

Vulnerabilidad, Desamparo Psicosocial y Esvallimiento Psíquico en la edad

Ricardo Bernardi ()*

RESUMEN

El replanteo actual del “vivenciar traumático accidental del adulto” mencionado por Freud, obliga a una consideración más amplia de las series complementarias, que haga lugar a elementos que pertenecen a planos de conocimiento de diverso orden metodológico.

Desde esta perspectiva se jerarquiza el papel asignado actualmente:

- a) A los sucesos vitales estresantes y a las condiciones de vida crónicamente insatisfactorias.
- b) Al soporte social.
- c) A la vulnerabilidad de la organización psicosomática individual.

Se refieren diferentes aportes psicoanalíticos a estos temas, (Engel, Schmale, etc.) y en especial P. Marty y el grupo de IPSO, quienes han jerarquizado la hipótesis de la relación entre las desorganizaciones mentales y las desorganizaciones somáticas. La descripción clínica rigurosa y detallada de las fallas del funcionamiento mental en ciertos pacientes, coincidente con opiniones de otros autores, obliga a cuestionar el alcance de los modelos clínicos psicoanalíticos clásicos sobre el aparato mental, para hacer posible una mejor comprensión de la vulnerabilidad individual frente al vivenciar traumático adulto.

Descriptores: SERIES COMPLEMENTARIAS / DESAMPARO / TRAUMA / ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS / DEPRESIÓN / PSICOLOGÍA SOCIAL.

1.- Todo ser humano conoce, por experiencia propia, las vivencias de desamparo frente a las contingencias dolorosas de la vida, y la sensación de amenaza a la integridad física o mental que las acompaña.

La moderna investigación psicosocial en medicina tiende a confirmar que los acontecimientos traumáticos determinan un riesgo para la salud somática o psíquica. Muestra que existen tres órdenes de factores interrelacionados: los sucesos vitales estresantes, la falta de soporte social, y la vulnerabilidad de la organización psicobiológica individual. A esto se puede agregar, como cuarto factor en juego, la calidad de la asistencia disponible.

* Santiago Vázquez 1142. Montevideo

Sucesos vitales, soporte social, organización psicósomática y situación asistencial constituyen una cadena entrelazada, y son los grandes temas para un abordaje psicossocial de la salud.

Esto reconduce nuestro interés hacia lo que Freud denominó el “vivenciar traumático accidental del adulto”, considerándolo como el factor desencadenante de la neurosis. Pero este tema no logró acaparar la atención de la producción psicoanalítica (1); quedó más bien en manos de los estudios sobre el condicionamiento o el aprendizaje que procuraron relacionar las modificaciones del comportamiento con aquellos estímulos que podrían explicar su aparición o su mantenimiento.

El grueso del interés psicoanalítico se dirigió en cambio, hacia las raíces infantiles de las vivencias adultas de desvalimiento y desamparo (2). Freud había postulado tres términos en la situación traumática básica infantil: el monto de los estímulos (ya fueran internos o externos), la capacidad del yo para manejarlos y la presencia del objeto (3). Sobre estos elementos se desarrolla la neurosis infantil. La literatura psicoanalítica demostró fehacientemente la forma en que esta neurosis de la infancia moldea el vivenciar adulto e incluso puede condicionar su carácter traumático, cuando existe una traumatofilia inconciente (masoquismo, sentimientos de culpa, etc.).

Este esquema no es aplicable ni a las neurosis actuales ni a las traumáticas; en ellas el peso del presente es determinante (insatisfacción libidinal en las primeras, shock en las segundas). Pero el avance en este campo fue más bien reducido. Las neurosis actuales son más fácilmente aceptadas en los textos que en la práctica clínica. Las segundas, si bien son una realidad clínica indiscutible, sólo se toman en cuenta cuando lo traumático alcanza intensidades de catástrofe. Parecería que, implícitamente, se da por aceptado que existiría una especie de umbral o de ley del todo o nada por la cual, o bien el traumatismo es máximo y provoca el cuadro de neurosis traumática, o bien no produce ningún efecto.

Sin embargo, como veremos más adelante, el impacto de los microtraumatismos sobre la salud física o mental parece hoy día incuestionable.

A su vez diversos autores (citados por Lazarus y Folkman, 1986), han señalado que la edad adulta es también el asiento de transformaciones psicológicas mayores.

