



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 3172-25

“PSICOSOMÁTICA Y PULSIÓN DE MUERTE:
UNA REVISIÓN TEÓRICA DESDE EL PSICOANÁLISIS”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
S A Ú L I S A A C M O R A G A R C Í A

DIRECTOR:
MTRO. VÍCTOR MANUEL BECERRIL DOMÍNGUEZ

CIUDAD DE MÉXICO, A ENERO DE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres,
*Por ser mi sostén para poder
construir algo de lo que hicieron de mí.*

A Alicia,
*Mi compañera de vida; por lo afortunado
que soy al tenerla a mi lado.*

Agradecimientos

Agradezco profundamente al Mtro. Víctor Manuel Becerril Domínguez, director de este proyecto de tesina. Sin su paciencia, disposición y enorme amabilidad para la lectura de este proyecto, este gran logro al que ahora me acerco habría sido francamente imposible y ominoso. A sí pues, mi completa gratitud para él, quien además de ser un excelente docente es también un gran ser humano, siempre dispuesto a brindar una mano a quien lo requiera.

A todos y cada uno de los profesores que tuvieron la bondad de revisar este trabajo. Les agradezco por su tiempo y por sus palabras precisas respecto a la orientación de esta tesina.

Agradezco a mi familia: A mis padres, a Alicia, Jeny, Bere, Vale y también a Martina; a Sujey y su manada torreonense. Por estar ahí siempre para mí, incondicionalmente, por amarme como soy y por nunca haber dejado de creer en mí. Les amo.

A la familia ISEC: A Nash, Víctor, Abi, Jorge, Cinthya, por todos estos años de amistad, por ser testigos del hartazgo y la frustración pero también del éxito y las buenas noticias. A todos aquellos amigos que fueron y ya no son, deseando la vida les sonría siempre.

A mis compas de toda la vida: David, Óscar, y César, por todos nuestros años de amistad, por permanecer en mi vida y dejar que permanezca en la suya, a pesar de la liquidez del mundo y la distancia. Por tener la certeza de que ya se en Acolman, Yucatán o Nueva Zelanda habrá siempre parte de mí.

A Yolanda Alquicira, por sostener mi sufrimiento con su escucha, por su extrema gentileza y por saber recortar allí aquello de lo que uno nunca quiere saber.

*En vano amenazas, Muerte,
Cerrar la boca a mi herida
Y poner fin a mi vida
Con una palabra inerte.
¡Que puedo pensar al verte,
Si en mi angustia verdadera
Tuve que violar la espera;
Si en vista de tu tardanza
Para llenar mi esperanza
No hay hora en que y no muera!*

Xavier Villaurrutia, *Décima Muerte*.

Índice

<i>Resumen</i>	6
Introducción	7
Capítulo 1. El cuerpo de la psicósomática	17
1.1 <i>L'homme machine</i>	17
1.2 El cuerpo en medicina psicósomática	23
1.3 El cuerpo en psicoanálisis	28
Capítulo 2 Pulsión: desarrollo y evolución del concepto	36
2.1 Definición y evolución histórica	36
Capítulo 3. Desorganización progresiva y pulsión de muerte: la psicósomática desde Pierre Marty	52
3.1 Introducción a la psicósomática de Pierre Marty	52
3.2 Aspectos metapsicológicos	61
3.2.1 Organizaciones y desorganizaciones	61
3.2.2 Mentalización	64
3.2.3 Fijación y regresión	67
3.3 Desorganización progresiva y pulsión de muerte	72
Capítulo 4. Lo fronterizo y la pulsión de muerte: la psicósomática desde André Green	81
4.1 André Green y las estructuras fronterizas	81
4.1.1 El afecto y los estados fronterizos	84
4.1.2 Escisión	88
4.1.3 Narcisismo de vida y narcisismo de muerte	93
4.2 Psicósomática y pulsión de muerte	97
4.3 Narcisismo negativo y objeto primario. El complejo de la madre muerta	102
Conclusiones	110
Referencias	135

Resumen

A partir de la fusión de las raíces griegas *psique* y *soma* es que se constituye la noción de psicósomática, sustantivo que, en lo general, determina una postura sobre la influencia que ejercen conductas, emociones e ideas, tanto conscientes como inconscientes sobre la estructura corporal. La psicósomática resulta de la influencia de lo psíquico en lo somático, y viceversa; constituye una condición siempre presente en los fenómenos de lo humano, que, sin embargo, es a partir de su polaridad patológica que se ha constituido como un objeto de estudio.

La ciencia médica se posicionó como el saber autorizado sobre el cuerpo y los procesos patológicos por los que atraviesa. Con el surgimiento de la psicología, la medicina se vio en la necesidad de considerar la influencia de aspectos mentales en la génesis, desarrollo y mantenimiento de enfermedades que habían sido pensadas como exclusivamente corporales. Al surgir desde el contexto hospitalario, las teorías psicológicas sobre psicósomática se inscriben como adjetivo para la medicina, lo que implica una orientación de ésta. Es hasta mediados del siglo XX cuando Pierre Marty, partiendo desde el psicoanálisis, propone abordar la psicósomática desde sus aspectos psíquicos exclusivamente, sin renunciar al trabajo interdisciplinario con el médico, que se abocará al seguimiento de la salud física del paciente.

El interés por el presente trabajo surge de la necesidad de pensar al ser humano como un ente psicósomático, tanto en el espectro de lo “normal” como en lo patológico. Por tanto, se vuelve preciso contar con una propuesta teórica desde la tradición psicológica, que constituya el eje primordial en la comprensión y tratamiento de enfermedades psicósomáticas, valiéndose del trabajo médico interdisciplinario.

Para ello se propone una revisión teórica de literatura psicoanalítica sobre psicósomática, que comienza por Freud y se centra en la obra de Pierre Marty y André Green, quienes proponen que las enfermedades psicósomáticas pueden ser desarrolladas, desencadenadas y sostenidas, por el empuje de la pulsión de muerte.

Palabras clave: Psicósomática, cuerpo, pulsión de muerte.

Introducción

La investigación *Psicosomática y pulsión de muerte: Una revisión teórica desde el psicoanálisis* ha llevado a plantear la implicación del concepto freudiano de pulsión de muerte en la génesis, desarrollo y mantenimiento de afecciones psicosomáticas. Desde la teoría psicoanalítica, concretamente a partir de 1920 y la publicación de *Más allá del principio de placer*, la teoría pulsional se caracteriza por un dualismo marcado por las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte.

El objetivo principal de esta tesina consiste en exponer y analizar, en la obra de Pierre Marty y André Green, la importancia del concepto de pulsión de muerte en la explicación de las patologías psicosomáticas. Para Marty y Green el concepto de pulsión de muerte representa uno de los aspectos decisivos en el viraje patológico de la condición psicosomática del ser humano, que se manifiesta con la aparición, desencadenamiento y mantenimiento de una enfermedad orgánica. Para ello se recurre a la teoría psicoanalítica y concretamente al pensamiento de los autores arriba citados, quienes proponen que el proceso de somatización del que deriva una enfermedad psicosomática debe ser entendido a partir del concepto freudiano de pulsión de muerte.

La consideración psicosomática de la enfermedad es de data antigua y ha continuado a lo largo de la historia: desde la tradición griega hipocrática, pasando por un largo periodo de latencia, hasta la psiquiatría de inicios del siglo XIX y a la formalización de la palabra psicosomática en psiquiatría, como un sustantivo para cierto tipo de enfermedades. La aparición del psicoanálisis y su particular noción de un ser humano psicosomático, posibilita nuevamente una consideración psicosomática de la enfermedad y el surgimiento de la medicina psicosomática de orientación psicoanalítica.

A lo largo de la historia el proceso psicossomático patológico ha sido elaborado desde diversas posturas metodológicas, desde la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis, las cuales apuntan hacia la elaboración teórica explicativa de la influencia de lo psíquico sobre lo somático, los aspectos particulares del psiquismo que se involucran con la enfermedad orgánica tanto en su génesis como en su mantenimiento, así como en la investigación clínica de pacientes con enfermedades psicossomáticas, con miras a la descripción de su particular funcionamiento mental.

Desde la investigación psicológica en México destaca el aporte de López Ramos (2006), quien cuestiona el racionalismo mecanicista de la medicina en el tratamiento de las patologías psicossomáticas y en su lugar propone una construcción del cuerpo a través de la subjetividad de los sujetos. Para el autor, el cuerpo humano es considerado como un microcosmos, en relación armoniosa con el universo y los cinco elementos de la medicina china tradicional: madera, tierra, fuego, metal y agua.

Desde el psicoanálisis, Deutsch recuperó el término de *psicossomática*, que había permanecido en latencia desde que Heinroth, a inicios del siglo XIX, lo utilizó para denominar un tipo de insomnio (Korovsky, 1990). Gracias a los trabajos de Deutsch, Halliday denominará su práctica como medicina psicossomática, práctica que se expandió con Franz Alexander y la *Escuela de Chicago*, quienes incorporan nociones del psicoanálisis freudiano a la fisiopatología. Resalta también el aporte de Donald Winnicott (1964, 1982) y su propuesta de la psicossomática en torno al objeto transicional, así como la teoría de Chiozza (1971, 1989, 1993) que apunta hacia la localización de fantasías inconcientes específicas vinculadas a cada tipo de enfermedad. No obstante, es desde la postura de Pierre Marty, quien introduce la noción de pensamiento operatorio y desorganización progresiva y André Green, con su propuesta sobre las especificaciones de los estados fronterizos, que este trabajo de tesina encontrará soporte teórico.

Tanto la obra de Pierre Marty como la de André Green coinciden en incorporar un elemento valioso al estudio de las patologías psicosomáticas, a saber, que los pacientes deben ser atendidos, en un trabajo interdisciplinario, por el profesional médico, que orientará su praxis hacia la materialidad corporal, y por un trabajo de psicoterapia que apunta a distinguir la función del psicólogo o psicoanalista de la función del médico. La novedad de su propuesta radica en que, para lograr el cometido del trabajo interdisciplinario, considera que los límites de la psicoterapia psicoanalítica deben ser expandidos, tanto en la teoría como en la clínica, hacia territorios no explorados por Freud, en los que es posible considerar a los pacientes con enfermedades somáticas.

Pierre Marty considera a la psicosomática como una disciplina independiente al psicoanálisis, aunque proveniente de éste, que cuenta con un objeto de estudio particular y dispone de metodología propia para investigarlo. El mismo gesto es marcado por Green, quien en la búsqueda de un psicoanálisis que se adecúe a las exigencias de la época, justifica la independencia del estudio y tratamiento de los estados fronterizos, categoría dentro de la cual conceptualiza a la psicosomática.

