

Cuerpos, hábitos y cultura

Bodies, habits and culture

Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis Zukerfeld

Resumen: El propósito de este trabajo es presentar en primer lugar una perspectiva psicoanalítica de como atraviesan la naturaleza de los cuerpos los vectores culturales –legalidades e ideales- que conforman subjetividades que se articulan a través de hábitos. Las legalidades son normas explícitas e implícitas que regulan las relaciones intersubjetivas, y los ideales culturales dominantes son las nociones y creencias, que se ofrecen para la regulación de la autoestima de los sujetos que integran una cultura determinada. Los hábitos son actitudes y comportamientos adquiridos, repetidos, inconscientes y automáticos, que pueden ser interferidos por un conflicto, pero que son un producto de lo inconsciente no reprimido que entendemos como escindido, correspondiente al llamado inconsciente originario y a las memorias implícitas. Este planteo se sostiene a partir de las nociones de complejidad, heterogeneidad de lo inconsciente y coexistencia de distintos productos inconsciente. Se plantea la existencia de una “mente corporizada” y un “cuerpo mentalizado” como un doble circuito donde los vectores culturales *atraviesan* los cuerpos generando distintos tipos de hábitos. Además, los hábitos consolidados *articulan* en sentido recursivo los funcionamientos de lo que llamamos mente, con los de aquello que llamamos cuerpo. Se presentan además cinco modos de enfermar, distintas modalidades analíticas de enfocarlas y dos viñetas clínicas que definen lo que se llama “clínica temblorosa” donde el trabajo analítico con la unidad mente-cuerpo necesita dispositivos de traducción, evitando lo que entendemos como procustianismo.

Palabras clave: cuerpo, enfermedad, ideales, hábitos, traducción

Abstract: The purpose of this paper is to present first of all a psychoanalytical perspective on how cultural vectors -legalities and ideals- that shape subjectivities articulated through habits, cross the nature of bodies. Legalities are explicit and implicit norms that regulate intersubjective relations, and dominant cultural ideals are the notions and beliefs, which are offered for the regulation of the self-esteem of the subjects that integrate a given culture. Habits are acquired, repeated, unconscious and automatic attitudes and behaviors, which can be interfered with by conflict, but which are a product of the unrepressed

unconscious that we understand as split, corresponding to the so-called originary unconscious and implicit memories. This approach is based on the notions of complexity, heterogeneity of the unconscious and coexistence of different unconscious products. The existence of an "embodied mind" and a "mentalized body" is proposed as a double circuit where cultural vectors cross the bodies generating different types of habits. Moreover, the consolidated habits articulate in a recursive sense the workings of what we call mind, with those of what we call body. Five ways of getting sick, different analytical modalities of approaching them and two clinical vignettes that define what is called "trembling clinic" where the analytical work with the mind-body unit needs translation devices, avoiding what we understand as procustianism, are also presented.

Keywords: body, disease, ideals, habits, translation

Esta mañana pensé que mi cuerpo, ese compañero fiel, ese amigo más seguro y mejor conocido que mi alma, no es más que un monstruo solapado que acabará por devorar a su amo.

—Marguerite Yourcenar, *Memorias de Adriano*.

En 1930/1955 Freud escribe que “el propio cuerpo, que condenado a la decadencia y aniquilación ni siquiera puede prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia” (p. 25). Es claro también cómo Yourcenar -en el epígrafe- pone en boca del emperador Adriano aquella vivencia, en términos equivalentes a la traición de “ese compañero fiel” que se transformará en “un monstruo solapado” (Yourcenar, 1994, p. 1) que destruirá al sujeto.

Freud (1930/1955) también plantea con claridad que:

[...] el hombre ha llegado a ser, por así decirlo, un dios con prótesis: bastante magnífico cuando se coloca todos sus artefactos, pero estos no crecen de su cuerpo, y a veces le procuran muchos sinsabores [...] tiempos futuros traerán nuevos y quizás inconcebibles progresos en este terreno de la *cultura*, *exaltando aún más la deificación del hombre*. (p. 38, la cursiva es nuestra)

Es así que planteamos que el cuerpo es el atravesamiento de una naturaleza, realizado por una cultura que incluye conflictos e ideales endiosantes. Hoy en día la naturaleza del organismo humano se conoce mucho más que en la época de Freud y las nuevas tecnologías que incluyen desde cirugías de todo tipo hasta realidades virtuales e inteligencia artificial, devienen en nuevas y sofisticadas prótesis.

El propósito de este trabajo es presentar una perspectiva psicoanalítica sobre cómo atraviesan la naturaleza de los cuerpos las creencias, las costumbres, los modos de vida, los sistemas de valores, las tradiciones, la moral y el derecho. Para ello, describiremos lo que consideramos -desde el punto de vista psicoanalítico- los vectores culturales, es decir,

legalidades e ideales, que conforman subjetividades que se *articulan* a través de actitudes y comportamientos poco estudiados por el psicoanálisis tradicional: los hábitos.

Por otra parte, describiremos las distintas posiciones analíticas frente al cuerpo y sus manifestaciones y modos de enfermar, en relación a nuestras cuatro nociones referenciales:

a) la noción de *heterogeneidad* del inconsciente: existen varios funcionamientos u operatorias con características diferentes de modo que no es posible hablar de *un* inconsciente. En este sentido la noción de modularidad de Bleichmar (1999) ejemplifica bien lo antedicho. Este autor señala que lo que tenemos no es ya un inconsciente único, homogéneo en cuanto a su origen, a sus contenidos y a sus leyes de funcionamiento, sino múltiples formas de existir inconsciente.

b) la noción de *coexistencia*: los distintos funcionamientos u operatorias inconscientes se dan simultáneamente y las producciones finales incluyen siempre aspectos variables de los mismos. Así es que toda producción sintomática es siempre “mestiza”.

c) la noción de *correspondencia*: los funcionamientos que se describen intentan estar acordes con las investigaciones sobre las memorias y las emociones y con los desarrollos de las disciplinas de la subjetividad. Así es que se espera como mínimo que una especulación metapsicológica no sea antagónica con las evidencias obtenidas por otras disciplinas en problemáticas afines.

d) la noción de *recursividad*: los funcionamientos se describen de acuerdo al paradigma de la complejidad donde se cuestionan los determinismos lineales causa-efecto y donde no se debe confundir causalidad con significación, ni una “fotografía” de un momento con la dinámica de la “película”

De este modo es posible pensar que existen varios inconscientes, que no se sustituyen evolutivamente entre sí –sus operatorias suelen ser simultáneas- y que sus funcionamientos pueden corresponder a lo que en neurociencias se describe como distintos tipos de memorias.

Cuerpos, legalidades e ideales culturales dominantes

Desde una perspectiva psicoanalítica pensamos que las transmisiones culturales de los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias, se realizan a través de dos vectores que entendemos como legalidades e ideales culturales dominantes y que se corresponden con los dos grandes modos de funcionamiento psíquico, el edípico y el narcisista.

Definimos como legalidades culturales dominantes al conjunto de *normas y reglas explícitas e implícitas en una cultura determinada, que regulan las relaciones intersubjetivas* y que provienen de tradiciones, legislaciones, desarrollos científicos y tabúes o mitos. En relación al cuerpo por lo general se establecen en términos de prohibición, autorización o promoción de comportamientos y actitudes que dependen del ámbito cultural o microcultural del sujeto. Por ejemplo, Martínez Barreiro (2004) -desde

una perspectiva sociológica- plantea que: “interiorizamos ciertas reglas o normas del vestir que utilizamos inconscientemente a diario” (p.128).

Este ejemplo vale para numerosos comportamientos corporales que incluyen maneras de saludar, posturas y distancias con el otro, contactos eróticos y sexuales, formas de comer, de bailar o cantar, etc. Desde una perspectiva psicoanalítica las legalidades culturales regulan las satisfacciones pulsionales por vía del superyó, constituido -como es sabido- a partir de las figuras parentales que, a su vez, son portadoras de los valores culturales predominantes. Por otra parte, la noción paradigmática de represión y la concepción explicativa del síntoma psiconeurótico en el primer Freud, y la noción de “malestar en la civilización” en el último Freud, guardan una relación íntima con lo que aquí denominamos legalidades culturales dominantes.

Sin embargo, existen diferencias con los efectos sobre los cuerpos que produce el segundo gran vector -los ideales- que surge de la otra gran estructura universal de la conformación subjetiva, que es el narcisismo y sus vicisitudes. Así es que describimos los ideales culturales dominantes como *las nociones y creencias que se desarrollan en el seno de una cultura o microcultura determinada y sus dispositivos asociados, que se ofrecen para la regulación de la autoestima de los sujetos que la integran.* (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 2016) Implican diversas variantes discursivas, circulan en el campo inter y transubjetivo y se reproducen en los vínculos familiares, sociales y laborales.