Esto reabre el interés acerca del “vivenciar traumático del adulto”. Si su efecto no se agota en reactivar experiencias infantiles, ¿cuáles son sus vías y mecanismos de acción? ¿Cómo se relaciona con las vivencias de desamparo o desvalimiento? ¿Qué efectos tiene sobre la organización somática del sujeto?

Las series complementarias constituyen un modelo útil para ordenar estas preguntas, pero a condición de revisar ciertos aspectos metodológicos cuestionados por el marco de los conocimientos actuales.

2.- Cuando Freud propone las *series complementarias* estaba postulando un esquema de causalidad psíquica que actúa en distintos momentos. En un primer tiempo los *factores constitucionales* interactúan con las *experiencias infantiles* para dar lugar a una *predisposición* determinada, que pasa a formar parte de la personalidad del sujeto. En un segundo tiempo la interacción de esta predisposición con las *experiencias traumáticas* adultas es la que da lugar al desencadenamiento de la enfermedad.

Este esquema mantiene aún validez. Pero consideraciones de orden metodológico hacen que su empleo sea complejo.

Es muy dudoso que una sola disciplina o método de investigación pueda dar cuenta cabal de sus diferentes niveles. Para hacerlo, el psicoanálisis debería convertirse en una socio-biología o en un campo unificado del conocimiento biológico, psicológico y social que no existe.

Los problemas son múltiples. Para referimos sólo a uno de ellos, podemos preguntarnos hasta dónde llega el consenso en torno al nivel de realidad en el que debe colocarse la reconstrucción de la historia infantil que realiza el psicoanálisis. Pero aunque respondamos que puede alcanzar una descripción real y objetiva del acontecimiento infantil —algo actualmente muy discutido— igualmente es muy probable que sus conclusiones no abarcaran todos los ángulos del problema.

En realidad tanto los estudios prospectivos en poblaciones como la investigación instrumental de la interacción madre-hijo y el microanálisis comportamental permiten visualizar ciertos aspectos de las experiencias traumáticas tempranas, que desde el psicoanálisis no se pueden comprobar y a veces ni siquiera percibir.

Pero en vano se buscará en estas técnicas respuestas a los interrogantes que el psicoanálisis se plantea acerca de la inscripción de estas experiencias en el aparato psíquico.

En suma, cada método requiere que le sea reconocida su especificidad. En su conjunto las series complementarias, más que como un esquema unificado debe ser visto como un *marco programático* compuesto por *haces de investigaciones* más o menos convergentes pero que corresponden a planos metodológicos inhomogéneos entre sí.

Por eso lo que sigue no tendrá otra pretensión que la de un cuaderno de notas que busca dar cierta organización a un campo de conocimientos que, tanto dentro como fuera del psicoanálisis, se halla en continua expansión.

3.- La investigación psicosocial del “vivenciar traumático accidental del adulto” ha apuntado a distintas variables, de las que señalaremos dos de especial relevancia:

a) *Los sucesos vitales interesantes*. Mientras la interpretación psicoanalítica busca el significado individual de las distintas situaciones vitales, esta variable, en cambio, se propone definir lo común y comparable en ellas. Para este fin lo que se toma en cuenta es el monto de reajuste, o sea, la *intensidad y la duración del cambio* que un suceso dado introduce en la vida de una persona. A partir de Homes y Rahe (1967), se estudiaron comparativamente diversos eventos relacionados al área personal (accidentes, enfermedades, problemas con amigos, exámenes, etc.), económico-laboral (pérdida de trabajo, ascensos, mudanzas, etc.), o familiar (pérdida de familiares, divorcios, ida de los hijos, nacimientos, etc.). Aunque algunos autores jerarquizan el valor de los eventos negativos, la mayoría de las escalas toman en cuenta tanto los negativos como los positivos. Se comprobó que cuanto mayor sea el grado de cambio en la vida de una persona durante uno o dos años, tanto mayor será su posibilidad de enfermar en el año siguiente.

¿Cómo actúan estos cambios sobre la persona para incidir en los índices de morbilidad física y mental y en los de mortalidad? Un importante número de investigadores, siguiendo a Selye y a Cannon, han mostrado las modificaciones que se producen a consecuencia de las situaciones estresantes, en distintos sectores del organismo (endócrinos, hormonales, vasculares, inmunológicas). Nuevos campos de investigación se constituyen al empuje de estos hallazgos (por ejemplo, la psico-neuro-

inmunología). (4)

¿Qué clase de mediación introduce el aparato psíquico entre los factores estresantes y la respuesta corporal? Si bien mucho se ha trabajado sobre algunas variables individuales (por ejemplo, la evaluación cognitiva, los estilos de manejo o enfrentamiento (coping) etc.), pospondremos por ahora el punto para retornarlo globalmente al final.

b) *El soporte social*. Se ha encontrado que el efecto de los factores de estrés varían de acuerdo con el grado de soporte social del que dispone la persona. El soporte social se define en función del grado de apoyo emocional, material e informacional que el sujeto encuentra en función de su inserción en la red social. En especial importa si dispone de suficientes vínculos de intimidad y confianza y si encuentra en ellos afecto, valoración y cuidado.