A pesar de que ambos autores parten desde distintas posiciones en la teorización sobre psicosomática y consideran diversos elementos conceptuales y metapsicológicos de la teoría psicoanalítica, concuerdan en la importancia del concepto freudiano de pulsión, y su posterior categorización como pulsiones de vida y pulsiones de muerte, como uno de los ejes teóricos esenciales en la comprensión de las patologías psicosomáticas. Cabe resaltar que la importancia del concepto de pulsión en la investigación sobre psicosomática no tiene precedente. El primero en desarrollarlo en relación a la patología psicosomática fue Pierre Marty, al considerar que las enfermedades graves son producto de movimientos desorganizados impulsados por la pulsión de muerte. Green decide tomar el camino iniciado por Marty, al desarrollar la descripción

clínica de los estados fronterizos y las afecciones somáticas en estrecha relación con el concepto freudiano de pulsión de muerte.

Una primera definición elaborada por Freud sobre el concepto de pulsión permite apreciar la pertinencia de Marty y Green al tomar el concepto como referencia para la investigación en torno a las patologías psicosomáticas.

En *Pulsiones y destinos de pulsión* Freud señala que, partiendo del aspecto biológico del ser humano hacia la consideración de la vida anímica, la pulsión aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático.

La pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante[...] psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal (Freud, 1915, p. 117).

Cuando Freud menciona la “trabazón” de lo anímico con lo somático, hace referencia a un pensamiento monista sobre el ser humano, a saber, el ser humano como entidad psicosomática en la que lo anímico y lo somático se encuentran entrelazados.

De esta forma, podemos entender al concepto de pulsión como una carga energética que se origina en la actividad motriz del organismo y que trasciende hacia el psiquismo mediante un proceso de representación.

A partir de la definición freudiana de pulsión como representante psíquico de los estímulos somáticos, Pierre Marty y André Green, otorgan un papel decisivo al empuje pulsional en relación a la calidad de las representaciones mentales propias de las pulsiones. La investigación clínica de ambos autores ha permitido distinguir que, en pacientes con enfermedades psicosomáticas, se observa una falla en la representación psíquica del empuje pulsional, carga energética que queda dissociada de su representación mental, por lo que corre el riesgo de dirigirse hacia la interioridad del cuerpo.

En la última elaboración de la teoría de las pulsiones, Freud (1920) señala que la meta del psicoanálisis no apunta hacia el abordaje de la sustancia viva, en su funcionalidad, sino hacia las fuerzas que operan sobre esta, a saber, las pulsiones. Desde este punto se distinguen dos clases de pulsiones constitutivas: las pulsiones de vida, que se orientan hacia la conservación y reproducción de la vida, y las pulsiones de muerte, las cuales pugnan por conducir la vida hacia un retorno a lo inanimado.

Desde esta referencia teórica es que los autores arriba señalados consideran a la patología psicosomática como una manifestación de las fuerzas constituidas por las pulsiones de muerte, como un impulso económico con cualidad destructiva, que queda anclado en el órgano somático ante una falla en el proceso de representación psíquica del impulso somático. De acuerdo con Green (1990, como se citó en Marucco, 2005), cuando la pulsión que emerge de la fuente somática no encuentra los medios para poder ser representada en el campo de la palabra se produce un “cortocircuito” que tiende a ubicarse en un pasaje al cuerpo, lo que da lugar a una nueva representación no-psíquica del trauma inscrita en el cuerpo mismo.

A partir de la breve introducción previa, se decanta como objetivo principal de esta tesina responder, en mayor o menor medida, a algunas preguntas primordiales: ¿Cuáles son las condiciones psíquicas de los sujetos aquejados por una patología psicosomática? ¿Cuál es y cómo se origina la deficiencia del aparato psíquico en el proceso de representación mental? ¿Cuál es el papel que desempeña la pulsión de muerte en las patologías psicosomáticas?.

Un primer objetivo particular consiste en revisar y analizar las diversas concepciones de la dimensión del cuerpo que se han construido en medicina y medicina psicosomática, así como la concepción del cuerpo que resulta necesaria para pensar una psicosomática psicoanalítica. Un segundo objetivo particular se orienta hacia la exposición histórica del desarrollo del concepto de pulsión en la obra freudiana, que encuentra su estructura definitiva a partir de 1920 con la publicación de *Más allá del principio de placer*.

La justificación del tema surge a partir de la actualidad clínica de fenómenos patológicos que se inscriben dentro de las relaciones entre un padecimiento orgánico originado, agravado y sostenido por causas de naturaleza psíquica, así como de la necesidad de contar con un modelo de abordaje teórico desde las disciplinas de lo psíquico, que repare en la concepción del ser humano como un todo indivisible, contemplando tanto la esfera psíquica como la somática en una relación dinámica que estructura el proceso salud-enfermedad.

De acuerdo con Bekei (1991) “la psicósomática nació en el encuentro entre las vertientes biológica y psicológica, y ahora ambas se disputan su paternidad y su posesión. Se invierte más energía en la discusión que en el cuidado de la rama recién nacida, cuya supervivencia peligra.” (p. 9). Lo anterior resume que, a partir del surgimiento de la psicósomática como patología concreta, la discusión científica se ha abocado más a la delimitación del fenómeno dentro de un campo de estudio concreto, lo que ha desviado la atención de la investigación explicativa sobre psicósomática.

Las propuestas de investigación sobre la cuestión psicósomática continúan en búsqueda de un saber universal que, llevado a la práctica, pueda aplicarse en el tratamiento de la singularidad de una enfermedad, borrando así la subjetividad del sujeto enfermo, es decir, omitiendo la dimensión psíquica de las enfermedades psicósomáticas.

Autores como De León (2006), consideran que en la actualidad el avance de las neurociencias ha impactado en la disminución de la atención psicoterapéutica de pacientes con alguna enfermedad psicósomática. En su opinión, las patologías psicósomáticas constituyen un reto para una mirada simplista que aspira a un método universalmente aplicable de comprensión y tratamiento de los pacientes psicósomáticos.

Por su parte, D’Alvia (2005) señala que la psicósomática de orientación psicoanalítica reinaugura la posibilidad de replantear la teoría y la clínica de tal manera que puedan ser consideradas las alteraciones pulsionales y la destructividad de la pulsión de muerte a través

de la escucha del discurso del sujeto. Esta tentativa apunta hacia la posibilidad de un abordaje de lo psicosomático desde una perspectiva monista en la que la pulsión representa el concepto crucial que, parte de lo somático y llega a la esfera anímica por medio de una representación, misma que es manifestada mediante el despliegue del discurso del sujeto.

Es importante recordar que el psicoanálisis surge como un procedimiento terapéutico a partir de una práctica médica, común a finales del siglo XIX, a saber, el tratamiento de la histeria. El descubrimiento de Freud consistió en distinguir entre las parálisis propiamente histéricas de aquellas que se debían a causas neurológicas, es decir, orgánicas.

Las parálisis histéricas son explicadas por un mecanismo psíquico por el cual se reprime una representación mental penosa, de carácter inconciliable, que no puede simplemente ser desechada, sino que se representa en el cuerpo; es lo que Freud denomina como conversión histérica.

Para Chiozza (1975) el nacimiento del psicoanálisis es una condición necesaria para el desarrollo del conocimiento sobre la patología psicosomática. Desde la postura de este autor, la patología psicosomática sólo se constituye como tal a partir de la posibilidad del psicoanálisis de la interpretación de los síntomas histéricos corporales a través de las representaciones mentales.

Es importante señalar que la investigación en psicosomática desde el psicoanálisis, y en particular desde la consideración fundamental del empuje pulsional destructivo propio de la pulsión de muerte, ha sido desarrollada y expuesta, aunque de manera limitada y poco difundida. Se destaca la investigación de De Sousa (2016), tesis doctoral en la que se analiza la implicación de la pulsión de muerte en las afecciones psicosomáticas centrandó su discusión en la paradoja entre supervivencia psíquica y autodestructividad. Para ello se embarca en un análisis profundo y metapsicológico del abordaje de la pulsión de muerte desde diversos autores que retoman la teoría psicoanalítica.

Así pues, la presente tesina ha considerado la referencia que representa De Sousa (2016), no obstante se contenta con perseguir un objetivo mucho más modesto, el cual apunta a introducir la pertinencia de la consideración de la teoría pulsional en el abordaje de las patologías psicosomáticas, desde la elaboración teórica y su inherente impacto en el abordaje clínico. Para ello se consideró preciso remontarse a la elaboración freudiana en torno al concepto de pulsión y la pertinencia de dicho concepto para reflexionar la cuestión psicosomática.

El trabajo de investigación que aquí se presenta se orienta hacia la focalización exclusiva de los aspectos psíquicos de la patología psicosomática, sin que ello constituya renunciar al trabajo interdisciplinario con el profesional médico, que, por su parte, atenderá a los aspectos exclusivamente orgánicos de la patología.

Por último, se considera importante para la psicología participar en la generación de un saber teórico, pero sobre todo de una orientación de su práctica clínica, en el abordaje del ser humano en su condición psicosomática, lo que permitirá ampliar los horizontes teórico clínicos hacia el tratamiento de pacientes con enfermedades somáticas sin que ello implique que el psicólogo o el psicoanalista se involucren con los aspectos físicos de la enfermedad, sino que se enfoque con exclusividad en la priorización de los aspectos mentales y representacionales del sujeto enfermo, mismo que reafirma su singularidad mediante el despliegue de su discurso.

En el capítulo 1 “El cuerpo de la psicosomática” se explora la conceptualización del cuerpo generado a partir del saber médico positivista, la cual se caracteriza por un método mecanicista-racionalista. Se revisarán los cambios paradigmáticos provocados por la revolución psicoanalítica, lo que permite la conceptualización de un cuerpo erógeno, atravesado por el empuje de las pulsiones, cualidad que le distingue del soma orgánico.

En el capítulo 2 “Pulsión: recorrido histórico del concepto” se revisa cómo el concepto de pulsión, del alemán *trieb*, constituye uno de los pilares conceptuales de la teoría

psicoanalítica. Es mencionado por primera vez en 1905 en *Tres ensayos de teoría sexual* y es desarrollado durante el resto de la vida de Freud, siendo, *Esquema del psicoanálisis*, de 1938 el último texto freudiano sobre el concepto. La evolución de la teoría de las pulsiones adquiere particular importancia para esta investigación a partir de *Más allá del principio de placer* donde se postula la existencia de un dualismo pulsional constituido por las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte

En el tercer capítulo, “Desorganización progresiva y pulsión de muerte: la psicósomática desde Pierre Marty” se expondrá la propuesta teórica de la *Escuela de París* y principalmente de Pierre Marty sobre la naturaleza los pacientes denominados somáticos, así como el análisis de sus afecciones. Se exponen las investigaciones de Marty sobre el concepto de mentalización, en relación con la calidad de las representaciones pulsionales. Destaca el aporte de Marty en la descripción de un proceso progresivo de desorganización, observable en algunos pacientes con enfermedades somáticas graves, el cual se apunta como consecuencia de los movimientos propios de las pulsiones de muerte.