Aquí -como es sabido- es necesario realizar la diferencia conceptual entre el ideal como *ideal del yo*, parte del conflicto intersubjetivo (narcisismo trófico ligado a la estructura edípica), del ideal, como *yo ideal*, cuyo predominio, es el resultado de una *carencia* que no se plantea como conflicto sino como déficit. En este sentido conviene recordar que la Escuela Psicósomática de París (Marty, 1990) asocia la persistencia del yo ideal con los déficit de mentalización.

Los ideales son *culturales* porque son el producto de un conjunto que puede ser descrito para un lugar, una época, una clase social y una determinada trama de vinculación intersubjetiva. Pero además son *dominantes* porque poseen un consenso implícito que denota la existencia del mecanismo de *obediencia* a esos ideales consagrados. Se trata en realidad de lo que es vivenciado como deseable de modo que su efecto dominante no es percibido como tal y adquiere cierta naturalización, a diferencia de la percepción de la legalidad a la que el sujeto se somete o se rebela. Entendemos que tiene mucha importancia, la relación de los cuerpos con los ideales que aparecen con mayor especificidad asociados a determinadas patologías definidas. Se trata de los que denominamos ideales de eficientismo y de manipulación corporal.

El *Ideal de eficientismo* se refiere a las condiciones culturales que promueven el rendimiento y el triunfo competitivo como valores definitorios en todas las prácticas sociales. En particular este ideal domina la relación tiempo de trabajo-tiempo de ocio, manifestándose como una entronización de la realidad externa. La ya clásica noción de sobreadaptación de Liberman *et al* (1982) encuentra su expresión más clara en este ideal que incluye sujetos que desmienten las señales de la interioridad (v.g. enojo, cansancio, miedo), en relación directa con determinada eficiencia. También nociones como alexitimia y normopatía (McDougall, 1991) y vida operatoria (Marty, 1990) se asocian a este ideal.

Hemos descrito en otra parte el mito de Aquiles (Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2016) para definir la noción de subjetividad aquileica que alude a una forma de sobreadaptación donde la vulnerabilidad del sujeto se esconde en una fantasía de invulnerabilidad. Dicha fantasía implica impulsividad y omnipotencia, que en nuestra investigación sobre el mito proviene del vínculo narcisista tanático con Tetis, la madre de Aquiles, mujer humillada por Zeus y necesitada de recuperar su gloria a través del sacrificio de su hijo.

El *Ideal de manipulación y cambio corporal es el que implica una acción directa sobre los cuerpos* y alude a las condiciones culturales que promueven la perfección corporal y la subversión de la biología, es decir la posibilidad de cambio sin límite del aspecto y funcionamiento del cuerpo en sus capacidades somáticas y sexuales. Este ideal domina el vínculo del sujeto consigo mismo manifestándose como una búsqueda permanente de belleza, de potencia y de juventud a través de la delgadez, el desarrollo de la musculatura y las manipulaciones quirúrgicas del cuerpo. Aquí predomina la renegación de los límites corporales como expresión de una cultura donde la medicina tecnológica plantea que todo es posible. Existen evidencias de la asociación de este ideal con patologías definidas como la anorexia y bulimia nerviosa, con trastornos difusos como la orthorexia y la vigorexia y con el conjunto de obsesiones vinculadas con la búsqueda de la juventud eterna.

Este ideal a partir del 2010 -como señala Sadin (2022)- debido al auge de la tecnología fascinó al planeta generando un doble fenómeno: por un lado un espejismo de soberanía y por otro una profunda sujeción a reglas y mandatos, en especial vinculadas a la imagen, que afectan a la autoestima. Instagram es un ejemplo de esto. El posteo de fotografías, retocadas gracias al uso de filtros y los temas elegidos por uno mismo, permite que cada uno exponga aspectos de su vida y de su aspecto personal que tienen que ver con una imagen idealizada con la que se identifica, pero que es necesario resguardar para no poner en evidencia la realidad. Ello claramente no solo afecta la autoestima sino que también lleva aislamientos y retracciones para justamente evitar esa confrontación.

Recientemente apareció en TikTok un nuevo filtro, el *Bold Glaomur*, que despertó fuertes polémicas debido a su algoritmo que rejuvenece y transforma los rostros alejándolos de la realidad. Esta herramienta borra imperfecciones y resalta las facciones con toques muy realistas gracias a la precisión aplicada con inteligencia artificial (IA). Al seleccionar este filtro desaparecen líneas de expresión, manchas, palidez, acné y cualquier tipo de imperfección que pueda existir acorde a los parámetros culturales de belleza impuestos socialmente.

Este tipo de belleza artificial se instala e impone en el imaginario colectivo generando parámetros irreales e inalcanzables. Se pierde la noción de realidad y la sujeción a estos estereotipos de belleza, al no ser alcanzados, generan trastornos anímicos, con consecuencias en algunos casos muy graves, que afectan a los usuarios más jóvenes que son en general los que más frecuentan esta aplicación.

Es importante plantear aquí una diferencia de efectos de las legalidades y los ideales culturales dominantes sobre los cuerpos y la subjetividad. Mientras las legalidades -independientemente de su origen- son parte de conflictos que se resuelven de distintos modos, los ideales dominantes se interiorizan con mayor naturalidad y por lo tanto no se

registran en su poder. Ambos vectores -que regulan vínculos, autoestima e identidades- se expresan en distintos síntomas, pero también en actitudes, creencias y comportamientos que, cuando son repetidos y automatizados, constituyen *hábitos* que regulan las tensiones no tramitadas por los sistemas representacionales y atraviesan los cuerpos.

Hábitos: la tercera repetición

Presta atención a tus pensamientos, porque se convierten en palabras. Presta atención a tus palabras, porque se convierten en acciones. Presta atención a tus acciones, porque se convierten en hábitos. Presta atención a tus hábitos, porque se convierten en tu carácter. Presta atención a tu carácter, porque se convierte en tu destino.

–Aforismo talmúdico

Perspectivas interdisciplinarias

En general las definiciones de hábito aluden a que es una disposición estable para obrar de una manera determinada que se adquiere mediante la repetida ejecución de ciertos actos. La Real Academia Española define al hábito como “modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas” (Diccionario de la Lengua Española XXIII, Ed. 2014). Las primeras teorizaciones sobre hábitos las encontramos en los desarrollos de Aristóteles en la *Ética a Nicómaco*, donde se ocupa de las virtudes éticas que constituyen una “segunda naturaleza” dado que son adquiridas. Pierre Bourdieu (1988), describe el *habitus* como “el conjunto de prácticas generadas por las condiciones de vida de los grupos sociales, así como la forma en la que estas prácticas vislumbran una relación concreta con la estructura social, esto es, el espacio de los estilos de vida” (p. 477). Paul Ricoeur (1986) plantea que es posible la adquisición de hábitos porque “son un potencial que sirve de punto de apoyo a la reflexión y a la voluntad para un nuevo salto” (p. 253). Gregory Bateson (1991) señala que el hábito constituye una de las más importantes economías de pensamiento consciente, “[...] y que ningún organismo puede permitirse el lujo de ser consciente de asuntos que puede manejar a nivel inconsciente” (p. 170). Henri Bergson (1896/2006) vincula el hábito con la memoria y señala que existe una *memoria hábito, técnica o constructiva* y otra *memoria recuerdo, imágenes o vital*. La primera es la que hoy en día se entiende como implícita, verdadera memoria sin recuerdos que, según Cyrulnik (2007) “[...] crea en las personas *sensibilidades, preferencias y habilidades para relacionarse* no conscientes, una especie de *memoria del cuerpo*” (p.124, la cursiva es nuestra). En su revisión de los aportes neurocognitivos al psicoanálisis, Moreno (2012) señala que, según Squire, la memoria implícita incluye: “[...] una heterogénea colección de habilidades, *hábitos* y disposiciones que son inaccesibles al recuerdo consciente y sin embargo han sido moldeadas por la experiencia, influyen sobre nuestra conducta y vida mental y son una *parte fundamental de quiénes somos*” (p. 84, la cursiva es nuestra).