Se ha señalado que existe aun dificultad para homogeneizar las distintas escalas que se han construido, en función de una definición conceptual coherente y global, dado que algunas veces el énfasis está puesto en el aspecto objetivo e instrumental de la interacción (con lo cual se pierde precisión) y otras veces en lo subjetivo y emocional (con lo cual se confunde la evaluación del soporte social con la de la personalidad).

Pese a estas incertidumbres, se ha podido demostrar que el soporte social no actúa sólo como un colchón o “buffer” frente a los agentes estresantes, sino también como un factor directamente relacionado con la aparición de diversas enfermedades físicas y mentales, e incluso asociado a las tasas de mortalidad.

La acción del soporte social no puede separarse de las condiciones sociodemográficas en general, y en especial del llamado “síndrome de la pobreza”, el cual merecería un estudio aparte, imposible de ser desarrollado aquí.

Entre los estudios de población se considera ejemplar el de Brown y Harris (1976), sobre los orígenes sociales de la depresión. Por medio de una metodología estadística rigurosa, pudieron evaluar el peso de diversas determinantes macro y micro sociales sobre los cuadros depresivos (por ejemplo, sexo, clase social, número y edad de hijos, soporte social, sucesos vitales, etc.).

Otros estudios (por ejemplo, Páez, D., 1986), confirman estos resultados y jerarquizan el papel de las condiciones estructurales de la sociedad. Los trabajos epidemiológicos en el campo infantil, a su vez, ponen en cuestión si es generalmente un traumatismo único el que produce efectos, o influye su persistencia en el tiempo a través de la organización de la vida del niño.

4.- Estos problemas han sido retomados desde una perspectiva psicoanalítica por G. Engel y A. Schmale del grupo de la Universidad de Rochester. Dos puntos merecen ser destacados:

a) Una concepción más amplia de las series complementarias. En sus primeros trabajos sobre la colitis ulcerosa, Engel habla de procesos somatopsíquicos-psicosomáticos, en los cuales una predisposición fisiológica da lugar a una predisposición psíquica. Esta reacciona más tarde frente a un suceso vital con determinadas emociones cuyos concomitantes fisiológicos facilitan el desencadenamiento de la enfermedad.

En trabajos más recientes Engel (1977) propone un *modelo biopsico-social* de inspiración sistémica en el cual los fenómenos de la salud deben ser analizados

simultáneamente en diferentes niveles, que van de lo molecular a lo institucional y social. Un infarto de miocardio por ejemplo, muestra una serie de sucesos interrelacionados en estos diferentes niveles, cada uno de los cuales funciona como un sub-sistema. Nuevas secuencias causales pueden originarse en cada uno de ellos y modificar el conjunto.

b) En forma más específica Engel, y sobre todo Schmale buscaron encontrar factores de orden emocional que pudieran predecir el comienzo de la enfermedad física o mental. Por lo tanto se puede suponer que los correlatos fisiológicos de estas situaciones aumentan la susceptibilidad general a enfermar o que activan predisposiciones para ciertas enfermedades específicas. (5)

Especial importancia se le otorga a los sentimientos ligados a la *pérdida real, temida o fantaseada* del objeto, lo cual los vincula a los problemas del duelo. Dos de estos sentimientos tienen particular importancia.

a) El *desamparo* (o indefensión: helplessness), por el cual el sujeto siente que ha perdido un objeto sin el que no puede seguir y nada puede hacer para recuperarlo sino esperar. Su raíz infantil estaría en la angustia de la pérdida del objeto (Freud) y más específicamente en lo que tiene que ver con la confianza inicial (Benedek, Erikson) cuyo punto crítico se encuentra entre los 9 y 16 meses de vida.

b) El sentimiento de *desesperanza* (hopelessness), es experimentado como la sensación de una pérdida insoluble, debida a la propia responsabilidad. El prototipo infantil estaría en los sentimientos de decepción edípica consecuentes al período de narcisismo fálico.