En el capítulo 4 “Lo fronterizo y la pulsión de muerte: la psicósomática desde André Green” se revisa la propuesta teórica de André Green sobre las particularidades de los estados fronterizos, entidades clínicas independientes dentro de las cuales se encuentra la psicósomática. Green considera que los pacientes psicósomáticos experimentan un proceso de escisión radical entre psique y soma, movimiento que separa la representación psíquica de la carga energética pulsional proveniente del soma, lo que causa un cortocircuito representacional, cuyo desenlace puede ser la aparición de una enfermedad somática.

Se concluye este trabajo de tesina con la formulación de conclusiones derivadas de la revisión bibliográfica así como del análisis de las propuestas teóricas de ambos autores abordados con la intención de localizar afinidades y puntos de divergencia.

Capítulo 1

El cuerpo de la psicósomática

1.1 L'homme machine

Para pensar y abordar la condición psicósomática del ser humano, es necesario que se cuente con los elementos conceptuales adecuados de psique y soma; con suficiente flexibilidad como para permitir la concepción de una mutua influencia entre ambos registros, o bien, la idea de una continuidad monista que no distingue un registro del otro al considerar ambos como paralelamente indispensables y constitutivos del ser humano. Sólo ante la idea de un cuerpo que en su materialidad orgánica reconozca la influencia que el psiquismo es capaz de marcar en su función y su estructura, es posible encuadrar a la psicósomática como una orientación clínica, en principio de la medicina y posteriormente de las disciplinas psi, que considere los afectos, emociones y pensamientos, tanto conscientes como inconscientes de los pacientes con afecciones somáticas, así como la relación entablada entre el paciente y el terapeuta.

Como se ha revisado, la perspectiva desde la que se aborda el cuerpo, la mente y el dinamismo entre ambos se caracteriza por responder a los modelos epistémicos de mayor relevancia, los cuales se han ido modificando a lo largo de la historia.

El modelo de cuerpo que ha permanecido vigente es heredero del pensamiento racionalista de Descartes, comprendido como *res extensa*, máquina funcional que brinda las condiciones para que el psiquismo o el *cogito* tenga lugar y con ello la existencia misma.

Etimológicamente la palabra cuerpo deriva del latín *corpus* que puede entenderse en sus dos principales acepciones: físico y somático. Hacia inicios del siglo XIX se suma una nueva acepción para denominar al cuerpo: orgánico. El aporte surge de la biología y del estudio de las funciones vitales de los *organismos*.

Lo orgánico es el registro del instrumento (organon) en el sentido maquinal, lo que concierne en general al órgano del cuerpo (accesoriamente también designado como

soma). Lo orgánico (organikos) es lo que se refiere a los instrumentos a lo que es apto para servir y actuar como un instrumento (Assoun, 1997, p.16).

Al postular al ser humano como un *organismo* vivo, la biología y más tarde la medicina, comprometen su postura con la visión de un cuerpo-máquina, maquinaria que puede ser seccionada y estudiada en cada una de sus partes, las cuales representan un engranaje del complejo *organismo* vital.

Lang, H. (1998) opina que el triunfo de la ciencia médica sobre el control del cuerpo ha sido permeado por la adaptabilidad y acceso al saber que la técnica ha permitido mediante una instrumentalización del cuerpo, compuesto por un sistema jerarquizado de aparatos funcionales y orgánicos.

Lo que da más y mejor resultado es apuntar hacia la última célula, separar al cuerpo en órganos, convertir al hombre en "l'homme machine" (el hombre máquina); así la terapia resulta más exitosa. Porque sólo entonces es posible reemplazar los órganos por máquinas, sólo entonces pueden ser reemplazadas las funciones naturales, tales como la respiración o la circulación por aparatos (Lang, 1998, p. 95).

Es importante señalar que el camino hacia la fragmentación del cuerpo vivo para su abordaje y estudio se realiza, paradójicamente, a través del estudio de los componentes orgánicos del ser humano después de la autopsia. De esta forma, el modelo médico sobre el cuerpo vivo es soportado por la observación y estudio anatomofisiológico del cuerpo sin vida.

De acuerdo con Rovaletti, la construcción del saber sobre el cuerpo se realiza a través de un simulacro en el que se estudia la materia orgánica sin vida, tratando de reconstruir o simular su funcionamiento vivo.

Esta simulación de la realidad constituye ahora la verdad del cuerpo. El hombre cualitativo se resuelve en términos cuantitativos y esta lectura viene a ser presentada como obvia e indiscutible. En ese "mente concipio" del discurso científico, nuestra

vida no es regulada ya por nuestra experiencia sino por los modelos que la generaron, y nuestro cuerpo es constreñido a vivir una existencia fantasma en el organismo biológico que la ciencia construye (Rovaletti, 1998, p. 357).

La construcción de un discurso de verdad que opera sobre el cuerpo y lo remite a una realidad orgánica que funciona como analogía de una maquinaria cobra sentido a través del conocimiento y observación desplegados sobre el órgano, posible a partir de la práctica de la autopsia y la disección anatómica. En torno al objeto de estudio se configuran dispositivos de verificación que son capaces de distinguir el organismo en su funcionalidad normal o patológica a través de la comprobación de las características fisicoquímicas de los órganos.

El instrumento epistémico por excelencia para el saber médico es la mirada, mirada que se despliega sobre los organismos y que es capaz de construir sobre ellos un saber sobre sus características, su desarrollo, su naturaleza, la respuesta que se espera ante determinadas condiciones y los efectos de la patología sobre el tejido. Es de esta forma como, según Foucault (2011), la mirada médica abarca al cuerpo en su dominio y logra desvelar el secreto oculto de la enfermedad; ésta se reduce a un listado de signos característicos y propios de dicha patología, que son observables a través de los órganos y los tejidos que se encuentran bajo el influjo de la enfermedad.

El conocer las causas y la naturaleza de las enfermedades así como los signos que le caracterizan coloca a la ciencia médica en una postura de agente en la producción, reproducción y consolidación de un saber verdadero sobre lo corporal, saber que se traduce en un control y un dominio sobre la verdad de la enfermedad en el cuerpo, lo que, en palabras de Foucault, permite al discurso médico:

...adueñarse de los enfermos y de sus afecciones; aliviar sus penas; calmar sus inquietudes; adivinar sus necesidades; soportar sus caprichos; manejar su carácter y

regir su voluntad, no como un tirano cruel que reina sobre esclavos, sino como un padre tierno que vela por el destino de sus hijos (Foucault, 2011, p. 129).

Un signo representa un rasgo objetivo y universalmente observable que se somete a las leyes de observación y experimentación de la ciencia positivista; representa un elemento cuantificable, una variable controlable sobre la cual inferir en la aplicación de determinado tratamiento, el cual será elegido de acuerdo a los signos distintivos de la patología, lo que demarca cierta perspectiva de éxito en el tratamiento.

Siguiendo el análisis de Foucault (2011) podemos definir al síntoma como la forma natural en la que se presenta la enfermedad, es decir, una primera descripción, a través de la subjetividad del sujeto enfermo, de lo inaccesible de la patología. Los síntomas descritos por el paciente no conforman por sí solos la enfermedad, no obstante su descripción apunta hacia su clasificación nosológica. Por otro lado, el signo no da a conocer las particularidades de la enfermedad sino que “pronostica lo que va a ocurrir; anamnesia lo que ha ocurrido; diagnostica lo que se desarrolla actualmente” (Foucault, 2011, p. 132).

En la historia de la medicina, el síntoma es paulatinamente transformado en signo. Esta operación es posible gracias al enfoque racionalista de la ciencia que se compromete con una visión de totalidad sobre el cuerpo al desplegar su método sobre los organismos que lo componen, lo que a su vez abre la posibilidad de comparar, contrastar y definir el funcionamiento normal. La correcta traducción de los síntomas en signos garantiza la utilización de un lenguaje claro y ordenado sobre los fenómenos del cuerpo gracias a la operación de asociar estados corporales con determinadas enfermedades, lo que es suficiente para que estos fenómenos corporales devengan signos.

En la soberanía del signo se construye una primacía sobre la materialidad observable, medible y comprobable del organismo-máquina, sobre la correlación de fenómenos físicos y enfermedades concretas. El saber sobre el cuerpo se construye en una objetividad científica

expresada en métodos universales a todos los individuos. En el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad poco importa la descripción que de ella pueda hacer el sujeto enfermo, lo que le represente en su singularidad, si no es posible aislar los signos, describirlos y clasificarlos para determinar el tratamiento correcto a seguir y reestablecer el correcto funcionamiento del organismo, lo que supone el estado de salud. Rovaletti (1998) considera que “la enfermedad no es heredera de una historia singular del hombre situado, sino la falla impersonal de una función o de un órgano” (Rovaletti, 1998, p. 360).

Dentro del marco epistémico y metodológico de las ciencias médicas, el profesional de la salud se halla en una encrucijada entre dos dimensiones separadas del fenómeno humano al momento de abordar la clínica: los signos fisiológicos, a los que debe remitirse para descubrir las causas de la enfermedad, y un sujeto que padece, que se angustia ante su condición, que posee un significante singular para su malestar. El médico, para mantener la objetividad de la praxis, deberá renunciar a operar como un confidente para mantenerse en el papel del técnico ejecutor de un saber estructurado a través de la mirada taxonómica.

La clínica como un quehacer está desapareciendo (Sanen, 2013). El punto de quiebre entre la tradición que apremiaba la palabra y la clínica actual se desarrolla después de la formalización y masificación de la ciencia médica y la fundación del espacio hospitalario.

En el contexto hospitalario es de mayor importancia conocer los signos vitales del enfermo que conocerle a él en su condición de sujeto. En opinión de Sanen, la clínica psicológica también es escenario de un quehacer que se desvanece, pues de entrada *nace muerta*, al formalizarse al mismo tiempo que los grandes espacios de atención hospitalaria, donde la demanda exige métodos más precisos y universales, aplicables a todos los individuos, que se alejan del acercamiento al sujeto del sufrimiento. “Su sustantivo -psicología- de amplio abolengo, pierde eficacia y puntualidad cuando el adjetivo que está con ella tan sólo es

indicativo de un trabajo de escritorio, donde sus resultados terminan convirtiéndose en referencias en papel” (Sanen, 2013, p. 3).