Perspectivas psicoanalíticas

Escribe Freud en *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901/1975):

Se podría intentar una clasificación de las acciones casuales, de tan frecuente ocurrencia, según que ellas sobrevengan por *hábito*, o regularmente bajo ciertas

circunstancias o se produzcan en forma esporádica. Las primeras (como jugar con la cadena del reloj, mesarse la barba, etc. que *casi pueden servir para caracterizar a la persona en cuestión, lindan con los múltiples movimientos del tic y merecen ser considerados en el mismo contexto que estos últimos*. En el segundo grupo incluyo [...] borrar garabatos con la lapicera, hacer tintinear las monedas en el bolsillo, toda clase de manejos con la ropa, etc. [...] detrás de estos últimos quehaceres de juego se esconden *un sentido y un significado a los que se les deniega otra expresión*. (p.190, la cursiva es nuestra)

Estas acciones a las que Freud alude, que tienden a caracterizar “a la persona en cuestión” fueron opacadas por el contexto de descubrimiento de la represión. A partir de allí los desarrollos posteriores se dedicaron a la búsqueda de “un sentido y un significado”. Por otra parte, esas acciones “de tan frecuente ocurrencia” son corporales y categorizadas desde la lógica del tic, es decir, implican descargas. Pero lo que sucede a veces es que lo reprimido *interfiere* en los hábitos como Freud señala en el mismo texto más adelante:

Los desempeños habituales más triviales y ejecutados con mínima atención, como dar cuerda al reloj antes de irse a dormir, apagar la luz al salir de la habitación, etc. están sometidos a veces a *perturbaciones* que demuestran el influjo de los complejos inconscientes sobre los “hábitos” supuestamente más arraigados. (1901, p. 210, la cursiva es nuestra)

En su trabajo sobre el chiste señala que “[...] omite adaptarse a los requerimientos de la situación, cediendo al automatismo del hábito” (1905/1975, p. 62). Y en el caso Juanito y el caso Dora menciona varias veces a la masturbación como hábito, sobre la que ya había definido como “el primero y único de los grandes hábitos”, algo así como la “adicción primordial” (Freud, 1897/1975, p. 314). El término “hábito” también lo utiliza en 1912 para aludir al vínculo con el alimento y con la bebida en relación con las vicisitudes pulsionales, y así es que señala que “el hábito estrecha cada vez más el lazo entre el hombre y el vino que bebe”, mostrando la fuerza de la fijación al objeto (Freud, 1912/1975, p.181). Creemos entonces que, en general, Freud alude al hábito *como descarga más o menos automática diferenciada del valor simbólico del síntoma producto de un conflicto*.

Ferenczi (1925/1967) se ocupa explícitamente del tema cuando escribe que:

La formación de hábitos implica que el ello se ha hecho responsable de una previa actividad del yo (adaptación), mientras que el quebrar un hábito implica que el yo consciente ha tomado del ello un método de descarga que era anteriormente automático, con el fin de imprimirle una nueva dirección. (p. 233)

Agrega luego que “[...] por supuesto el tercer componente del yo, el superyó juega también un papel importante en los procesos de formación de hábitos y de la ruptura de hábitos” (p. 234), señalando que los hábitos no serían fácilmente adquiridos ni abandonados “[...] si no hubiese *identificación* con las fuerzas educativas cuyo ejemplo se erige en la mente como pauta de conducta” (p. 234, la cursiva es nuestra). Glover (1928) señala que el hábito sería una acción intermedia entre la voluntad consciente y la fuerza instintiva. Hartmann (1938) afirma que los hábitos son parte de la regulación de la conducta sin un significado en particular y Hart (1953) plantea el automatismo del hábito

como el de una máquina. Varios autores psicoanalíticos actuales se ocupan de la adquisición y desarrollo de los hábitos en relación con las memorias implícitas y los procesos de aprendizaje (Davis, 2001; Brockman, 2001; Bowins, 2010). También es señalado el aspecto cultural y sus diferencias con lo instintivo en la construcción de hábitos (Chessick, 1997; Hogenson, 2001; Jaenicke, 2010).

Podemos plantear entonces las cuatro características nucleares de los hábitos que consisten en ser *adquiridos, repetidos, inconscientes y automáticos*. (A.R.I.A). Este acróstico tiene un valor metafórico, ya que “aria” es una pieza musical creada para ser cantada por una voz *solista* como melodía *expresiva* de una ópera, que es el lugar que ocupan los hábitos en la vida. Freud diferencia las identificaciones primarias de raigambre narcisista, de las secundarias posteriores a la pérdida del objeto, e introduce el valor estructurantes de las mismas. Es así que la adquisición de hábitos, desde una perspectiva psicoanalítica, debería ser estudiada a partir de las teorías vinculares y de las vicisitudes identificatorias.

Baranger, Goldstein y Zak de Goldstein (1989) señalan:

Al principio, las identificaciones no tienen historia. Observamos sus resultados, en nosotros mismos, como *rasgos de carácter, como conductas o situaciones repetidas que van moldeando nuestro destino*. [...] Han caído en el olvido tanto los momentos, períodos o situaciones de identificación como los motivos que nos llevaron a ellos. (p. 902, la cursiva es nuestra)

Es claro que estas *conductas repetidas que moldean nuestro destino* y que provienen de vínculos e identificaciones, son hábitos. Su construcción incluye las identificaciones primarias asociadas al ideal. El psicoanálisis se ha ocupado, desde Freud en adelante, de dos tipos de repetición: la propiamente neurótica (Freud, 1914/1975) que implica una puesta en acto del síntoma que resiste, y la que está más allá del principio del placer, la compulsión de repetición (Freud, 1920/1975). La primera es la repetición del conflicto, donde se repite para *no* recordar. La segunda, asociada a lo traumático, es una repetición *ligadora*, que repite para *elaborar* lo inefable. Tanto lo conflictivo como lo traumático, implican manifestaciones sintomáticas y ambas han sido descritas en los trastornos del carácter.

Pero lo que planteamos aquí es lo que entendemos como un *tercer tipo de repetición que es la del hábito*, que llamamos repetición *reguladora* donde se repite para instalar en la memoria aquello que se recordará sin necesidad de pensarlo y que constituye un núcleo central del carácter. (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 2022). Estos recuerdos no son los recuerdos de la narrativa episódica o semántica (memorias declarativas) sino los que -como señala Bleichmar (2001)- son inscripciones *presimbólicas* sólidamente arraigadas en el psiquismo, constituyentes de las memorias implícitas. Se trata entonces de lo inscripto en el inconsciente escindido. Esta noción coincide con el inconsciente originario, que entendemos escindido a partir de considerar la escisión como el segundo estructurador psíquico coexistente con la represión, constituyendo un modelo de raigambre freudiana que entendemos como tercera tópica (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 1999) Decimos que la tercera repetición cumple una función reguladora porque implica un ahorro de represiones y de energía consciente a partir de la automatización.

Los hábitos en términos aristotélicos son adquiridos como “una segunda naturaleza”, es decir que son producto de la cultura diferenciándose de los reflejos innatos. Pero lo importante es su diferencia con el síntoma porque no provienen de un conflicto, no son el resultado de transacciones, de represiones ni de retorno de lo reprimido, sino que *son el producto de una combinación de identificaciones, repeticiones, aprendizajes y regulación de las excitaciones, dependiendo del tipo de hábitos que se trate.*

Planteamos entonces que es importante abordar el tema de los hábitos desde una perspectiva psicoanalítica. La metapsicología del hábito que proponemos plantea que, desde el *punto de vista tópico*, el hábito es un procedimiento que se construye y consolida en lo inconsciente escindido teniendo en cuenta la heterogeneidad de lo inconsciente donde existen producciones en las que interviene la represión y otras que no.

Desde el *punto de vista dinámico* en la construcción del hábito no existe un conflicto intrapsíquico pero el mismo puede interferir en forma de inhibición o desmesura. Por otra parte, *el automatismo del hábito puede cristalizar y cronificar un conflicto*. Un ejemplo clínico es el trastorno de la deglución que presentó una paciente que era una expresión de un conflicto originado a partir de la observación de una fellatio entre su padre y su amante, que luego se automatizó y se transformó en hábito. Esto significa que en determinadas circunstancias la tercera repetición subsume las otras dos. Además hay que tener en cuenta los conflictos intersubjetivos que se producen con ciertos hábitos infantiles que no satisfacen los deseos del cuidador, o en general, el desarrollo de hábitos que colisionan con los ideales de determinado ámbito familiar y cultural. En este último sentido -y desde el *punto de vista estructural*- el yo, que es el agente del hábito, percibe la tensión del superyó de modo que ahora el hábito adquiere un carácter egodistónico que no posee en su origen. Pero también ciertos hábitos se consolidan por el beneficio secundario que el yo obtiene de los mismos. Desde el *punto de vista económico*, el hábito implica un ahorro de energía consciente y descarga de excitaciones, por lo que cumple -como señalamos antes- una función reguladora que justamente puede verse alterada por el conflicto intrapsíquico o por amenazas de la realidad externa.