Ambos sentimientos integran el conflicto o complejo relacionado al abandono o renuncia al objeto (*giving up - given up complex*).

Inevitablemente los distintos cambios vitales ponen en juego este conflicto y su desenlace se relaciona con los modos individuales de enfrentamiento o manejo de estos cambios.

En un trabajo publicado tempranamente (1962), en el *Int. of J. Psychoanal.*, Engel había relacionado los sentimientos de desamparo y desesperanza con las reacciones arcaicas de conservación-repliegue. Estas tendrían el valor de una respuesta psicobiológica al displacer, que pondría en marcha las actividades trofotrópicas del sistema nervioso central.

Si estos supuestos son correctos, no es de extrañar que se hayan podido encontrar los sentimientos de desesperanza y desamparo como antecedentes con valor predictivo en distintas enfermedades orgánicas (por ejemplo, cáncer de cuello), o en trastornos psiquiátricos severos.

El comienzo de la enfermedad no coincidiría, pues, con los momentos de mayor estrés físico o mental, sino con los momentos en que el individuo siente que es ya incapaz de hacer frente a los cambios de su ambiente (Schmale, 1964).

Todo esto lleva a la reflexión de que los valores de sobrevivencia biológica se han deslizado de un nivel fisiológico de necesidad corporal a los niveles psicológicos y

morales.

5.- Un paso más ha sido dado al proponerse la tesis de que la mayor vulnerabilidad somática no se correspondería con determinados sentimientos, sino con los momentos en que el aparato psíquico no es capaz de dar expresión mental a los movimientos de vida o muerte del individuo.

El desvalimiento más radical y profundo no estaría, pues, en las vivencias tempranas de abandono o en las imagos arcaicas persecutorias sino en el desarrollo insuficiente del aparato mental.

A partir de su trabajo sobre el pensamiento operatorio (1962), Pierre Marty y el equipo del Instituto de Psicósomática (IPSO), desarrollaron una amplia investigación sobre la relación entre las fallas del funcionamiento mental y la enfermedad orgánica. Desde esta perspectiva las *desorganizaciones somáticas* son precedidas y acompañadas por procesos de *desorganización mental* (para mayor exactitud debe evaluarse la organización, la desorganización y la reorganización mental; deben también distinguirse las desorganizaciones que ocurren en una neurosis de carácter, de la aparente inorganización mental propia de una neurosis de comportamiento).

Lo que se desorganiza son los distintos aspectos del funcionamiento mental, que dan expresión con sentido evolutivo a la actividad pulsional característica de los movimientos de vida. De ahí la letalidad potencial del proceso desorganizador.

Las funciones mentales expuestas a la desorganización se dan tanto en el campo de la primera tópica (capacidad de vida fantasmática, de elaboración mental, de asociación libre, etc.), como de la segunda tópica (incorporación y retención objeto, grado de evolución del yo y del super yo, etc.).

A diferencia de los trastornos de expresión puramente mental (neurosis y psicosis), las neurosis de carácter (la gran mayoría de la población) estarían más expuestas a momentos de desorganización, que aumentan la vulnerabilidad somática. Este riesgo es mayor en las neurosis de comportamiento cuya organización mental es deficitaria.

Algunas características de la desorganización mental (la falla en la tramitación simbólica, el problema económico), podrían evocar la descripción de las neurosis actuales; se distingue sin embargo de ellas, (en su definición clásica), por la amplitud del movimiento regresivo. Pero a diferencia de la psiconeurosis esta regresión no queda anclada en fijaciones de orden mental, sino que toma un carácter contraevolutivo diferente.

El preconciente es concebido como un órgano activo y altamente individual que tiene un papel esencial para que las actividades de la vida diaria puedan ir acompañadas de la coexcitación sexual (para usar un término de Freud) (6) que da testimonio de la actividad del inconciente.

Los desfallecimientos del preconciente marcan el avance de la desorganización y de la incapacidad del inconciente para infiltrarse en el proceso secundario.

Las *angustias difusas* marcan la primera falla de los sistemas que ligan la energía pulsional. No encontraremos en ellas un objeto fóbigeno representado ni representable.

Si la desorganización progresa, se produce la puesta en inactividad de las funciones mentales que aseguran la conexión con el inconciente. Cortado el enlace del

Yo con el Ello la angustia desaparece, pero también la posibilidad de unir el goce al trabajo. “Se buscan en vano deseos; no se encuentran más que intereses mecánicos. Estamos entonces en presencia del cuadro de la *depresión esencial*, distinta de la depresión clásica por su carácter de síndrome en menos de la vida psíquica, verdadera atonía vital cuya ausencia de síntomas vitales hace que pase generalmente desapercibida.