De acuerdo con Dessal (2011) la medicina tiene dificultades para delimitar la función que el médico debe ejercer en la práctica clínica. “Por eso padece una crisis de identidad, en tanto ya no puede discernir la función del médico como receptor de una demanda motivada en el sufrimiento, de la función del técnico” (p. 21).

1.2 El cuerpo en la medicina psicosomática

Una vez aceptado el concepto de psiquismo en la discusión médica y científica, lo cual ocurre durante el siglo XIX, se vuelve necesario para la medicina, en un afán de adaptación y control sobre su objeto de estudio, es decir, el ser humano, ampliar sus fronteras hacia la aceptación de una nueva dimensión del fenómeno humano, sobre todo en lo relacionado al tratamiento de enfermedades orgánicas que, a partir de la incursión del psiquismo, comienzan a ser consideradas desde aspectos emocionales.

El siglo XIX fue un periodo de gran relevancia para la psicología, durante este periodo es que la noción de psiquismo comienza a insertarse en el seno de la discusión científica psiquiátrica, lo que llevó a Heinroth a considerar que un padecimiento orgánico, como lo puede ser el insomnio, puede responder a una etiología de naturaleza psíquica (Smadja, 2009). La irrupción del psiquismo en el terreno de la medicina puede describirse como la constatación de la existencia de elementos determinantes, intangibles e inconmensurables, que participan de forma activa en el decurso de una patología concreta. Este elemento emocional está más allá de los dispositivos de verificación de la ciencia médica, la totalidad de la mirada clínica por el cuerpo no alcanza a aprehender aquello que no es visible.

De acuerdo con Ulnik (2000), la ciencia médica se ha establecido como el campo de saber sobre el semejante. Su mirada taxonómica abarca la totalidad del organismo vivo, describe sistemas funcionales, descubre causas y efectos en la estructura orgánica pero no es capaz de abarcar el psiquismo. Esta ruptura en la totalidad del saber médico es lo que motiva a la medicina a recurrir a la psicología y también al psicoanálisis en busca de herramientas para poder hacerse del control integral de su objeto de estudio.

El interés de la medicina por incorporar en su saber elementos de la psicología apunta hacia el reforzamiento de su método y la reivindicación de su posición hegemónica sobre el

conocimiento del cuerpo vivo. Este gesto, si bien favorable para los fines de la ciencia médica, ha sido incorporado no sin resistencia en el ambiente hospitalario.

Korovsky (1990), afirma que no es casual que el adjetivo “psicosomática” haya permanecido un siglo de latencia desde su invención por parte de Heinroth en el siglo XIX hasta que, en 1922 Felix Deutsch le reintroduce en la discusión científica de la sociedad psicoanalítica. A partir de ese evento, varios psicoanalistas, como F. Alexander, E. Weiss, Halliday, entre otros, comenzaron a publicar sus aportes teóricos sobre la participación de la esfera psíquica y emocional en la aparición y desarrollo de enfermedades, tomando como marco de referencia teórico la propuesta psicoanalítica.

En 1946, Halliday denominó sus investigaciones como medicina psicosomática. Esta denominación, la de colocar a la medicina como antecesora de la posibilidad psicosomática, ha tenido gran impacto en autores posteriores que le retoman para enmarcar sus aportes sobre la relación de lo psíquico y lo somático; lo que podría considerarse como un intento de la medicina por considerar las enfermedades desde su aspecto somático, y también, desde su aspecto psicológico, es decir dos puntos de vista complementarios sobre el ser humano.

Tomando en cuenta estas consideraciones, podría intentarse definir a la medicina psicosomática como “una orientación de la medicina general que pretende incluir en cada acto médico y en cada juicio clínico los elementos que puede aportar el psicoanálisis para entender lo que sucede en el enfermo y en su relación con el médico, la familia y la sociedad” (Chiozza, 1990, como se citó en Korovsky, 1990).

Siguiendo la investigación de Korovsky, se tiene que distinguir lo que se denomina como psicología médica de aquello que se considera medicina psicosomática. De acuerdo con el autor, la psicología médica se entiende como una rama especializada de la medicina que busca comprender la relación que se entabla entre el médico y el paciente, las repercusiones psicológicas que la enfermedad y el acto médico tienen en el individuo, lo que impactará

directamente en la recepción que el tratamiento puede tener en el restablecimiento de la salud del paciente (Korovsky, 1990). La medicina psicosomática, desde esta perspectiva, se aleja del propósito de cumplir como herramienta para la práctica médica y apunta más hacia la consolidación de una orientación de la medicina que permita considerar en análoga importancia los factores físicos y emocionales de la enfermedad.

No obstante, la distinción entre psicología médica y medicina psicosomática comienza a volverse difusa en la práctica clínica. Ambas disciplinas se desarrollan en el marco de un contexto hospitalario y son médicos, principalmente, quienes practican una clínica que pretende ser incluyente con los fenómenos psíquicos de la enfermedad. En opinión de De la Fuente (1959) “es conveniente aclarar que la medicina psicosomática no puede ser considerada como un campo aparte de la medicina, ya que careciendo de conceptos y técnicas propias, utiliza aquellos que son de uso corriente en la psicología y en la medicina” (p. 274).

Es importante tener en consideración que la cuestión psicosomática despierta a la latencia dentro del marco de la teoría psicoanalítica. Es a partir de la revolución conceptual generada por el descubrimiento freudiano que se posibilitan las condiciones epistemológicas para retomar el interés por considerar la interacción entre psique y soma. Es decir, la medicina psicosomática como tal, surge a partir de la aceptación de la teoría psicoanalítica, o al menos es a partir de ésta que toma las nociones necesarias para llevar al psicoanálisis al ámbito médico hospitalario, a constituir un elemento etiológico en la concepción de un hombre enfermo, considerando la importancia del aparato mental psicodinámico en paralelismo con la esfera somática; ambas deberán considerarse en el abordaje clínico hospitalario

Es desde este contexto epistémico donde tiene lugar la teoría en medicina psicosomática de Franz Alexander y la escuela de Chicago. En su investigación, Alexander se esfuerza por poder distinguir los síntomas de conversión histérica de lo que él denomina neurosis de órgano, término que ya había pensado Ferenczi y que de inicio compromete, como se ha revisado, la

concepción particular del sujeto. De acuerdo con Alexander las neurosis de órgano, por su ausencia de elaboración simbólica, son cercanas las neurosis actuales descritas por Freud, ambas responden a una operación de descarga de excitación corporal que no pasa por una elaboración psíquica afectiva. Así pues, ciertos órganos guardan estrecha relación con afectos específicos. Estas ideas llevan a Alexander a describir un listado de siete enfermedades psicosomáticas específicas de ciertos padecimientos orgánicos en relación a situación afectivas igualmente específicas.

Hay que aclarar que si bien Alexander fue más conocido por la teoría de la especificidad, su visión era más amplia y cercana al modelo biopsicosocial. La génesis y el curso de las enfermedades estaría determinado por tres factores: la configuración psicodinámica individual resultado del desarrollo, la situación de vida desencadenante y la facilitación, o vulnerabilidad orgánica (Uribe, M, 2006, p. 10).

De este modelo tripartita se puede aclarar que Alexander llega a considerar la psicodinámica individual consolidada en el desarrollo y la situación psíquica actual como entidades etiopatogénicas, al mismo nivel en el que se encuentran los cuadros infecciosos o las formaciones cancerígenas, resaltando así un paralelismo psicofísico.

La medicina psicosomática entendida por Alexander se aleja de los preceptos de la teoría psicoanalítica ya que “una psicosomática que parte del paralelismo psicofísico es antipsicoanalítica, porque contraría los principios fundamentales del psicoanálisis y porque malentende y mutila al concepto psicoanalítico del psiquismo inconsciente” (Chiozza, 1995, p. 183).

Partiendo de la reflexión de Chiozza, una psicosomática que busque establecer criterios de causa y consecuencia deja en evidencia su adscripción epistemológica al campo del saber médico. “El psicoanálisis, más que causas busca comprender sentidos. Esto lleva a

considerarlo, siguiendo estrictamente a Freud, como una manera de tratar a la persona total mediante una técnica psicológica” (Korovsky, 1990, p. 22)

La novedad del descubrimiento freudiano del inconsciente representa un cambio paradigmático a través del cual se intenta encontrar un sentido de la enfermedad en el despliegue del discurso del sujeto más que el diagnóstico de su etiología. El inconsciente representa un elemento que opera como estructura dentro de la cual lo psíquico y lo somático mantienen una continuidad monista.

La introducción de lo inconsciente por el gesto freudiano -y es ahí donde hay que prestar atención- va a impugnar ese dualismo [cuerpo-mente] y va a abrir al mismo tiempo perspectivas clínicamente decisivas hacia cierta doble vida del cuerpo. El efecto de ese gesto es desembarazar al discurso organicista de sus supersticiones “psicologicistas” y “funcionalistas” (Assoun, 1997, p. 18).

El dualismo cartesiano que ha imperado en la concepción del ser humano en las ciencias humanas es invertido por Freud. Soler (1996) propone la fórmula “Descartes con Freud” haciendo alusión a la fórmula lacaniana “Kant con Sade” para ilustrar que el segundo constituye un complemento al primero. Descartes funda el estudio sobre el sujeto de la ciencia; sin embargo es un *cogito* flotante que permanece sin cuerpo: el sujeto del pensamiento. Freud, por otro lado, complementa a Descartes, situando al sujeto del *cogito* encarnado en la materialidad orgánica.

Eidelsztein (2008) señala que:

Lo que se conoce como medicina psicosomática esconde más que nada y más que nunca el ideal del uno unificante a nivel del sufrimiento humano. Desde ya conviene destacar que este ideal, es un ideal médico, aunque puede ser compartido por un psicólogo o un psicoanalista (p. 276).

1.3 El cuerpo para el psicoanálisis

Es importante tener presente que el psicoanálisis, como disciplina y método de investigación, surge a partir de la formación médica de Freud, su interés por la psiquiatría y la observación de pacientes histéricas siendo discípulo de Charcot en la Salpêtrière. Por tanto, la concepción del cuerpo y la influencia del psiquismo sobre éste sigue manteniendo una connotación adscrita al dualismo cartesiano replicado por la medicina, donde el cuerpo, si bien no puede negar la influencia del psiquismo, se sigue comprendiendo de manera separada del aparato mental.

En las parálisis corporales no había claridad para distinguir aquellas que responden a factores determinadamente biológicos de aquellas que se inscriben en la denominación de conversión histérica, en los que el efecto corporal es resultado de una operación psíquica sobre una moción afectiva penosa que permanece inconsciente. Más allá del énfasis en descubrir si la etiología es psíquica o somática, Freud resalta el hallazgo de estar frente a un cuerpo que mantiene una doble vida: una de ellas manifiesta y observable, mientras que la otra permanece oculta.