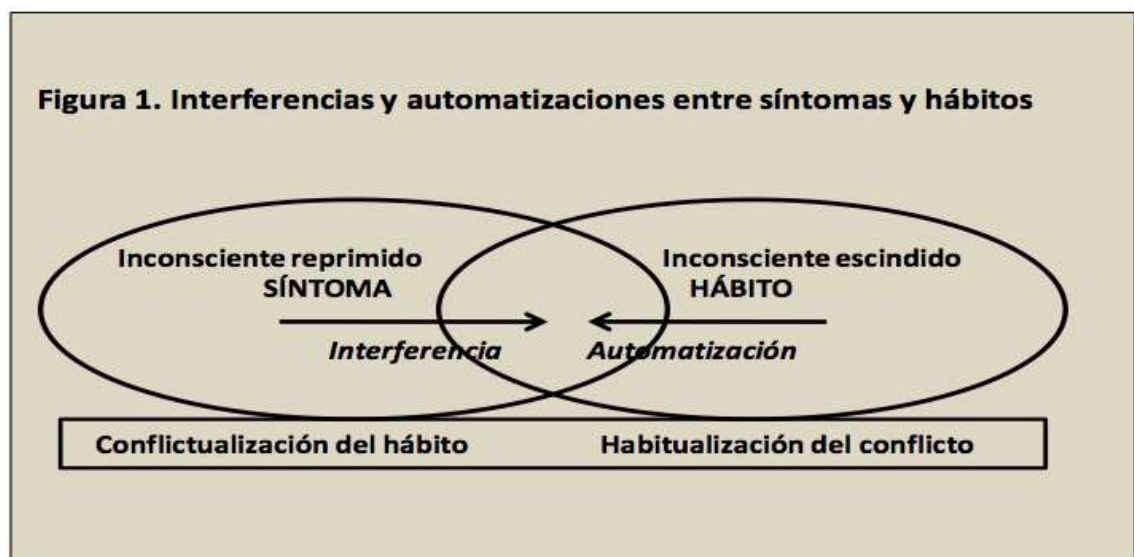
Teniendo en cuenta que los hábitos articulan cultura, mente y cuerpo podemos realizar una somera clasificación en fisiológicos, afectivos, cognitivos y operativos, los *hábitos fisiológicos* son aquellos de base innata que constituyen funciones básicas del yo (alimentarios, sueño, locomotores, etc.). Su modalidad y características dependen de las interacciones con el cuidador, su instalación es inconsciente, fuertemente ligada tanto a la regulación emocional diádica y a la autorregulación. El segundo grupo es el de los *hábitos emocionales o afectivos* que incluyen las distintas formas de reacción emocional frente a determinados eventos y en especial la modalidad vincular, es decir la forma de estar con el otro. Se Incluye también aquí el grado de intimidad vivenciado en los vínculos primarios, y la serie de la empatía, función reflexiva y mentalización (Fonagy, 2006). El tercer grupo comprende los *hábitos cognitivos y ejecutivos* que incluyen los sistemas de creencias, planificación de metas o inhibición, inicio o mantenimiento de una acción. El cuarto grupo está formado por los *hábitos operativos o motores* cuya adquisición es por aprendizaje voluntario, por repetición y entrenamiento (andar en bicicleta, tocar el piano, jugar al tenis, etc.) que suelen convertirse en *recursos yoicos* de importancia pues constituyen las habilidades o aptitudes que un sujeto puede o no desarrollar, importantes para los procesos de transformación.

Esto implica que un hábito no es solamente un comportamiento o una habilidad, sino una compleja combinación de procedimientos inconscientes articulados entre sí que pueden quedar o no interferidos por un conflicto, pero donde dicha interferencia es diferente de la construcción del hábito, dado que el mismo es un producto de lo inconsciente escindido.

En la figura 1 puede observarse la relación permanente entre las derivaciones sintomáticas del conflicto y su efecto de interferencia sobre ciertos hábitos, (conflictualización del hábito) y la automatización que estos pueden producir cronificando ciertas patologías (habitualización del conflicto).

Figura 1

Interferencias y automatizaciones entre síntomas y hábitos



Cuerpo mentalizado y mente corporizada: atravesamientos y articulaciones

La clasificación y la definición antes desarrollada permiten percibir -a nuestro criterio- cómo los hábitos se constituyen en articuladores fundamentales y recursivos entre mente y cuerpo. En este sentido, si se diferencia la materialidad del cuerpo de su representación -la imagen corporal- se debe tener en cuenta cómo la adquisición de hábitos por interacción y por identificación con figuras significativas constituye dicha representación del cuerpo. Esta posee entramados distintos niveles conscientes, preconscientes e inconscientes, que se refieren respectivamente a su forma o aspecto, su interioridad y su significado.

El nivel de la forma comprende las representaciones conscientes asociadas a la percepción directa de las dimensiones, postura, movimientos y superficie corporal, asequibles directamente por los órganos de los sentidos. En cambio, el nivel de la interioridad incluye las representaciones preconscientes asociadas a las sensaciones propioceptivas y cenestésicas y que incluyen las señales de las series hambre-saciedad, tensión-distensión y dolor-placer. El nivel del significado se corresponde con la noción de "cuerpo erógeno" e incluye el conjunto de representaciones inconscientes asociadas a

los vínculos intersubjetivos y a las vicisitudes del deseo. Es conocido cómo los hábitos del cuidador contribuyen a la erogeneidad corporal y a su íntima relación con el nivel de la interioridad y sus hábitos fisiológicos. Asimismo, el entramado de los tres niveles se articula a partir de hábitos cognitivos, emocionales y operativos.

Así es que existen hábitos mentales que determinan y modulan aspectos, percepciones y funciones corporales, y también existen hábitos corporales que determinan funcionamientos psíquicos de diferentes características. Esto nos permite plantear la complejidad que implica que la primera afirmación sugiere la existencia de un “cuerpo mentalizado” y la segunda la de una “mente corporizada”.

Ricardo Bernardi (2005) cuestiona la clásica división entre cuerpo erógeno y cuerpo biológico, y también la distinción entre cuerpo y psiquis, planteando un cuerpo único pero *suficientemente complejo* “[...] postulando un cuerpo viviente y un psiquismo encarnado y reconociendo en las fronteras entre ambos la existencia de zonas de superposición y tierras de nadie” (p. 42). Esto ha puesto en evidencia la complejidad del problema mente-cuerpo. En realidad, Freud es quien desarrolla la noción de un aparato psíquico activado por pulsiones y sus vicisitudes con los objetos, y es importante lo que sostiene al respecto André Green en un debate con Luis Chiozza, cuando señala que:

[...] la originalidad de Freud ha consistido en crear un dualismo de reunión. Por “dualismo de reunión” se debe entender la diferencia de estructura entre lo psíquico y no psíquico (igual a corpóreo), no una diferencia de esencia. *La concepción de un psiquismo enraizado en el cuerpo, pero también determinado por sus objetos y no como una organización autónoma.* (Green y Chiozza, 1992, p. 49, la cursiva es nuestra)

Desde la perspectiva de este dualismo de reunión la terminología que preferimos utilizar es la de “mente” para referirnos al funcionamiento de un aparato psíquico donde existe una *coexistencia* de procesos reprimidos y escindidos, dependientes de un sustrato neurobiológico, atravesado por la cultura y sus vectores, las legalidades y los ideales culturales dominantes. Y consideramos “cuerpo” al concepto que alude al conjunto complejo de mecanismos biológicos que atraviesan y son atravesados por dicha mente *con y sin valor simbólico*.

Este criterio de enraizamiento nos permite sostener la existencia de una “mente corporizada” a partir de las investigaciones de Antonio Damasio quien escribe que “no se puede concebir la mente sin algún tipo de *encarnación*” (Damasio, 2008, p.269, la cursiva es del autor). Asimismo es preciso señalar que en función de la complejidad antes mencionada, las modificaciones de funciones biológicas (vg. endócrinas, neurológicas o inmunitarias) afectan los funcionamientos psíquicos como sucede por ejemplo en las denominadas depresiones mayores, trastornos tiroideos o en cualquier patología crónica. Además planteamos que junto a esta mente corporizada existe un *cuerpo mentalizado* cuya expresión princeps -la histeria de conversión- permitió el descubrimiento freudiano de la represión y del inconsciente. Pero de acuerdo a lo señalado *ut supra* los efectos del aparato psíquico sobre las funciones corporales no se limitan a los fenómenos conversivos como lo demuestran las somatizaciones, la clínica del stress y los desarrollos de la Escuela Psicosomática de París.

En cualquiera de las dos vías, según hemos planteado en otra parte, (Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2022) los hábitos funcionan como *articuladores* recursivos -como hemos señalado- porque en diversas condiciones el cuerpo posee hábitos instalados que generan estados mentales y subjetivos, y la mente desarrolla hábitos que determinan distintas actitudes, funcionamientos y comportamientos corporales. De allí que el primer movimiento corresponde a la mente corporizada y el segundo al cuerpo mentalizado.