A la depresión esencial le puede seguir una *vida operatoria*, estado de frágil estabilización que se instala en el curso de una desorganización lentamente progresiva. Sin placer ni conflicto, el sujeto continúa su vida mecánicamente. Aunque movida aún por las pulsiones de vida, éstas sólo operan sobre automatismos de carácter regresivo. (7)

Aunque el inconciente ha perdido la posibilidad de expresarse a través de las programaciones más evolucionadas conserva aún su sensibilidad: de ahí la amenaza de nuevas desorganizaciones frente a situaciones con valor traumático.

¿Cuáles son estos sucesos con un potencial desorganizador? Algunos de ellos, señalados por Marty, nos permiten reconsiderar desde otro ángulo lo que hemos señalado en la primera parte de este trabajo:

a) La *amputación fantasmática* implicada por la evolución social (8). Los cambios en la vida familiar, económica y social ponen a prueba la capacidad para regenerar una capacidad de vida fantasmática en la nueva situación. Recordemos que el repertorio fantasmático está limitado por un lado por las inscripciones infantiles y por otro lado, por el grado de mantenimiento de los intereses vitales en la edad adulta. Sobre éstos pesa el agotamiento vital por la edad, a la vez que *la intolerancia del Yo ideal hacia las ilusiones fantasmáticas amenazadas de fracaso*. Esta recuperación de la vida fantasmática está también amenazada por las represiones excesivas o por los conflictos que puede producir tanto la realización como la no realización de deseos.

b) El *exceso de estimulaciones* que impide la autorregulación de las funciones (por ejemplo, del dormir). Podemos recordar aquí la noción de estrés, pero poniendo el énfasis en su efecto negativo sobre las posibilidades de una reorganización protectora regresiva de la vida mental.

c) La *ausencia de relaciones*. Si en el punto anterior el problema era la imposibilidad de aislarse, aquí lo es el excesivo aislamiento. A esto se suman varias dificultades posibles: para la incorporación y retención objetal, para mantener una distancia adecuada con los objetos internos o externos o para hacer frente a la no realización de deseos. (El manejo materno de la excitación del niño debe tenerse presente en los tres puntos).

Los elementos de orden psicosocial (estrés, soporte social, etc.) actuarían, pues, en razón de su incidencia en el modo de funcionamiento mental con su implicancia en la economía psicosomática, en lo que radicaría, en definitiva, el elemento mediador con los acontecimientos a nivel orgánico.

6.- De un conjunto mucho más vasto de ideas hemos hecho hincapié en dos afirmaciones de P. Marty:

—En la relación entre la organización mental y la somática. Esta hipótesis aunque apoyada en la clínica implica hechos, vías y procesos aún insuficientemente conocidos.

—La hipótesis de que el aparato psíquico puede fallar en su misión de dar expresión a las fuentes internas de excitación, dando lugar a una vida desvitalizada y sin valor libidinal. Esto aparece rigurosamente apoyado en una observación clínica fina y meticulosa.

Es importante señalar que el grado de proximidad de algunas de estas ideas con otras líneas de pensamiento muy disímiles en su origen. Es imposible no evocar en más de un sentido la teoría de Bion sobre el pensamiento. R. Gaddini se pregunta si la incapacidad de jugar (en el sentido de Winnicott) no tiene mucho que ver con la cualidad operatoria descrita por Marty. Liberman habla de personas “que padecen de cordura”, cuyo self sobreadaptado a la realidad ambiental ha perdido la conexión con el interior emocional y corporal.

En Boston, P. Sifneos, ha construido, a partir del “pensamiento operatorio” de Marty, el concepto de “alexitimia”, para dar cuenta de la dificultad de estos pacientes para verbalizar los sentimientos. Diversos investigadores han intentado traducir en escalas de evaluación empírica estas ideas, sin resultados plenamente convincentes aún. Retomando trabajos de Joyce Mac Dougl y otros autores, Sifneos ha señalado distintos tipos de terapia para estas situaciones, teniendo en cuenta tres variables básicas: a) la capacidad de fantasear; b) la capacidad de verbalización; c) la existencia de un “inner container” de representaciones del self y del objeto.

Estos distintos trabajos tocan todos ellos un tema que reviste un interés mayor y muy actual, aunque sus orígenes se remontarían a los comienzos del psicoanálisis. Me refiero a las *detenciones o trastornos del desarrollo*.