Soler es de opinión que el cuerpo ha sido siempre de gran relevancia para el desarrollo del psicoanálisis, su práctica y sus conceptos fundamentales se “encarnan” en el cuerpo.

El psicoanálisis, a pesar de su nombre, análisis de la psique, es una práctica cuyo centro se encuentra en la cuestión del cuerpo. Dicha cuestión está desde el principio, particularmente debido al síntoma histérico bajo su forma más evidente, la conversión (Soler, 2013 p. 7).

Por su parte, Assoun (1997), rescata la idea freudiana de la doble vida del cuerpo, la cual se postula en 1893 en un estudio comparativo sobre las parálisis histéricas y las parálisis orgánicas. Freud apunta hacia la existencia de una dimensión del cuerpo que permanece oculta y apenas visible al clínico atento bajo la dimensión orgánica del cuerpo.

Ante un primer acercamiento la parálisis orgánica no se distingue con claridad de aquella que responde a una conversión histérica; sin embargo bajo el análisis queda revelado que opera una dimensión distinta del cuerpo en cada una de ellas; en la parálisis histérica se consolida la idea de un cuerpo que no es del todo “real” y que, no obstante, manifiesta fenómenos que pueden ser incluso más “reales” que las parálisis con un anclaje físico constitutivo. El mismo Freud no encuentra la forma de afrontar esa evidencia, sólo le queda concluir que “...en el cuerpo histérico hay que dejar a la vez la fisiología, para entrar en la psicología” (Freud, 1893, como se citó en Assoun 1997).

Ante este hallazgo, la metodología de investigación que se propone seguir Freud en lo que respecta a la conversión histérica resta relevancia a la vida fisiológica del paciente para dar un lugar privilegiado al despliegue de la palabra, discurso en el que se encuentra las pistas para dar cuenta de la dimensión oculta del cuerpo, que no responde a las leyes naturales sino que resulta una construcción psíquica e imaginaria del cuerpo.

De acuerdo con Leivi:

La observación freudiana sobre las parálisis histéricas alcanza a distinguir que la lesión no se desarrolla en el órgano real sino en la idea o representación de dicho órgano, imagen del cuerpo que puede distinguirse en el despliegue del discurso del sujeto. Freud comprendió que meras expresiones verbales son así investidas del poder causal en el campo de las neurosis y retroactúan sobre el cuerpo, lugar de los efectos más que sede de las causas (Leivi, 2010, p. 330).

Si alguna evidencia puede dejar el descubrimiento freudiano de que existe una corporalidad que carece de una cualidad extensa, que va más allá de la materialidad orgánica propiamente dicha y que se formaliza en una construcción representacional del cuerpo, es que ese cuerpo ficcional y singular que posee el sujeto, no es el cuerpo que estudia la medicina y la psiquiatría. Se vuelve necesario provocar un cambio paradigmático, modificar los objetos

epistémicos en un movimiento que implica una ruptura constitutiva con el mecanicismo médico.

Es de importancia tener en cuenta que la aparición del psicoanálisis sólo pudo ser posible gracias a esa ruptura fundante con la concepción orgánica del cuerpo, lo que permite establecer un campo particular de fenómenos sometidos a una legalidad distinta de la de lo somático, y del desarrollo de una metodología de investigación acorde con la índole de dichos fenómenos (Leivi, 2010).

Es menester para el psicoanálisis el de postular una teoría que brinde claridad a la distinción que se hace del soma, de aquello que se va a denominar cuerpo en psicoanálisis que, si bien tiene una raíz en el esquema corporal se constituye en una dimensión imaginaria, sobre un proceso de representación psíquica inconsciente del soma.

Francoise Dolto considera dos dimensiones en las que se concibe la corporalidad en psicoanálisis: el esquema corporal y la imagen del cuerpo.

El esquema corporal es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cinestésicas (Dolto, 1986, p. 18).

A partir de lo anterior es lícito afirmar que el esquema corporal es un esquema común a todos los individuos humanos, que puede encontrar ligeras diferencias de acuerdo con la edad, origen étnico y condiciones socioclimáticas particulares; es el cuerpo común de la especie. Por otro lado, la imagen del cuerpo no puede ser común a la imagen del cuerpo de otro sujeto, ya que esta se encuentra estrechamente ligada a su historia de vida.

De acuerdo con Dolto (1986):

La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales [...] Se le puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante y ello, antes inclusive de que el individuo en cuestión sea capaz de designarse por el pronombre personal Yo (Dolto, 1986, p. 21).

Siguiendo el desarrollo de Dolto, se llega a la conclusión de que la imagen del cuerpo es una construcción realizada sobre la base material del organismo, es decir, sobre el soma o el esquema corporal del cuerpo. La construcción de la imagen del cuerpo se lleva a cabo a través de la incorporación simbólica de las experiencias vividas con el soma, por lo que podría conceptualizarse como una inscripción simbólica inconsciente efectuada por el sujeto deseante.

Para que ello pueda ser posible es necesario contemplar la inferencia de dos nociones particulares que implican una novedad en la conceptualización que se había elaborado sobre el cuerpo y que constituyen un elemento fundamental para poder hablar de la fundación de un sujeto, tal como lo entiende el psicoanálisis: el lenguaje y el deseo.

El deseo representa uno de los conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica. Para Freud fue importante poder distinguirla de la palabra alemana *Wunsh* que designa un anhelo más bien consciente, mientras que la palabra deseo puede ser expresada con mayor cercanía con la palabra alemana *Begierde* que se utiliza para denominar un movimiento de concupiscencia irrefrenable, al que Freud otorga una naturaleza más bien inconsciente; uno de los polos psicodinámicos del conflicto defensivo en las neurosis (Plon & Roudinesco, 2008).

En su *Diccionario de psicoanálisis* Laplanche y Pontalis (2004) definen el deseo como una experiencia de satisfacción corporal que es reconstruida y ligada psíquicamente con esa experiencia inicial de satisfacción .

La imagen mnémica de una determinada percepción permanece asociada a la huella mnémica de la excitación resultante de la necesidad. Al presentarse de nuevo esta necesidad,

se producirá, en virtud de la ligazón establecida, una moción psíquica dirigida a recargar la imagen mnémica de dicha percepción e incluso a evocar ésta, es decir, a restablecer la situación de la primera satisfacción: tal moción es la que nosotros llamamos deseo (p. 97).

Aulagnier (1986) rescata la pertinencia del gesto freudiano de ruptura epistemológica con la medicina. Con el cuerpo de la medicina concebida como la totalidad de lo real, sometido a leyes de funcionamiento físico-químico que le son propias, “al sujeto se le hace muy difícil postular un deseo como causa y organizador de su funcionamiento somático. Los destinos de su cuerpo se sitúan fuera del deseo” (Aulagnier, 1986, p. 126).

El deseo, como significante, forma parte de la inscripción a una red simbólica que representa el lenguaje, otra instancia necesaria para el advenimiento del sujeto hablante, el sujeto de deseo. El lenguaje, entendido desde la enseñanza de Lacan en el periodo de 1950 a 1954, se define como un sistema, una abstracción general de los sistemas lingüísticos, que estructura las leyes sociales del intercambio entre seres humanos, un pacto simbólico del que el ser hablante forma parte.

Respecto al registro simbólico en Lacan, Evans (2007) considera que “lo simbólico es el reino de la ley que regula el deseo en el complejo de Edipo. Es el reino de la cultura en tanto opuesto al orden imaginario de la naturaleza (Evans, 2007, p. 179).

Un cuerpo deviene en cuerpo cuando es atravesado por el lenguaje, cuando es incorporado a una cadena significativa. El psicoanálisis, en palabras de Silvestre (1987) considera al cuerpo no como un dato biológico en sí, sino como el efecto del significante sobre ese dato biológico.

De acuerdo con Miller (2002) el significante actúa sobre el cuerpo orgánico, le transforma en un cuerpo viviente, un cuerpo “mordido por el goce”, cuerpo en el que se puede pensar la cuestión psicosomática.

A partir del aporte lacaniano sobre el cuerpo y el goce que el significante recorta en el cuerpo orgánico, se podría pensar un cuerpo para-el-goce, por lo que se vuelve necesario retomar, de forma muy somera, el concepto de goce en la obra de Lacan. Nos contentaremos con brindar una breve descripción del concepto y la relación en torno a la pulsión de muerte y la cuestión psicosomática.

El concepto de goce toma varios matices a lo largo de la enseñanza de Lacan. El término aparece por primera vez en el seminario dictado en el año de 1953 a propósito de la dialéctica hegeliana del amo y el esclavo. Es hasta 1960 cuando el concepto evoluciona y se le distingue del concepto placer. Remitiéndose a la obra freudiana, Lacan postula que sólo se es tolerable una cierta cantidad de placer, el principio de placer opera como ley que marca un límite, el goce, por otro lado, es un excedente al principio del placer, va más allá del límite de placer y por tanto el goce resulta doloroso sin dejar de contener elementos de placer. En el *Seminario 17. El reverso del psicoanálisis*, Lacan (2008) advierte a su auditorio sobre la importancia de regresar a la lectura de Freud, en particular de aquello que postula como pulsión de muerte, esa tendencia reiterativa del sujeto hacia lo inanimado, que va más allá del principio de placer. En este sentido, Lacan comenta que “el camino hacia la muerte no es nada más que lo que llamamos el goce” (Lacan, 2008, p. 17).

Desde la perspectiva lacaniana, una vez que adviene el sujeto, el significante opera sobre el cuerpo recortando en este “islotes de goce” que bien podrían pensarse en relación a las zonas erógenas descritas por Freud. En el cuerpo es donde se inscribe este excedente, este placer doloroso que se desarrolla en la clave de la repetición y que representa el sendero hacia la muerte.

Por tanto, se puede concluir que el goce es el excedente al principio del placer, un placer doloroso que aspira a retornar a lo inanimado, lo que lo emparenta con el concepto de pulsión de muerte desarrollado por Freud hacia 1920.

De acuerdo con Silvestre:

El goce es entonces lo contrario a la homeostasis; y si se considera que la vida o la conservación de la vida está más bien del lado de la homeostasis, al goce es necesario ponerlo del lado de la pulsión de muerte freudiana” (Silvestre, 1987, p. 276).

Pensar un cuerpo para la psicósomática, implicaría por tanto conceptualizar un cuerpo construido por la incorporación del lenguaje y el advenimiento del sujeto, operación que constituye un cuerpo que está irremediamente marcado por la pulsión, lo que ya le hace propio de un abordaje psicoanalítico. En lo que se refiere a la cuestión psicósomática, el cuerpo se encuentra marcado fatídicamente por la pulsión de muerte, por una marcada senda hacia lo inanimado que muestra su claridad con el advenimiento de una enfermedad somática grave.