Los desarrollos de las neurociencias han permitido diferenciar las memorias declarativas o explícitas de las memorias implícitas. Estas últimas - procedimentales y emocionales- se corresponden con modos de funcionamientos inconscientes que constituyen -como hemos mencionado- la base tónica y económica de los hábitos. Lo que se denomina memoria emocional depende de distintas estructuras neurales, como la amígdala, adonde llegan los estímulos del mundo externo sin pasar por la corteza y esta información activa inmediatamente una serie de respuestas corporales. Díaz-Benjumea (2002) enfatiza el concepto de coexistencia cuando describe la memoria emocional o asociativa, que difiere de la declarativa pero que evidentemente actúa en paralelo conectada a todos los demás sistemas. Señala -siguiendo a Le Doux- que la percepción emocional es previa a la ideativa, y no implica toma de conciencia, de modo que pueden ponerse en marcha mecanismos defensivos para evitar esa emoción antes de tener conciencia de la misma. Es evidente que ya no estamos en el terreno de la represión ni de la inscripción simbólica pero sí de una inscripción emocional vía circuito amigdalino.

Por otra parte, el cuerpo activado -en un circuito recursivo- emite también una serie de respuestas que son interpretadas primero por la amígdala y por último por los circuitos corticales, donde se construye una narrativa, que incluirá la lectura de lo corporal unida a la historia singular del sujeto. Esta lectura constituye una suerte de “paisaje” formulado por Damasio (2008) quien describe además el “marcador somático”, es decir las señales que provienen del cuerpo frente a determinados estímulos que se asocian a emociones primarias (vg. miedo, alegría) y luego mediante aprendizaje social a sentimientos complejos, que determinan decisiones y comportamientos.

Pensamos que tanto el “paisaje” como el “marcador somático” implican emociones expresadas en actitudes y conductas que no dependen de lo reprimido. La historia del psicoanálisis es plena en consideraciones que giran sobre un eje donde es el funcionamiento psíquico el que determina funcionamientos corporales. Sin embargo ¿qué sucede cuando es el cuerpo el que envía mensajes -a través de las sustancias que lo componen- a la mente y provoca cambios afectivos, conductuales o ideativos?

Pensar la doble vía, su coexistencia y su constante recursividad es una tarea necesaria y permanente para el pensamiento psicoanalítico, tanto para evitar ingenuidades teóricas como para preservarse de iatrogenias no admitidas.

Es importante recordar que en las dos vías cuando el mecanismo es inconsciente, repetido y automático se trata de diferentes tipos de hábitos que pueden o no ser interferidos por conflictos vinculados a una historia subjetiva. En la figura 2 puede observarse una reseña de lo hasta ahora planteado donde la cultura, a través de sus dos grandes vectores -las legalidades y los ideales culturales dominantes- asociados a los mitos fundacionales (Edipo y Narciso) generan hábitos. Algunos de estos hábitos se adquieren por aprendizaje y otros se instalan directamente de modo inconsciente y

funcionan como articuladores en las dos vías señaladas, la mente corporizada (MC) y el cuerpo mentalizado (CM).

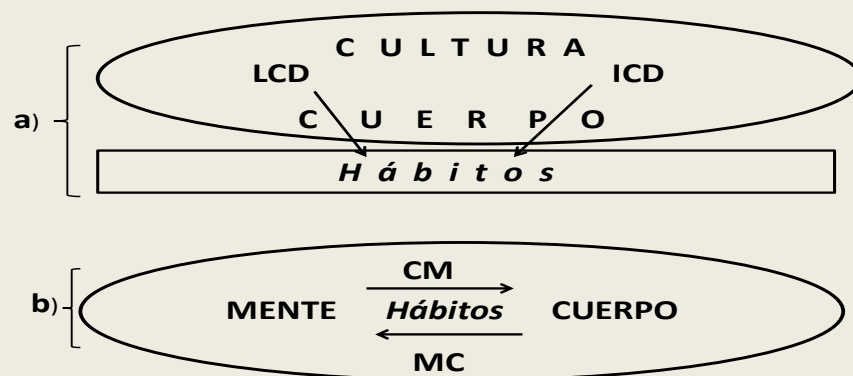
Así es que hemos planteado en otra parte (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 2016) lo siguiente;

a) Los vectores culturales en su modo edípico y narcisista *atraviesan* los cuerpos generando distintos tipos de hábitos, algunos de ellos instalados sobre bases innatas.

b) Los hábitos consolidados *articulan* en sentido recursivo los funcionamientos de lo que llamamos mente, con los de aquello que llamamos cuerpo, cumpliendo funciones reguladoras.

Figura 2

Figura 2. a) Atravesamientos y b) Articulaciones entre legalidades culturales e ideales culturales dominantes (LCD y ICD) y hábitos y cuerpos (CM: cuerpo mentalizado; MC: mente corporizada).



Sobre la clínica temblorosa

Toda enfermedad tiene algo de ajeno a nosotros e implica una sensación de invasión y pérdida de control que se evidencia en el lenguaje que utilizamos para referirnos a ella. [...] Yo tenía la sensación de que aquella mujer temblorosa era y no era yo al mismo tiempo. Podía reconocerme del cuello para arriba, pero del cuello para abajo mi cuerpo era un ser convulso e ignoto. [...] Decidí ir a la búsqueda de la mujer temblorosa.

–Siri Hustvedt, *La mujer temblorosa o la historia de mis nervios*

Carla tiene 24 años, se presenta cubierta por varias capas de ropa e impacta por su delgadez. Pero lo más llamativo es la rigidez de sus movimientos, su mirada perdida y su escasa gestualidad. Refiere que su anterior analista la habría echado porque estaba cansada por los relatos repetitivos acerca de su miedo a engordar, la comida y la actividad física, y porque “no cumplía con la condición del tratamiento, no le traía sueños y no asociaba”. Es la mayor de tres hermanos, los otros dos son varones que trabajan en la

empresa familiar. De chica dice que era obesa y eso motivaba las burlas de sus primos. La madre la castigaba con violencia por ese motivo; le decía frecuentemente “pará de comer que por tu culpa somos el hazmerreir de la familia”. Descubre durante el análisis que el padre -que también la castigaba- era alcohólico, conducta negada por la familia. Iba al colegio tapada para que no descubrieran los moretones. La madre le hacía toda la tarea porque decía que ella era una inútil. Lo peor comenzó a los 14 años cuando se hacía cortes en las manos y una vez tuvieron que llamar a emergencias. Allí empezó su primera terapia y relata que la trataban como loca y que le dieron una medicación que la hizo aumentar mucho de peso. Comienza entonces a comer sola, no tenía amigos y pasaba sus días dentro de la casa o trabajando en la empresa familiar. A través de internet y de libros y revistas especializadas conoce todas las calorías de los alimentos, el gasto calórico de cada actividad, suma y resta calorías todo el día, realiza entre cuatro a seis horas de actividad física diaria y si llega a comer algo fuera de lo pautado, agrega otra hora de bicicleta. Cuando esto no resulta suficiente comienza a vomitar. Este comportamiento se inicia después de una discusión con la madre y cuando llega a las entrevistas con su actual analista dice: “vomito tres a cuatro veces por día, pero me llevo bastante bien con mamá, el problema es que ahora me quiere hacer engordar”. En ese entonces tenía un peso de 40 Kg cuando su peso normal debía ser alrededor de 54 kg.

El nuevo proceso analítico se plantea en un contexto interdisciplinario donde la analista está en contacto con un médico nutricionista y un psiquiatra. Se trabaja sobre distintos focos vinculados con los vómitos, sus hábitos alimentarios y de actividad física. En el campo transferencial se la estimula a que realice actividades artísticas vinculadas a la pintura y escritura a partir de algunos dibujos y poesías que comparte con su analista. Al sentirse aprobada por ella se anima a comenzar un taller de dibujo. Al cabo de dos años de este proceso ha normalizado su peso en valores bajos, pero con una alimentación más adecuada. Lucha con lo que llama “vomitar por gusto”, diferencia el estar gorda del sentirse gorda y comienza una relación con un profesor de pintura.

