corresponde con lo que entendemos como funcionamientos propios del Inc. escindido cuyas manifestaciones –de acuerdo a la lógica de la coexistencia- se dan paralelamente a las del Inc. reprimido que se expresa en el modo 1. El enfermar a expensas de la cristalización del modo 2 implica un

sujeto que nunca supo, donde no hay actividad fantasmática a descifrar y donde pueden existir distintos niveles de sufrimiento

- d) El modo 3 es aquel en el que las vicisitudes corporales se convierten en subrogados de formas de *comportamiento* en relación con la realidad exterior y las señales del propio cuerpo. En definitiva tanto el modo 1 como el modo 2 constituyen las dos grandes formas en las que el aparato psíquico responde a las carencias y a los excesos y ambos se manifiestan en distintos tipos de comportamientos. Es distinta las derivaciones de la *adaptación*, que entendemos como capacidad de tener en cuenta la existencia de una realidad ajena al propio funcionamiento mental y la posibilidad de realizar acciones para transformar en algún sentido esa realidad, incluyendo las *desadaptaciones* neuróticas y psicóticas, de la *sobreadaptación*. Esta noción definida por Liberman y colaboradores como adecuación exagerada y adicción a la realidad externa en detrimento de la realidad psíquica, es clásica en su asociación con manifestaciones somáticas. Describimos también por su valor heurístico lo que llamamos *paradaptación* : comportamiento propio de un Yo que desafía a la realidad externa y/o crea neorrealidades.
- e) Aquí se trataría de un sujeto que enferma o exagera enfermedades preexistentes a partir de sus formas de afrontamiento y sus hábitos que pueden estudiarse teniendo en cuenta modelos identificatorios y los modos descriptos.
- f) El modo 4 corresponde a la *exposición* de las funciones corporales a los factores socioambientales y a ciertas configuraciones familiares y culturales. La noción de trauma y de oferta de ideales implica cuerpos maltratados y abusados desde un nivel ecológico hasta el desempleo, desde la violencia familiar hasta la exigencia de juventud eterna , desde la desnutrición a la discriminación, desde las infecciones hasta los cánceres tóxicos y las dependencias de sustancias legales e ilegales. Esto quiere decir que hay también posibilidades y modos de enfermar que no implican necesariamente condiciones psicológicas como las definidas previamente. Este modo implica una forma de pensar ahora a un sujeto enfrentando y sufriendo el embate de fuerzas mayores a sus posibilidades de afrontarlas.

Por lo general los modos de involucración del cuerpo y su posibilidad de enfermar se articulan entre sí y guardan cierta relación lógica de funcionamiento que conviene sea pensada en términos de recursividad. Por otra parte nuestros cuerpos reconocen características genéticas y disposiciones que son cada vez más conocidas al igual que los mecanismos neuroinmunoendocrinológicos en juego.

La experiencia clínica y la investigación sistemática muestran como el predominio y cristalización de los modos 2,3 y 4 estaría más asociado a la noción de vulnerabilidad pero que en última instancia todos los modos deben ser vistos con

una perspectiva donde se jerarquice la intersubjetividad y los acontecimientos y condiciones vitales con sus carencias y excesos. La mayor o menor vulnerabilidad –por lo dicho anteriormente- la entendemos directamente asociada a la noción de malestar que puede estudiarse en relación a la calidad de vida, los sucesos traumáticos, históricos y actuales y la existencia o no de una red vincular que brinde sostén. El cuerpo que se enferma y el cuerpo enfermo deben ser pensados en función de estos grandes parámetros que definen la vulnerabilidad, de modo tal que a mayor persistencia de sucesos traumáticos, menor capacidad de sostén de la red vincular y menor calidad de vida, mayores serían las probabilidades de exacerbación y complicaciones de la patología preexistente e inclusive la generación inespecífica de enfermedad.

Los procesos de adaptación – desadaptación implicarían producciones neuróticas o psicóticas en relación a la realidad y la sobre y paradaptación pueden estar más vinculadas con las manifestaciones somáticas y comportamentales, pero también estas delimitaciones deben ser permanentemente puestas a prueba. En definitiva -como todos sabemos- existen problemas que al igual que las enfermedades pueden verse como obstáculos o como desafíos; los psicoanalistas actuales los tenemos que seguir planteando e intentando resolverlos con humildad y creatividad dado que el sufrimiento humano es persistente y lamentablemente ingenioso en sus manifestaciones.-