De acuerdo con Assoun es de total pertinencia pensar la pulsión no sólo como moción psíquica sino también desde el corte por el que atraviesa el cuerpo orgánico.

Lo cierto es que las pulsiones gobiernan no sólo la vida psíquica sino también la vida vegetativa: fórmula de apariencia aristotélica que muestra cual es la referencia freudiana a las “pulsiones orgánicas”. La pulsión es lo orgánico que actúa psíquicamente (Assoun, 1997, p. 132).

Para que el efecto mortífero de la pulsión de muerte pueda ser manifiesto en la aparición de una enfermedad grave se requiere una desvinculación de la pulsión con una de las partes que la constituyen. Recordemos que Freud, en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), refiere que la pulsión parte de una fuente somática y encuentra destino en una representación psíquica. Así pues, la pulsión está compuesta por dos componentes: un afecto y una representación. En los pacientes psicósomáticos, la evidencia clínica ha dejado en claro que la pulsión se encuentra desvinculada de su representación psíquica, por lo que el afecto se encuentra en bruto y desligado de la representación, marcando su efecto en el soma.

Capítulo 2

Pulsión: desarrollo y evolución de un concepto

2.1 Definición y evolución histórica

El concepto de pulsión ha constituido uno de los ejes primordiales de la teoría psicoanalítica, concepto que logra marcar la diferencia entre el psicoanálisis y otro tipo de psicoterapias y que habilita para el primero la pertinencia de un abordaje de un cuerpo particular constituido por el empuje pulsional, que marca distancia del cuerpo orgánico.

Al definirse como la encrucijada entre lo psíquico y lo mental, la pulsión es un concepto clave para pensar las relación particular entre el registro psíquico y somático presente en la cuestión psicosomática; la pulsión parte del soma y se representa en el psiquismo. En la aparición de una enfermedad grave en pacientes psicosomáticos el soma se ve afectado por cierta incapacidad de representación psíquica de la pulsión, pulsión destructiva cuyo destino es el órgano.

Para lograr los cometidos de este trabajo, será necesario remitirse a la definición del concepto de pulsión, a la evolución que el concepto experimenta a lo largo de la obra freudiana desde su aparición en *Tres ensayos de teoría sexual* en 1905 hasta “el giro” de 1920 donde se formaliza la idea de una pulsión de vida y una pulsión de muerte. Lo anterior es condición necesaria para ubicar la referencia teórica en la obra freudiana desde la cual, Pierre Marty y André Green, trabajan la noción de pulsión en relación con la psicosomática.

Es necesario partir de una definición general de la pulsión, una descripción de sus características constitutivas.

Pulsión es un término elaborado por Freud a partir de 1905 y se ha convertido en un concepto teórico fundamental de la doctrina psicoanalítica, utilizado para designar una carga energética que está en la fuente de actividad motriz del organismo y también en el funcionamiento psíquico inconsciente del ser humano (Roudinesco, 2008).

La carga energética tiene una cualidad de empuje que lleva al organismo a la búsqueda de un fin. De acuerdo con Laplanche y Pontalis (2004) la carga pulsional se origina por una excitación somática que supone un estado de tensión, por tanto, la meta de ésta será suprimir esa tensión; lo logrará únicamente a través del objeto.

Para Chemama (1996), la pulsión es el concepto central del psicoanálisis. Al sostener la hipótesis de un montaje específico de la pulsión se pueden comprender las relaciones que la pulsión sostiene con el objeto en la búsqueda de la satisfacción y no sólo la evitación del displacer de la tensión somática. De acuerdo con el autor, sería más adecuado hablar de pulsiones, en plural, que de pulsión en singular, ya que las formas de búsqueda de satisfacción son igualmente plurales; sin embargo, las pulsiones comparten cuatro características fundamentales. “Estas características son cuatro, fueron definidas por Freud como la fuente, el empuje, el objeto y el fin. Determinan la naturaleza de la pulsión: ser esencialmente parcial [...]” (p. 362).

La condición de empuje de la pulsión estuvo presente desde el comienzo de la elaboración freudiana del concepto. Roudinesco (2008), menciona que “el término surgió en Francia en 1625, derivado del latín *pulsio* para designar la acción de empujar, impulsar” (p. 902). Freud busca mantener una fidelidad filológica con la acepción de empuje, por lo que insiste en la utilización del término alemán *trieb* para evitar caer en definiciones ligadas al instinto o la tendencia, potencias ubicables también en los animales no humanos.

Por su parte, Evans (2007) refiere que la pulsión constituye un rasgo distintivo de la sexualidad que es, por cierto, exclusivamente humana, lo que de inicio ya le inscribe alejada de la reproducción animal. La sexualidad no está regulada por un instinto, pues esto supondría la idea de pensar una relación cuasi exclusiva con un objeto concreto, sino que está regulada por las pulsiones, mismas que difieren de los instintos por ser “extremadamente variables, y en

que se desarrolla de modos que dependen de la historia de vida del sujeto” (Evans, 2007, p. 158).

Siguiendo el argumento de Evans, otra diferencia fundamental con el instinto es que, a diferencia de este, la pulsión no puede ser satisfecha. Lacan apunta que la meta de la pulsión no se entiende por *goal* (meta final) sino por *aim* (el camino mismo). La pulsión, de esta forma, está destinada solamente para girar en torno al objeto, por tanto, la finalidad de la pulsión no es la conquista de un objeto en su totalidad, sino en el establecimiento de un circuito de repetición que parte del soma, gira en torno al objeto para regresar al soma nuevamente. Es por este circuito de la pulsión y esa tendencia a la repetición del circuito que Lacan va a decir que la pulsión es primordialmente pulsión de muerte.

El concepto de pulsión estaba presente en la psiquiatría alemana del siglo XIX para abordar el tema de la sexualidad en las concepciones de enfermedad mental. El concepto de pulsión en la obra freudiana sigue siendo pensado en torno a la sexualidad, por lo que está estrechamente relacionado con el concepto de libido y narcisismo, pilares sobre los que reposa todo el aparato teórico freudiano de la sexualidad.

En lo que se conoce como la época pre psicoanalítica de Freud, es decir, los trabajos realizados antes de 1900, fecha en la que aparece el primer volumen de la *Interpretación de los sueños*, obra que muchos autores consideran como el acta de nacimiento del psicoanálisis, ya se pensaba la sexualidad humana como un factor determinante en la etiología de los síntomas histéricos.

A lo largo de la década de 1890, Freud reelabora constantemente sus teorías sobre el cómo entender la sexualidad. En la correspondencia con Fliess y en el trabajo recopilado para el *proyecto de psicología* de 1895, Freud aborda la idea de una libido psíquica, que representa la base de toda actividad humana, una suerte de energía que dota de movilidad e impulso la vida y que a su vez otorga la fuerza necesaria para que pueda constituirse un síntoma neurótico.

El interés de Freud estaba claramente orientado hacia la elucidación de la fuerza, o fuerzas, que animan lo humano. Para ello le fue imprescindible poder distinguir entre la energía de empuje exterior o somática, la cual puede ser evitada por el sujeto, de la energía sexual psíquica, la cual se origina en el interior del organismo y cuyos efectos dinámicos no pueden ser evitados por el sujeto. Huelga decir que la diferencia entre estas dos potencias constituye también la peculiaridad de la sexualidad humana frente a el instinto reproductivo del animal.

Hacia 1905, en el primer párrafo de *Tres ensayos de teoría sexual*, Freud habla de la existencia de necesidades sexuales, tanto en el hombre como en el animal, con la salvedad de que en el primero se expresa mediante el supuesto de una “pulsión sexual” que existe análogamente con la pulsión de nutrición. De acuerdo con Freud esta pulsión sexual, en la opinión popular de la época, tendía a representarse en un decurso evolutivo que se mantiene en ausencia durante la infancia, comienza a mostrarse en la pubertad y cuya meta sería la reproducción sexual. Huelga decir que Freud rema contra corriente respecto al pensamiento común de la época.

Desde el comienzo de su elaboración conceptual en la teoría psicoanalítica, la pulsión está estrechamente ligada a dos de sus principales características: objeto y meta, por lo que Freud va a decir que “llamamos objeto sexual a la persona de la que parte la atracción sexual, y meta sexual a la acción hacia la cual esfuerza la pulsión” (Freud, 1905, p. 123). A diferencia del instinto, el cual representa un camino trazado hacia el objeto y la meta, las pulsiones experimentan desviaciones tanto en el objeto hacia el cual se orientan así como también la meta que persiguen.

Para ilustrar las desviaciones que puede experimentar la pulsión en cuanto su objeto, Freud se remite al discurso que Aristófanes pronuncia en el *Banquete* de Platón, en el cual señala que al principio de los tiempos, el ser humano tenía cuatro brazos, cuatro pies y dos cabezas; sin embargo, por una afrenta hacia los dioses, estos castigan al ser humano lanzándole

un rayo que lo divide en dos mitades: hembra y macho, mitades que estarán en una constante búsqueda de su complemento, de su objeto perdido. No obstante, las mitades que se corresponden no son necesariamente opuestas por lo que pueden componerse por dos mitades macho o por dos mitades hembra. Freud señala el paralelismo que la teogonía platónica, en voz de Aristófanes, guarda con la teoría más popular de la teoría sexual, puesto que el objeto para ésta tampoco está determinado sino que puede experimentar desviaciones, las cuales Freud estudia bajo el nombre de “inversiones”.

Hablar de la inversión implica hablar de un objeto de la pulsión sexual que experimenta una desviación en cuanto a lo que se supone el camino hacia la normalidad, heterosexual y reproductiva, lo que desde ya contradice a la noción de instinto la cual mantiene una senda continua y sin desviaciones. Freud (1905) analiza dos perspectivas sobre la naturaleza de la peculiar relación entre la pulsión sexual y el objeto que se observa en los que denomina “invertidos”: la teoría sobre el carácter innato de la inversión o bien una condición adquirida.

Poco importa a Freud el resultado del contraste entre estas dos hipótesis, ya que si algo puede concluir de ambas es la evidencia de que no hay tal cosa como un objeto sexual determinado a una pulsión determinada, sino que estos pueden experimentar relaciones del todo variables y alejadas de lo que se ha denominado normalidad.

Freud (1905) insiste en resaltar que, además de una indeterminación entre objeto y pulsión, existe también un carácter de parcialidad entre ambos, lo que vuelve al nexo que les une como un hilo demasiado frágil y volátil, sujeto a modificaciones ocurridas a lo largo del desarrollo. Para resaltar la evidencia Freud analiza el caso de la inversión del objeto sexual.