Marta tiene 19 años. El año pasado terminó la escuela secundaria en un prestigioso colegio privado bilingüe. Fue una excelente alumna, primera hija de un matrimonio de exitosos profesionales, deportistas y muy perfeccionistas con su aspecto corporal. Relata que va de compras con su madre y le preguntan “si son hermanas”. Realizó deportes en el colegio y participó de varios torneos. Tiene un diario donde anota todo lo que le va pasando, hace la lista diaria para llamar por teléfono, no olvida nunca una fecha y para su cumpleaños va tildando cada una de las personas que la llaman y se pone muy mal si alguien se olvida. Dice que el último año de su colegio “no fue un buen año”. Sus padres comenzaron a preguntarle qué carrera iba a seguir y ella estaba muy confundida. Está harta de estudiar, nada le gusta, siempre se compara con los demás y siente que no tiene los mismos intereses que sus compañeros. Se siente insegura y no sabe por qué de pronto necesita comer algo. Por otra parte, cuando se aproxima la fecha del viaje de egresados comienza a angustiarse. Se ve gorda y dice que con ese cuerpo no se pondría una malla. Le pide a su madre que la lleve a un médico, quien le señala que está en su peso, pero que si quiere puede bajar dos kilos, y le indica una dieta. A partir de ese momento comienza a sentirse vigilada por sus padres, las comidas son una tortura, se pone tensa, tiene fuertes dolores abdominales, y se le cierra la garganta. Por ese motivo se retira frecuentemente sin comer de la mesa y termina comiendo después todo lo que encuentra. Estos episodios de atracones se repiten y dice estar muy angustiada, siente que todo está fuera de control y no sabe cómo seguir.

Durante el proceso analítico el analista realiza intervenciones de sostén, destinadas a validar la experiencia de la paciente en las situaciones de exigencia y paralización a partir de las identificaciones ambivalentes con sus figuras parentales. En una sesión al cabo de un año de tratamiento dice: “mi mamá es divina, la amo, pero trabaja mucho, yo quiero que tenga paz, que descansa. El analista en esta sesión realiza una intervención interpretativa limitándose a invertir el orden de la frase, es decir “que descansa en paz”, generando un *insight* significativo sobre la ambivalencia de la paciente.

Es posible observar en estas breves viñetas que se trata de pacientes que la psiquiatría define como “trastornos de la alimentación”. Estas patologías, como otras que involucran al cuerpo con riesgos significativos, constituyen una clínica “temblosa” en el sentido que generan temores, misterios y frustraciones. En ambas pacientes existen comportamientos alimentarios patológicos y en especial distorsiones en la representación de su cuerpo. La historia y los vínculos parentales son muy diferentes, predominando el efecto de lo traumático en Carla y el conflicto de raigambre edípica en Marta. Pero en ambas hay comportamientos y creencias repetitivos que en Carla se han automatizado por ejemplo en el vómito y en Alicia en los atracones. Por otra parte, los vectores culturales se hacen presentes vía Internet en la primera paciente y vía el ambiente parental de Marta.

En ambos casos los procesos pudieron desarrollarse en la medida que los analistas se implicaron y escucharon, pero simultáneamente *vieron* esos cuerpos temblorosos alterados por funcionamientos psíquicos distorsionados y esas mentes contaminadas -en el caso de Carla- por los trastornos fisiológicos del cuerpo. Creemos que en ambas pacientes puede observarse cómo el conflicto interfiere en los hábitos alimentarios y en los hábitos cognitivos -las creencias- sobre su cuerpo, y cómo su automatización cronifica y obstruye la resolución del conflicto. Por otra parte, es importante destacar los estilos de intervenciones y de diseño del encuadre donde existe una gran disponibilidad del analista dentro de marcos interdisciplinarios. Así es que el analista de Carla no solo escucha un relato, sino que *ve* un cuerpo desnutrido y sus efectos psíquicos. Y el analista de Marta debe intervenir inmerso en un contexto microcultural pleno de hábitos perpetuadores de conflictos singulares.

Cinco modos de enfermar

El recorrido -ciertamente arbitrario y recortado- por las distintas posiciones teóricas realizado anteriormente, nos enfrenta a la consideración de las modificaciones que las mismas traen a la práctica clínica que consideramos con Hustvet “temblosa”. Y aquí encontramos posturas diferentes, no ya un corpus claro y definido como el desarrollado por Freud en su teoría de la técnica en el modelo de las psiconeurosis, sino soluciones originales y singulares propuestas por los diferentes autores. Entre ellas podemos mencionar las ampliaciones en el concepto de transferencia-contratransferencia, un mayor énfasis en el concepto de alianza terapéutica, una mirada más atenta al cuerpo y sus manifestaciones gestuales y posturales, la importancia del analista comprometido e involucrado y una profundización del concepto de interdisciplina por la incorporación de hallazgos de disciplinas de la subjetividad y de las neurociencias, dentro de la perspectiva de un psicoanálisis contemporáneo.

Creemos que el analista se enfrenta permanentemente con los cuerpos y sus enfermedades y que muchas veces se tiende a simplificar la forma de pensar e intervenir, a veces por omnipotencia y otras veces por impotencia terapéutica.

Así es que plantaremos en forma sucinta la complejidad del panorama clínico y teórico describiendo cinco modos de enfermar no excluyentes entre sí y al menos cinco tipos o modalidades analíticas de pensamiento e intervención.

Conversiones y creencias

El primer modo 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 aquellos 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 que adquiere valor simbólico. En cambio, la variante progresiva se formula a partir de cierto éxito del aparato psíquico en la producción de pensamientos, creencias y sentimientos asociados. 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 que en cierta medida enferma de sus distorsiones cognitivas.

Somatizaciones

El segundo modo corresponde a las concepciones freudianas de neurosis actuales, sus descripciones de los fenómenos más allá del principio del placer y 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 desligadas 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 planteado así como una tercera tópica. (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld,1999). El término *somatización* corresponde a este modo de producción sintomática sin valor simbólico al que han hecho importantes desarrollos tanto las teorías del stress como las de la Escuela Psicósomática de Paris sobre la vida operatoria, la depresión esencial y el dismantelamiento no represivo de la estructura afectivo-ideativa expresado en la noción de alexitimia. El estudio de este modo ha introducido en la psicopatología la noción de indicadores de desorganización y jerarquizado la noción de trauma. En un sentido más amplio se corresponde con lo que entendemos como funcionamientos propios de lo inconsciente escindido, cuyas manifestaciones –de acuerdo a la lógica de la coexistencia- se dan paralelamente a las de lo inconsciente reprimido que se expresa en el primer modo.

Sobreadaptaciones y comportamientos

El tercer modo 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 primero como el segundo modo 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. El comportamiento adaptativo implica la 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. Pero el comportamiento sobreadaptativo (Lieberman *et al*, 1982) constituye una adecuación excesiva a la realidad externa en detrimento de la realidad psíquica, y 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 neorealidades. En realidad aquí se trataría en general de conocer las distintas modalidades de afrontamiento y sus repercusiones somáticas, incluyendo también dichas formas cuando la enfermedad ya está constituida.

Hábitos disfuncionales

El cuarto modo se corresponde con aquellas patologías que se generan, perpetúan y/o agravan en relación a hábitos que representan factores de riesgo para la salud en general. Describimos anteriormente la metapsicología del hábito y los distintos tipos de hábitos (fisiológicos, relacionales, emocionales, cognitivos, operativos) que pueden determinar comportamientos inadecuados que afectan la salud y el estado de ánimo. Estas producciones sintomáticas no están generadas necesariamente por el conflicto neurótico, pero pueden ser afectados por dicho conflicto inhibiendo hábitos saludables o cronificando hábitos patológicos. Es claro que el tratamiento de patologías crónicas de gran prevalencia y toda la llamada *medicina de la salud se basa centralmente en el cambio de hábitos*.

Disposiciones genéticas y efectos ecológicos, sociofamiliares y culturales

Es importante aquí considerar siempre la disposición genética teniendo en cuenta el valor transformador de los hoy en día desarrollos e influencias epigenéticas. Además, este quinto modo 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.

Cinco modalidades analíticas

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. Intentaremos entonces describir diferentes modalidades de relación que establece el analista con el paciente, cuando el cuerpo está fuertemente involucrado en su padecimiento.

Analista descifrador

El síntoma corporal es un enigma a ser descifrado. Expresa metafóricamente un conflicto entre instancias psíquicas y su resolución transaccional, y la labor terapéutica se centra en descubrir esta formación sustitutiva. Este síntoma adquiere la modalidad de la conversión, descrita por Freud en la histeria, donde la pulsión en su tramitación regresiva producto de la represión, se liga transaccionalmente a una representación corporal adquiriendo un valor simbólico. Es el escenario del cuerpo erógeno. En este

contexto el síntoma es reductible a la interpretación. En este sentido, en Argentina, autores como Ángel Garma, Arnaldo Rascovsky y otros han realizado importantes aportes sobre las jaquecas, las úlceras, la obesidad y otras condiciones patológicas. Por otra parte Luis Chiozza y su escuela desarrollaron la noción controversial de fantasía específica de órgano, ampliando en algún sentido al máximo la noción de conversión y el desciframiento.