Desde un marco conceptual totalmente diferente, Gedo y Goldberg han llamado la atención sobre estos cuadros y han señalado la necesidad de que el psicoanálisis desarrolle modelos clínicos específicos para aquellos trastornos que no se corresponden con el modelo de la primera ni de la segunda tópica. Este es un desafío que sigue abierto en el momento actual.

7.- Resumamos. Hemos señalado que las investigaciones actuales tienden a señalar que los *sucesos vitales* que implican cambios o pérdidas pueden ser considerados como factores de riesgo, independientemente de que tengan o no para el sujeto una cualidad vivencial traumática. Frente a ellos el *soporte social* constituye una primera barrera protectora; traspasada ésta entra a ser decisivo el grado de *vulnerabilidad* de la *organización psicosomática individual*.

Tal vez mucho de lo expuesto necesite aún la confirmación de estudios ulteriores. Sin embargo en la medida en que se revela el conocimiento mejor documentado de que disponemos por el momento, se impone extraer de él ciertas conclusiones.

Médicos y demás integrantes del equipo de salud deben estar sensibilizados para poder detectar la mayor vulnerabilidad en los pacientes que estén viviendo situaciones de cambio vital y en especial en aquellos casos en que exista una carencia de relaciones interpersonales significativas. Una vigilancia discreta pero más estricta conviene que sea tomada en aquellos casos en que los pacientes viven los cambios vitales con sentimientos de desamparo, o de desesperanza o, más aún, cuando

silenciosamente se instala una atonía vital o cuando una actitud mecánica y demasiado adaptada y carente de una chispa de locura invade todos los terrenos de la vida.

Para el psicoanalista lo expuesto debe alertarlo a no estar sólo preocupado en su escucha por los contenidos mentales. Debe prestar especial atención a los indicios de desfallecimientos o fallas en el funcionamiento mental y a los problemas económicos que éstas implican. No es lo mismo una ausencia de asociación libre debida a resistencias incoercibles, que un silencioso vaciamiento de toda traza inconciente en la vida preconciente. En este caso resulta imprudente interpretar la situación en términos de fantasías ocultas; resulta necesario, en cambio, comprender los desequilibrios económicos en juego y facilitar los procesos de reorganización mental sin los cuales los intentos de movilizar la vida fantasmática pueden resultar infructuosos o aún traumáticos.

NOTAS

(1) A excepción de los numerosos estudios sobre los efectos de las situaciones de duelo. También hay que mencionar los trabajos sobre los efectos psíquicos de las enfermedades somáticas, tema inaugurado por Ferenczi (1917), y que continúa suscitando el interés. (Véase el trabajo reciente de R. Debray (1987) sobre este tema.

(2) El término “desamparo” aunque de uso clínico común, desde el punto de vista de la teoría carece de tradición en la literatura psicoanalítica en español. Si bien puede emplearse como la traducción de la “Hilflosigkeit” freudiana, de hecho ninguno de los traductores de Freud optó por esa acepción. Echeverry eligió “desvalimiento”, Rosenthal optó por “inermidad” y López Ballesteros por “impotencias”.

También es compleja la traducción del término “helplessness” el cual es utilizado por Strachey como equivalente de Hilflosigkeit. Más adelante en este trabajo al hablar de las ideas de G. Engel o A. Schmale damos a “hiplessness” la acepción de “desamparo”. Así también se ha traducido el título del libro de Seligman (1975). Sin embargo, cuando se habla del planteo de este autor sobre el origen de la depresión, es común encontrar distintas reseñas que hablan de su teoría como la de la “indefensión” o “impotencia adquirida”, lo cual ajusta mejor con sus ideas sobre los efectos de la generalización de las experiencias de fracaso.

Importa señalar que no se trata de una cuestión meramente de palabras; lo que está en juego es si se pone el acento en la carencia ambiental (como lo hace el término “desamparo”) o en las insuficiencias intrínsecas del aparato psíquico.

(3) La carencia materna reaparece hoy día con tal frecuencia en publicaciones analíticas o en supervisiones, que se diría que ha desplazado como fantasía originaria a la de la seducción. Por otra parte, seducción y abandono pueden verse como la contracara la una de la otra, aproximadas y refundidas a partir de sus orígenes distintos por la acción del fantaseo retrospectivo y del a posteriori. Del mismo modo que la fantasía de la seducción esconde la sexualidad, la fantasía de la carencia materna puede ocultar no sólo la sexualidad edípica sino también y sobre todo, las fallas del desarrollo del aparato psíquico para un funcionamiento autónomo.