Freud señala que:

La experiencia recogida con los casos considerados anormales nos enseña que entre pulsión sexual y objeto sexual no hay sino una soldadura, que corríamos el riesgo de

no ver a causa de la regular correspondencia del cuadro normal, donde la pulsión parece traer consigo al objeto. (Freud, 1905, p. 134)

Otra de las desviaciones que afectan a la pulsión sexual y constituye un elemento distintivo de ésta frente al instinto, es la modificación que se observa en cuanto a la que se establece como la meta de la pulsión, lo que sólo refleja un particular relación entre la pulsión y su objeto, una forma de establecer una “soldadura” particular entre ambas instancias.

Las desviaciones en cuanto a la meta de la pulsión sexual han pasado a conocerse como perversiones sexuales, ya que su camino las lleva separarse del sendero que marca la normalidad en cuanto a la meta de la pulsión, es decir la reducción de la tensión somática a través de la satisfacción corporal del coito, lo que a su vez, representa la meta de la pulsión en tanto especie, lo que permite asegurar su supervivencia.

En un artículo de 1910, *La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis*, Freud se ve llevado a precisar, basándose en la pluralidad que había descrito en las pulsiones tanto en su objeto como en su meta, la representación que cada pulsión puede conllevar para el aparato psíquico, representación que “se anima” de acuerdo con la meta que la pulsión persiga. Es importante señalar que las pulsiones pueden no ser conciliables entre sí, lo que da lugar a suponer que existe una lucha entre determinadas pulsiones. A partir de esta confrontación Freud va a proponer dos clases primordiales de pulsiones que entran en disputa: “las pulsiones que sirven a la sexualidad, la ganancia de placer sexual, y aquellas otras que tienen por meta la autoconservación del individuo, la pulsiones yoicas” (Freud, 1910, p. 211).

En este momento, Freud postula la existencia de un dualismo pulsional. De acuerdo con él, todas las pulsiones orgánicas que operan sobre el organismo podrían clasificarse en “hambre o amor” haciendo referencia a Schiller.

Siguiendo esta distinción, se puede pensar en las pulsiones sexuales, desde sus primeras exteriorizaciones en la vida infantil y hasta lograr el desarrollo “normal”, como aquellas

encaminadas hacia la reproducción. Vale la pena señalar que estas pulsiones son de carácter parcial y que están ligadas a la zona del cuerpo de la cual proviene la excitación somática, es lo que se va a denominar como zona erógena.

Las pulsiones son parciales, y en ese sentido son también perversas, puesto que no tienden hacia la meta normal de la sexualidad humana; sin embargo éstas tendrán que ser subordinadas, gracias a la presión de la cultura, hacia la meta de la reproducción. Este proceso de subordinación representa una situación de conflicto para el Yo, que debe resistir frente al embate de las pulsiones sexuales mediante la represión de la representación de la pulsión.

La diferencia radical para Freud entre estos dos tipos de pulsiones es el papel que la libido desempeña. Sólo se designa energéticamente en las pulsiones sexuales, mientras que en las pulsiones yoicas o de autoconservación están enfocadas en asegurar la continuidad de la vida.

Un año más tarde, en 1911, Freud escribe *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*, texto en el que propone la existencia de dos principios que configuran los procesos psíquicos y los distinguen en primarios y secundarios.

Los procesos psíquicos primarios no son otros que los procesos psíquicos inconscientes, propios de una fase de desarrollo en que eran los únicos procesos psíquicos. Los procesos psíquicos inconscientes están regulados por el principio de placer, cuya finalidad se orienta hacia el cumplimiento de la satisfacción y la obtención del placer, así como la evitación del displacer. La evidencia de esta evitación de displacer que mantiene reprimidas representaciones que resultan penosas o desagradables puede hacerse patente en los equívocos de la vida en vigilia así como en el trabajo onírico.

Ante la comprobación del fracaso en la obtención de la satisfacción, se tiene que renunciar a la obtención de la misma por la vía alucinatoria y el aparato psíquico debe regularse para representar las constelaciones del mundo exterior. “Así se introdujo un nuevo principio

en la actividad psíquica; ya no se representó lo que era agradable, sino lo que era real, pese a que fuera desagradable” (Freud, 1911, p. 224).

Esta breve desviación hacia la somera descripción de los dos principios del acontecer psíquico tiene como meta el poder pensar las pulsiones (sexuales y yoicas hasta este momento) en relación a la regulación que dichos principios ejercen sobre ellas. Freud nos dice que las pulsiones yoicas o de autoconservación cumplen con el desarrollo que las inscribe en el principio de placer pero que terminarán adaptándose al principio de realidad. Por otro lado, las pulsiones sexuales parten del autoerotismo, condición por la cual no experimentan la frustración inicial en cuanto a la satisfacción, por lo que no se subordinarán del todo a la renuncia al principio de placer a favor de la realidad exterior.

De acuerdo con Freud:

Mientras el yo recorre la trasmutación del yo-placer al yo-realidad, las pulsiones sexuales experimentan aquellas modificaciones que las llevan desde el autoerotismo inicial, pasando por diversas fases intermedias, hasta el amor de objeto al servicio de la función de reproducir la especie (Freud, 1911, p. 229).

La noción de pulsión sufre otra nueva modificación en el artículo de 1914 *Introducción al narcisismo*. La noción de narcisismo se había utilizado para designar una conducta por la cual un individuo dedica a su propia persona un tratamiento similar al que daría a un objeto sexual. Desde este punto de vista, las conductas sexuales narcisistas han sido consideradas como perversiones a la meta sexual “normal”.

Es por la observación clínica de pacientes neuróticos catalogados como “normales” cuyas tendencias se inscriben en este tipo de conductas lo que lleva a Freud a hablar de una libido narcisista. “El narcisismo, en este sentido, no sería una perversión, sino el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo” (Freud, 1914, p. 72).

Esto supone que existe una etapa, propia de los primeros momentos del desarrollo, caracterizada por un estado narcisista, en que el individuo se toma a sí mismo como objeto sexual. El narcisismo, posteriormente, sufre una metamorfosis, con el advenimiento de los primeros objetos de amor.

Por tanto, la introducción de la noción de narcisismo implica una primera revisión a la teoría de las pulsiones, pues estas no serán definidas más por Freud como pulsiones sexuales y pulsiones yoicas, debido a que llega a la conclusión de que el yo es un gran depósito de libido.

Freud describe un narcisismo primario, característico de las primeras etapas del desarrollo en que el individuo se encuentra investido por ambas cargas energéticas, libido de objeto y pulsión yoica y sólo más tarde lograrán distinguirse.

Freud señala que:

En definitiva, concluimos, respecto de la diferenciación de las energías psíquicas, que al comienzo están juntas en el estado del narcisismo y son indiscernibles para nuestro análisis grueso, y sólo con la investidura de objeto se vuelve posible diferenciar una energía sexual, la libido, de una energía de las pulsiones yoicas (Freud, 1914, p. 74).

No obstante, este proceso de investidura por el cual la libido se orienta hacia los objetos sexuales tiene que partir de un estado en común, compartido con las pulsiones yoicas, orientando su meta hacia destinos externos, distintos al propio individuo.

La indagación psicoanalítica, que nos habilitó para perseguir los destinos de las pulsiones libidinosas cuando, aisladas de las pulsiones yoicas, se encuentran en oposición a estas, nos permite en este ámbito unas inferencias retrospectivas a una época y a una situación psíquica en que ambas clases de pulsiones emergían como intereses narcisistas actuando todavía de consuno en unión inseparable. (Freud, 1914, p. 89).

Sólo un año más tarde, en 1915, Freud publica *Pulsiones y destinos de pulsión*. Comienza su exposición manifestando la dificultad de la ciencia para elaborar los conceptos sobre los cuales se basa su cuerpo teórico. Advierte que la elaboración de conceptos es un proceso *a posteriori* de los fenómenos que los suscitan. Un concepto que emerge tras este proceso es el de pulsión. Freud tiene a bien advertir que, a pesar de la oscuridad que le ronda y la dificultad para poder aprehenderle, el concepto de pulsión debe pensarse como indispensable en psicología.

Pensar la pulsión implica abordarle desde la perspectiva fisiológica como un estímulo que es aportado al organismo desde fuera y que es descargado hacia afuera mediante una acción de empuje. Sería válido en este punto poder definir a la pulsión como un estímulo psicológico, aunque Freud advierte que se debe ser precavido, ya que no todo el estímulo psicológico es una pulsión.

Un punto importante para poder despegarse de la noción de estímulo es pensar que, a diferencia de éste, la pulsión no proviene del exterior, sino que parte del interior del organismo, es esa la razón por la que opera de una manera distinta para el alma, es decir, su meta no es unívoca, como lo es en el caso del estímulo, sino que para poder tramitarla harán falta diversos esfuerzos. La pulsión se distingue del estímulo dado que “no actúa como una fuerza de choque momentánea, sino siempre como una fuerza constante” (Freud, 1915, p. 114). Este empuje constante implica que la exigencia hacia el psiquismo sea mayor, lo que lleva a Freud a concluir que el desarrollo del sistema nervioso tal como lo conocemos se debe mucho más a la influencia de las pulsiones que al estímulo exterior sobre el organismo.

Es en el marco de los avances sobre la teoría de las pulsiones que Freud, en 1915 articula su ya mencionada definición de la pulsión como un concepto fronterizo entre lo psíquico y lo somático, que se expresa como un representante psíquico de los estímulos corporales provenientes del interior.

Es importante aclarar que, para Freud, la pulsión se va a caracterizar por poseer cuatro características fundamentales: esfuerzo, meta, objeto y fuente, cualidades a las que dedica unas líneas en *Pulsiones y destinos de pulsión*.

En cuanto al esfuerzo, Freud designa la palabra alemana *Drang* para hacer referencia al aspecto motor de la pulsión, expresado en una fuerza de empuje, que a su vez exige un trabajo de representación. Por meta Freud entiende el estado de satisfacción que persiguen las pulsiones que se ocasiona con la cancelación del estado de tensión que parte de la fuente endosomática; cabe señalar que, a diferencia del instinto, la pulsión no posee un camino unívoco, pues en su desarrollo las pulsiones pueden aspirar a metas más próximas y comunes entre sí. De esta forma, el objeto va a constituir el medio por el cual una pulsión puede alcanzar su meta; Freud señala que es la propiedad más variable de las pulsiones pues no está ligado a éstas desde su inicio sino que se configuran a partir de su posibilidad de satisfacción; “no necesariamente es un objeto ajeno; también puede ser una parte del cuerpo propio” (Freud, 1915, p. 118). Para definir la fuente de la pulsión, Freud señala que ésta es de naturaleza somática, ya sea de alguno de los órganos como de una parte del cuerpo, de la cual parte un estímulo que podrá ser representado en el psiquismo.