Analista glosario

Joyce McDougall (1998) considera que es importante que el paciente que padece una patología somática tenga una verdadera demanda de análisis; muchas veces se observa que los pacientes psicósomáticos son totalmente inconscientes de cualquier tipo de dolor mental y suelen negar todo vínculo posible entre su sufrimiento físico y el desamparo psicológico. Por otra parte, plantea que el análisis del protosimbolismo arcaico e infraverbal conduzca un cambio psíquico y que éste a su vez promueva un cambio biológico como efecto secundario del proceso analítico. El síntoma somático no sería una metáfora de lo reprimido sino de lo forcluido; el lenguaje no es verbal sino somático, una forma primitiva de comunicación, un sueño frustrado o protolenguaje que debemos escuchar.

La tarea del analista consiste entonces, en *crear con el analizante un glosario* que permite traducir esa bio - lógica en una psico - lógica , lo que permitirá que el cuerpo autista, anárquico, que solo se expresa a través del soma se convierta finalmente en un cuerpo simbólico (McDougall, 1998, p. 220)

Analista prudente

Para los psicósomatistas de la Escuela Psicósomática de París la elección del tratamiento dependerá en primer lugar de las posibilidades generales del sujeto y de sus deseos. En segundo lugar, el analista deberá evaluar el estado mental del paciente, y su grado de mentalización, sus posibilidades regresivas y sus riesgos de desorganización. Podrá optar en este último caso por aportar una solución paliativa que permita al sujeto atravesar su dolor y las consecuencias anímicas que su enfermedad le ocasiona. *Es fundamental que el analista sea prudente* a la hora de elegir el tipo de tratamiento tomando en cuenta *el estado mental del paciente, y el tipo y gravedad de la enfermedad que padece*.

Analista sostén

El problema es tener una visión anticipada de la integración del paciente y de la enfermedad antes de que el mismo paciente esté en condiciones de lograrla. En ese sentido -desde una perspectiva winnicottiana- el analista tendrá que funcionar como una madre suficiente buena, que *pueda sostener aquellos aspectos disociados* de sus pacientes hasta que puedan ser reintroyectados, procurando el reforzamiento de su yo debilitado por las múltiples disociaciones. El riesgo de una reintroyección apresurada es una aniquilación del yo que hasta el momento se defendió de una fusión mortífera con la madre.

Analista creativo

En su artículo “Teoría” Green (2000) escribe:

[...] los analistas tenemos que vérnosla con el cuerpo siempre, incluso en caso de desorganización somática. ¿Acaso podríamos trabajar con el soma directamente? No me parece posible. En el análisis solo se puede acceder al soma a través del cuerpo. En presencia de una sintomatología somática podemos hablarle al aspecto corporal de esa sintomatología. Pero el aspecto corporal no es el aspecto somático ya que este último es transformado por su relación con lo psíquico, al punto de que el cuerpo puede “delirar” lo somático, y solo este delirio es de nuestra incumbencia. (p. 56)

Y se pregunta cómo es posible hablar del cuerpo sin hablar de los delirios de transformación corporal, siendo estos una forma de elaboración psíquica a partir de la vivencia corporal, que se dan en contraste con la falta de elaboración de sus conflictos psíquicos en los pacientes somáticos. Sostiene que en la práctica psicoanalítica *es necesario dar muestras de creatividad* para incluir las “locuras privadas” y ampliar así los límites de lo analizable.

Integración, estereofonía y creación. El grupo de Boston –citado en Coderch (2010, pp 40-41)- desarrolla un concepto de la neurociencia cognitiva: el objetivo central de la terapia analítica consiste en la *modificación de la memoria implícita* del paciente a través de la experiencia relacional que el paciente tienen con el terapeuta, y entonces se plantea el “conocimiento relacional implícito”, y el “comportamiento relacional implícito” como la forma habitual en la que paciente se relaciona con los otros y con su analista. Se plantea entonces que lo irrepresentable, aquello que está separado del comercio asociativo, de toda transacción y recuerdo, conserva además su eficacia para producir efectos. Hemos planteado que dichos efectos se expresan en hábitos funcionales y disfuncionales y también en la eclosión somática.

Dada la diversidad de lo planteado y sus consecuencias en el padecer humano, algunas preguntas que aquí surgen entonces son: ¿la labor analítica puede limitarse a descubrir las fantasías inconscientes?, ¿se privilegia solamente el uso de la interpretación, y la regresión? ¿O por el contrario toda la actividad terapéutica con las manifestaciones del cuerpo debe pensarse desde las operatorias implícitas? ¿No se imponen acciones creativas que puedan dar respuesta a estas problemáticas?

Al principio de este trabajo planteamos nuestro esquema referencial basado en la heterogeneidad de lo inconsciente, la coexistencia de los funcionamientos psíquicos, la correspondencia con otras disciplinas y la importancia del paradigma de la complejidad. Los que sostenemos esta manera de pensar el campo transferencial creemos que así se integran distintos planteos teóricos y aproximaciones clínicas a lo corporal y el *feedback* complejo entre creencias, afectos y comportamientos. Se trata entonces de pensar e intervenir en una doble vertiente: a) tramitacional, como expresión simbólica de lo reprimido y b) la descarga directa en el soma de aquello que quedó fuera del entramado representacional, es decir lo que entendemos como lo escindido.

Esto implica en la clínica la necesidad de un analista “estereofónico”, es decir alguien que no deje de escuchar las manifestaciones de lo reprimido, pero que pueda sentir y observar los efectos de lo irrepresentable. Es decir, un analista que sea en parte descifrador, pero también glosario o sea creador de metáforas y analogías, sin dejar de ser sostén y prudente en sus intervenciones. Y especialmente creativo, que en las ideas de Green está asociado a la noción de proceso terciario, definido como “aquellos procesos

que ponen en relación los procesos primarios y secundarios de tal manera que los primarios limitan la saturación de los secundarios y los secundarios la de los primarios” (Green,1996, p. 186). Y agrega años más tarde “[...] que el analista, consagrado al ejercicio de los procesos secundarios, sigue abierto entonces a unos procesos primarios que aseguran la irrupción de la intuición *creadora* en el momento mismo de ejercerse la más rigurosa racionalidad”. (Green,1990, p. 35)

Pensamos que esa creatividad deviene en un proceso creador de lo nuevo, cuando opera justamente sobre lo irrepresentable; así es como se construye una narrativa y un sentido a lo escindido, es decir a esa irrupción o eclosión somática sin representación.

Reflexiones finales: procustianismo y traducción

Es que hay “resistencias” a la traducción, resistencias que cabe subsumir en dos fuerzas igualmente potentes: por una parte el etnocentrismo de la lengua receptora o traductora, su tendencia a la hegemonía cultural, su dificultad para decir al otro porque no puede dejar de decirse a sí misma; por otra, la inescrutabilidad del texto en lengua extranjera

–Paul Ricoeur, Sobre la traducción

El cuerpo del que se ha ocupado tradicionalmente el psicoanálisis ha sido el cuerpo erógeno. Green (2000), -en su discusión con los discípulos de Marty- sostiene que es el único cuerpo que le interesa a él como psicoanalista, dejando el otro (soma) a las ciencias que se ocupan de lo biológico. Así es que señala:

El cuerpo es el cuerpo libidinal en el sentido amplio (libido erótica, agresiva y narcisista) mientras que el soma remite a la organización biológica admitiendo que puede separarse del inconsciente y de la libido, como sostiene Marty, pero en el análisis [...] cabe entender que tenemos que vérnosla con el cuerpo *siempre*, incluso en caso de desorganización somática. ¿Acaso podríamos trabajar con el soma directamente? No me parece posible. (p.56)

Sin embargo, en función de lo desarrollado en este trabajo, las preguntas que nos hacemos son: ¿este cuerpo sin relato -llamado soma u organismo- deja de estar en el escenario psicoanalítico? ¿La conexión de la mente con el soma y los mensajes que emite tienen su fuente solo en el conflicto? Y si no fuera dicha fuente, ¿qué valor y eficacia tiene la creación en el vínculo analítico?

En realidad, pensamos que nos encontramos con un problema que se aborda con distintas metodologías y que alberga múltiples lenguajes, entrecruzamientos y creación de nuevas lenguas. ¿Es posible interpretarle a un sujeto cuyos autoanticuerpos están atacando a las células de su glándula tiroidea, que está atacándose a sí mismo? Es claro que los analistas no nos ocupamos de los trastornos somáticos, pero ¿podemos soslayarlos? o lo que es peor ¿podemos darles el significado que tranquilice nuestra condición identitaria? Este es el problema de lo que llamamos *procustianismo*, es decir, la actitud de forzamiento cognitivo-emocional de ciertos datos de la realidad para incluirlos dentro de ideas teóricas preexistentes y/o para atribuirle inmediata familiaridad a lo desconocido (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 2016). Esto es caer imprudentemente en lo que Hustvedt (2021) llama *el espejismo de las certezas*.