(4) Esto no excluye que, distintas situaciones puedan implicar mecanismos fisiológicos específicos según su significado emocional. De hecho existen dos modelos al respecto. Uno de ellos, apoyado en el Síndrome General de Adaptación de Selye pone

el acento en que, cualquiera sea el agente estresante, los desequilibrios fisiológicos que producen son *generales* (hormonales, inmunológicos, etc.) y éstos son los que incrementan la susceptibilidad a cualquier enfermedad (cuál enfermedad dependerá de la predisposición constitucional). El otro modelo sostiene que a emociones *específicas* le corresponden trastornos fisiológicos *específicos*. Estos desequilibrios fisiológicos, interactuando con los estilos de manejo o enfrentamiento (coping) de cada paciente son los que determinarán la enfermedad específica resultante. Lazarus y Folkman (1986), hacen notar que probablemente pasaran aún años de controversia antes que surja evidencia experimental a favor de uno u otro de estos modelos.

(5) Actualmente un tema que interesa mucho al grupo de investigación de Rochester es la modificación de la respuesta inmunitaria frente a distintos estímulos de orden psicológico. (Cesarco, R. Comunicación Personal).

(6) Uso del término con cierta libertad. Catherine Parat (1987), en un trabajo del que tomé conocimiento una vez redactado este texto, desarrolla en forma más rigurosa esta idea.

(7) Lo dicho no excluye que existan desorganizaciones mentales que coexisten con manifestaciones fantasmáticas, pero su descripción excede la posibilidad de este trabajo.

(8) Como expresara Freud en las Cinco Conferencias (1910) ocurre aquí como con el caballo de Schilda, que murió en el preciso momento en que se había acostumbrado a no comer. En varios momentos de su obra Freud previene contra los efectos tanáticos de una desexualización excesiva, aún en las realizadas en nombre de la sublimación.

BIBLIOGRAFIA

ADAMSON, J.D. y SCHMALE, A. H. (1965). *Object Loss, Giving Up, and the Onset of Psychiatric Disease*. Psychosomatic Medicine, 27-6.

AMIEL-LEBIGNE, F. (1986). *Exénements de la Vie et Determination de Populations á Risque du Trouble Mental*. Rv. de Médecine Psychosomatique, No. 6, p. 35.

BAGBY, R.; TAYLOR, G. J. y RYAN, D. P. (1986). *The measurement of Alexithymia: Psychometric Properties of the Scalling-Sifneos Personality Scale*. *Comprehensivue Psychiatry*. Vo.. 27, No. 4, 287-294.

DEBRAY, Rosine (1984). *A propos de Troubles Somaíques dans L'Oeuure de Freud et Celle de Certain de sus Succesieurs*. Rev. Française de Psy.chanalyse. T. 3, 1987.

DEBRAY, Rosine (1987). *Bébés/Méres en Révolte*. París: Paidos. Le Centurion.

DEBRAY, Rosine (1987). *Le trauma du Corps. Maladie Somatique et Liberté Psychique*. Rev. Française de Psychanalyse. T. LI, No. 3, p. 937.

DOHRENWEND, B.P.; SHROUT, P. EGRI, G. y MENDELSON, F. S. (1980). *No specific Psychological Distress and Other Dimensions of Psychopathology*. Arch. Een. Psychiatry. Vol. 37.

ENGEL, G. L. (1977). *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. Science. Vol. 196, p. 129.

FAHRER, R. D. y MAGAZ, A. (1986). *Temas de Psicología Médica*. Argentina: CTM.

FAIN, Michel (1984). *Des Complexités de la Consultation en Matière Psychosomatique*. Rev. Française de Psychanalyse. T. 5, p. 1209. 1984.

FERENCZI, S. (1917). *Neurosis por 30 Enfermedad o Patoneurosis*. En Teoría y Técnica del Psicoanálisis (1967). Buenos Aires: Paidós.

FREUD, S. (1901.1905). *Tres Ensayos de Teoría Sexual y Otras Obras*. T. VII. Buenos Aires: Amorrortu

FREUD, S. (1910). *Cinco Conferencias sobre Psicoanálisis*. T. XI. Buenos Aires: Amorrortu.

FREUD, S. (1917). *Conferencia de Introducción al Psicoanálisis*. Parte III. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.

FREUD, S. (1920). *Más allá del Principio del Placer*. T. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

FREUD, S. (1926). *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.