Y dicha actitud no es inocua ni en la clínica ni para la ubicación del psicoanálisis en el campo de la salud mental o en general en los ámbitos científicos. Por otra parte, hoy en día el encuadre analítico incluye modalidades cara a cara, donde los analistas no solo escuchamos sino que vemos y somos vistos, condición que ya existía previa al teletrabajo motivado por la pandemia, pero que hoy en día es muy habitual.

Y esos encuentros son plenos de palabras y de gestos, de emociones y de pensamientos. Es fácil reconocer que la unidad cuerpo-mente-cultura y sus derivados relacionales en el campo transferencial constituyen un abanico de problemas singulares.

Pensamos entonces que reducir esta unidad y sus complejos mecanismos a una sola lengua es imposible. Sin embargo, para poder realizar nuestra tarea se hace necesaria la traducción, pero traducir no es reducir, traducir es comprender, como señala Ricoeur (2005) parafraseando a George Steiner. Y además escribe “Hay, por cierto, una imposición: si se quiere viajar, negociar, espiar incluso, es necesario disponer de *mensajeros* que hablen la lengua de los otros.” (p. 46, la cursiva es nuestra). Es importante entonces comprender estos mensajeros que provienen del mismo territorio pero que portan lenguajes distintos. Y para hacerlo en la práctica analítica, *la actitud interdisciplinaria* se impone como necesaria y comprender que la separación cuerpo erógeno y soma podría ocultar un pensamiento cartesiano. Así es que el psicoanálisis contemporáneo debería asumir tanto su “dificultad para decir al otro porque no puede dejar de decirse a sí misma”, como “la inescrutabilidad del texto en lengua extranjera”, que señala Ricoeur (2005, p. 46).

Esto significa entonces que los analistas debemos ser humildes “poliglotas” en la forma de escuchar, de ver y en la modalidad de intervenir. Tal vez de este modo, prestando atención a lo reprimido y a lo escindido, al conflicto y al hábito, como recomienda el Talmud, logremos que los cuerpos dejen de ser *convulsos e ignotos* como expresa Hustvedt, y, en especial no nos amenacen con la angustia ominosa de los *monstruos solapados* del Adriano de Yourcenar.

Referencias

- Aristóteles (2008). *Ética a Nicómaco*. (Trad. Sergio Albano). Gradifco.
- Baranger, W, Goldstein, N. y Zak de Goldstein, R. (1989). Acerca de la desidentificación. *Revista de Psicoanálisis*, 66(6), 895-903.
- Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Planeta-Carlos Lohle.
- Bergson, H. (2006). *Materia y memoria. Ensayo sobre la relación del cuerpo con el espíritu*. Editorial Cactus. (Obra original publicada en 1986)
- Bernardi, R. (2005). Un único cuerpo pero suficientemente complejo. El diálogo entre el psicoanálisis y la medicina. En A. Maladevsky, M. Lopez y Z. López Ozores, *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Lugar Editorial.
- Bleichmar, H. (1999). Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas* (1).
<http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001078>
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas*, (9). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000178>
- Bordieu, P. (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Taurus.

- Bowins, B. (2010). Repetitive maladaptive behavior: Beyond repetition compulsion. *American Journal of Psychoanalysis*, 70, 282-298.
- Brockman, (2001). Toward a neurobiology of the unconscious. *Journal of American Academic Psychoanalysis*, 29, 601-615
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Ágora Relacional, Colección Pensamiento Relacional, 2.
- Cyrułnik, B. (2007). *De cuerpo y alma*. Gedisa.
- Chessick, R. D. (1997). Phenomenology in psychiatry and psychoanalysis. *American Journal of Psychoanalysis*, 57, 117-138.
- Damasio, A. (2008). *El error de Descartes La razón de las emociones*. Paidós.
- Davis, J. T. (2001). Revising psychoanalytic interpretations of the past: An examination of declarative and non-declarative memory processes. *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 449-462.
- Díaz-Benjumea, M. D. (2002). Lo inconsciente psicoanalítico y la psicología cognitiva: una revisión interdisciplinar. *Aperturas Psicoanalíticas*, (11). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000204>
- Ferenczi, S. (1967). *Teoría y técnica del psicoanálisis*. Paidós. (Obra original publicada en 1925)
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. En J. G. Allen y P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 51-99). John Wiley & Sons, Ltd.
- Freud, S. (1975). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En *Obras Completas* (Vol. I, 211-322). Amorrortu. (Obra original publicada em 1897)
- Freud, S. (1975). Psicopatología de la vida cotidiana. En *Obras Completas* (Vol. VI, 188-211). Amorrortu. (Obra original publicada em 1901).
- Freud, S. (1975). El chiste y su relación con lo inconsciente. En *Obras Completas* (Vol. VIII, 18-84). Amorrortu. (Obra original publicada em 1905)
- Freud, S. (1975). Sobre la degradación generalizada de la vida amorosa. *Obras Completas* (Vol. XI, 169-183). Amorrortu. (Obra original publicada en 1912)
- Freud, S. (1975). Recordar, repetir y reelaborar. *Obras Completas* (Vol. XII), Amorrortu. (Obra original publicada en 1914)
- Freud, S. (1975). Más allá del principio del placer. *Obras Completas* (Vol. XVIII). Amorrortu. (Obra original publicada en 1920)
- Freud, S. (1955). El malestar en la cultura. En *Obras Completas* (Vol. XIX, 13-90), Santiago Rueda Ed. (Obra original publicada en 1930)
- Glover, E. (1928). Lectures on technique in psycho-analysis (Concluded). *International Journal of Psycho-Analysis*, 9, 181-218.
- Green, A. (1996). Notas sobre unos procesos terciarios. En *Metapsicología Revisitada*. (185-189) EUDEBA. (Artículo original publicado en 1972)
- Green, A. (1990). *De locuras privadas*. Amorrortu.
- Green, A. (2000) Teoría. En A. Fine y J. Schaeffer (Eds.), *Interrogaciones Psicosomáticas*, (pp. 19-63). Amorrortu.
- Green, A. y Chiozza, L. (1992). *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*. Alianza Editorial.
- Hart, H. H. (1953). The identification with the machine. *American Imago*, 10(2): 95-111.
- Hartmann, H. (1938). *Ego psychology and the problem of adaptation*. International Universities Press, Inc.
- Hogenson, G. B. (2001). The Baldwin effect: A neglected influence on C. G. Jung's evolutionary thinking. *Journal of Analytical Psychology*, 46, 591-611.

- Hustvedt, S. (2021). *Los espejismos de las certezas*. Seix Barral.
- Jaenicke, U. (2010). Does globalization affect our dreams? An inquiry into the subject matter of dreaming. *International Forum of Psychoanalysis*, 19(2).
- Lieberman, D., Aisemberg, E., D'Alvia, R., Dunayevich, J., Fernández Mouján, O., Galli, V., Maladesky, A. y Picollo, A. M. (1982). Sobreadaptación, trastornos psicósomáticos y estadios tempranos del desarrollo. *Revista de Psicoanálisis*, 39(5), 845-853.
- Martínez Barreiro, A. M. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers, Revista de Sociología*, 73, 127-152
- Marty, P. (1990). *La psicósomática del adulto*. Amorrortu.
- McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Julián Yebenes
- McDougall, J. (1998) *Las mil y una caras de Eros*. Paidós.
- Moreno, P. (2012). Memoria implícita y angustias tempranas. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 114, 83-92
- Ricoeur, P. (1986). *Lo voluntario y lo involuntario I. El proyecto y la motivación*. Ed. Docencia.
- Sadin, E. (2022). *La era del individuo tirano. El fin de un mundo común*. Caja Negra Editora
- Yourcenar, M. (1994). *Memorias de Adriano*. Salvat.
- Zukerfeld, R y Zonis Zukerfeld, R. (1999) *Psicoanálisis, tercera tópica y vulnerabilidad somática*. Lugar Editorial.
- Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R. (2016). *Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Lugar Editorial.
- Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R. (2016). Anorexias y bulimias. Modelo teórico clínico y procrustianismo. En *Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*, 261-272. Lugar Editorial.
- Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R. (2016) Premio FEPAL 2016. *Revista Caliban (FEPAL)*, 14(1), 2016.
- Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R. (2022) Repetición y transformación: sobre el psicoanálisis de los hábitos. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, (17).