GADDINI, R. (1977). *La Patología del Self como Base de los Trastornos Psicossomáticos*. Psychother. Psychosom. 28: 260-271.

GATTEGNOT, L. y MODIGLIANI, E. (1986). *L'Axe Psycho-Hormono-Immunologique:Donnés Nouvelles Sur la Physiologie de Stress*. Rev. de Méd. Psychosomatique, No. 6, p. 41.

HAYNAL, A. y PASINI, W. (1984). *Abrégé de Médecine Psychosomatique*. Paris: Masson.

HOLMES, T. H. y RAHE, R. H. (1968). *The Social Readjustment Rating Scale*. J. Psychosom. Res. II: 213-218.

LAPLATINE, F. (1976). *Anthropologie de la Maladie*. Paris: Payot.

LAZARUS, R. S. y ROLKMAN, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. España: Martínez Roca.

LEROUX, C. (1986). *Approche Sociologique del Evénements de Vie*. Rev. de Méd. Psychosomatique, No. 6, p. 15.

LEVAV, I.; KRASNOFF, L. y DOHRENWEND, B. S. (1981). *Israeli Peri Life Event Scale: Ratings of Events by a Community Sample*. Israel Journal of Medical Sciences, Vol. 17, No. 2-3. p. 176.

LIBERMAN, D.; GRASSANO DE PICOCOLO, E.; NEBORAK DE DLAMANT, S.; PISTINER DE CORTINAS, L. y ROITMAN DE WOSCOBOINIK, P. (1982). *Del Cuerpo al Símbolo*. Buenos Aires: Kargiernan.

MARTY, R. (1976). *Les Mouvements Individuels de Vie et de Mort*. Paris: Payot.

MARTY, P. (1984). *A Propos de Reves Chez les Malades Somatiques*. Rev. Française de Psychanalyse. T.5 p.1143.

MARTY, P. (1985). *L'Ordre Psychosomatique*. Paris: Payot.

MARTY, P. (1985). *Nosografía Psicossomática de los Enfermos Graves. Los Determinismos de la Infancia*. Jornadas de Psicossomática. Barcelona: Fondo de Publicaciones de la A.D.E.R.P.S.

MARTY, R. y DE M'UZAN, M. (1983). *El "Pensamiento Operatorio"*. Rev. de Psicoanálisis V. 40, pág. 4 (Publicación original: Rev. Franc. de Psychanalyse, 27, 1963).

MARTY, P.; DE M'UZAN, M. y DAVID, Ch. (1963). *La investigación*

Psicosomática. Barcelona: Luis Miracle.

PAEZ, DARIO y Col (1981). *Salud Mental y Factores Psicosociales*. España: Fundamentos.

PARAT, C. (1987). *A Propos de la Co-Excitaion Libidinale*. Rev. Franc. de Psychanalyse. Tomo LI, No. 3, p.925.

SARASON, I.G.; SARASON, B. R.; POTTER, E. H. y ANTONI, M. H. (1985). *Life Events, Social Support and Illness*. Psychosomatic Medicine. Vol. 47 No. 2.

SCHMALE, A. H. (1958). *Relationship of Separation and Depression to Disease*. Psy- chosomatic Medicine. Vol. XX, No. 4.

SCHMALE, A. H. (1972). *Giving up as a Final Common Pathway to Changes in Health*. Adv. Psychosom. Med. Vol. 8.

SCHMALE, A. H. (1980). *The importance of "Giving Up" for Psychological and Somatic Health*. Maryland Psychiatric Society 's Scientific Meeting.

SCHMALE, A. H. e IKER, H. (1971). *Hopelessness As a Predictor of Cervical Cancer*. Soc. Sic. and Med. Vol. 5.

SIFNEOS, P E. (1966). *Crisis Psychoterapy*. Currente Psychiatric Therapies. 1966.

SIFNEOS, P. E. (1983). *Psychotherapies for Psychosomatic and Alexithymic Patients*. Psychother. Psychosom, V. 40. p. 66.

TAYLOR, G. J.; RYAN, D. y BAGBY, R. (1985). *Toward the Development of e New Self-Report*. Psychother. Psychosom.

VEIEL, H. O. F. (1985). *Dimensions of Social Support: a Conceptual Framework for Research*. Social Psychiatry. 20: 156-162.

WARNES, H. (1984). *Nouvelles Perspectives en Psychoneuroimmnnologie*. Psychologie Medicale. 16, 14: 2415-2428.