Al constituir tan sólo un punto de partida hacia un camino cuyo destino no está del todo definido, la fuente de la pulsión no merece un interés particular para la investigación psicoanalítica ya que es posible inferirla de manera retrospectiva a través de las metas que ésta persigue.

Después de la consolidación de la noción de narcisismo, es decir, en 1914 Freud se cuestiona sobre la pertinencia de abordar la teoría de las pulsiones desde un dualismo que distingue entre pulsiones sexuales y yoicas, pues como se ha revisado, se parte de un sustrato común que es el narcisismo; no obstante, para 1915, nuevamente rescata la idea de un dualismo

pulsional, no sin advertir que “no conviene dar a esta clasificación el carácter de una premisa necesaria” (Freud, 1915, p. 120).

Con base a la observación psicoanalítica de las psiconeurosis, Freud logra describir la naturaleza de las pulsiones sexuales; él mismo advierte de la incapacidad momentánea del psicoanálisis de abarcar el terreno de las pulsiones yóicas, conocimiento que podría proporcionar el estudio de otro tipo de neurosis, las psicosis u otras patologías.

En cuanto a las pulsiones sexuales, Freud reconoce cuatro posibles destinos: la represión, la sublimación, el trastorno hacia lo contrario y la vuelta hacia la propia persona.

Es en estos dos últimos destinos que puede apreciarse la naturaleza agresiva de la pulsión, específicamente en el caso del masoquismo-sadismo; el masoquismo, a su vez deviene sadismo, que sería su contrario; por otro lado, el masoquismo no es sino un sadismo hacia el propio yo.

Freud desarrolla la hipótesis de que la vida anímica está regulada por lo que él denomina el *principio de placer* cuya principal función es mantener un nivel bajo de excitaciones, por lo que un aumento en éstas será experimentado por el psiquismo como una sensación displacentera. Bajo la hipótesis de un imperio del principio de placer se tendería a pensar que todos los esfuerzos de la vida anímica se abocan a la conquista del placer; sin embargo Freud señala que la experiencia analítica más elemental contradice este principio.

Para analizar otra contradicción al principio de placer, Freud recurre a la narración del juego de un pequeño niño de un año y medio, en el que pudo observar que, a pesar de contar con juguetes diversos, su único juego consistía en lanzar el juguete y celebrar el hacerlo desaparecer; en otra ocasión el juguete estaba atado a un hilo, después de lanzar el objeto el niño le hacía volver causándole júbilo. Freud interpreta en este juego primario una recreación de la angustia generada por el despegue de la figura materna, la fuente primaria de insatisfacción; sin embargo en la recreación del juego el niño tiene el poder de hacerle aparecer

y desaparecer a voluntad. Es de resaltar lo contradictorio que resulta la repetición, en la recreación del juego, de aquella vivencia insatisfactoria que representó la partida de la madre. Freud señala que “comoquiera que sea, si en el caso examinado ese esfuerzo repitió en el juego una impresión desagradable, ello se debió únicamente a que la repetición iba conectada a una ganancia de placer de otra índole, pero directo” (Freud, 1920, p. 16).

Freud señala que en el tratamiento psicoanalítico de las neurosis es posible hallar una compulsión a la repetición, en el paciente. A falta de poder ser recordadas, aquellas representaciones penosas y displacenteras se limitan a repetirse.

La instancia mediadora entre aquello consciente y lo reprimido es el yo, que en su estructura contiene gran parte inconsciente en su núcleo, lo que Freud va a llamar preconscious. La represión de los recuerdos displacenteros es realizada tanto como por el yo consciente como por el preconscious, ya que ambos trabajan hacia el principio de placer. La compulsión a la repetición, por otro lado, es capaz de evocar vivencias que no contienen posibilidad alguna de generar placer y son displacenteras constitutivamente, lo que implica que la compulsión a la repetición puede cruzar la frontera del principio de placer.

La experiencia analítica permite a Freud afirmar que:

En vista de estas observaciones relativas a la conducta durante la transferencia y al destino fatal de los seres humanos, osaremos suponer que en la vida anímica existe realmente una compulsión de repetición que se instaura más allá del principio de placer (Freud, 1920, p. 22).

Así pues, la compulsión a la repetición trasciende el principio de placer, su naturaleza remite a procesos más arcaicos y pulsionales que el principio de placer sobre el que trasciende. Las exteriorizaciones de la compulsión a la repetición que han podido observarse tanto en la investigación psicoanalítica como en la vida anímica infantil “muestran en alto grado un carácter pulsional y, donde se encuentra en oposición al principio de placer, demoníaco”

(Freud, 1920, p. 35). Una temprana advertencia de la vena maligna de la repetición, de su capacidad destructiva.

Uno de los principios metapsicológicos del psicoanálisis es el abordaje de una teoría de las pulsiones. Freud reiteradamente señaló que una pulsión puede ser abordada en la medida en que constituye una representación psíquica. Para que una pulsión constituya una representación de sí misma, es condición necesaria que la libido, la cual es la base energética tanto de las pulsiones sexuales como de las pulsiones de autoconservación, esté ligada o investida hacia un objeto. A diferencia de las pulsiones sexuales, las pulsiones de autoconservación, que para 1920 y la publicación de *Más allá del principio de placer* pasan a denominarse como pulsiones de muerte, no siempre encuentran la manera de ligarse a un objeto, por lo que la energía que las constituye se encuentra vagando libremente, tendiendo a retornar hacia el propio individuo.

Con base a sus estudios biológicos, Freud (1920) desarrolla la hipótesis de que, tal como lo han comprobado las investigaciones de A. Weismann, entre otros, sobre los organismos vivos, existe una tendencia de estos a retornar a un estado anterior a lo vivo, un estado inorgánico de inercia. Desde esta perspectiva se puede comprender a la pulsión como un esfuerzo *Drang* inherente a lo orgánico vivo, una suerte de perpetuación de un estado arcaico anterior a la vida misma. La evidencia de los estudios sobre los organismos vivos logra constatar que, sin excepción alguna, todo aquello que conserva la vida tiende irremediablemente a la muerte, retorna a un estado inorgánico. De lo anterior se puede concluir que la meta, en apariencia innegable de toda vida es alcanzar la muerte.

La referencia a los organismos biológicos tiene tan sólo un afán ilustrativo para sustentar una tendencia reiterativa de retorno hacia lo inanimado que es común en la vida anímica de los seres humanos. No obstante, Freud (1920) apunta la meta del psicoanálisis, no hacia el abordaje de la sustancia viva en su organicidad funcional, sino a las fuerzas que operan

sobre esta; bajo esta dirección es que surge la hipótesis de contemplar dos clases de pulsiones constitutivas: las pulsiones sexuales o pulsiones de vida, cuyo propósito se orienta hacia la conservación y reproducción de la vida y, por otro lado, las pulsiones que pugnan por conducir la vida hacia un retorno a lo inorgánico, es decir, las pulsiones de muerte.

Las pulsiones de vida se encuentran en franca oposición con las pulsiones de muerte, mientras que las primeras se ligan a objetos con la intención última de conservar la vida, el eros, las segundas constituyen una fuerza primordial, más arcaica, que va más allá del principio de placer al suprimir la tensión hasta el punto de retorno hacia la nada, hacia lo inanimado. Una observación clínica de la oposición entre ambas pulsiones puede constatarse, de forma subrogada, en la ambivalente relación amor- odio que el yo entabla con los objetos.

Se considera pertinente destacar otro aspecto de la oposición entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte: La tramitación de las primeras puede ser experimentada como placentera, por lo que se encuentran en una relación mucho más estrecha con las percepciones internas; a menudo la clínica psicoanalítica puede distinguirles por su naturaleza sintomática; mientras que las pulsiones de muerte operan de forma inadvertida y silenciosa; otra referencia más al silencio de la cripta.

En las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, Freud (1933) vuelve a abordar el tema de las pulsiones, desde el dualismo propuesto en *Más allá del principio de placer*, en el que postula la existencia de dos pulsiones antagónicas presentes en la vida anímica de los seres humanos.

Varios fenómenos clínicos habilitaron a Freud a postular una pulsión de autodestrucción, la cual “estamos autorizados a concebir esta última como expresión de una *pulsión de muerte* que no puede estar ausente de cualquier proceso vital” (Freud, 1933, p. 99).

A pesar de que se parte de una clara oposición inicial entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte, la observación psicoanalítica ha podido distinguir que ambos procesos vitales no se

encuentran claramente separados, sino que ambas pulsiones se encuentran mezcladas y se desarrollan en el marco del proceso vital, por lo que las pulsiones de muerte pueden hallarse también al servicio del eros, lo que puede observarse sobre todo en su relación con el objeto en su cualidad agresiva.

Hacia el final de su vida, Freud siente la necesidad de aportar más elementos para esclarecer algunos puntos que permanecen oscuros en la teoría de las pulsiones. En el *Esquema del psicoanálisis* obra escrita en 1938 pero publicada póstumamente hasta 1940, Freud señala que las pulsiones pueden ser comprendidas como las fuerzas generadas en el organismo a través de una tensión orgánica; estas representan los requerimientos que el cuerpo, en su organicidad, hacen a la vida anímica y que “tras larga vacilación y oscilación nos hemos resuelto a aceptar dos pulsiones básicas: *Eros y Pulsión de destrucción*” (Freud, 1940a, p. 146).

Capítulo 3

Desorganización progresiva y pulsión de muerte: la psicósomática desde Pierre Marty

3.1 Introducción a la psicósomática de Pierre Marty

El estudio de la cuestión psicósomática, como ya se ha mencionado, surge nuevamente, después de casi un siglo de latencia, es Félix Deutsch quien en 1922 rescata la noción de psicósomática y la introduce en la discusión de la sociedad psicoanalítica (Korovsky, 1990).

Como se ha revisado, la palabra psicósomática surgió con Heinroth en la primera mitad del siglo XIX, generando poca repercusión en el ambiente científico de su época (Smadja, 2009).

El que Deutsch, psicoanalista cercano a Freud, haya sido quien rescatara el adjetivo de “psicósomática” no es para nada casual; responde a la disposición de recursos teóricos aportados por el psicoanálisis, lo que permite considerar nuevos paradigmas de la relación que sostiene el psiquismo con el cuerpo orgánico.

De acuerdo con Kamieniecki (1992), la revolución psicoanalítica sienta las bases para establecer los principios, tanto psicodinámicos como funcionales, que organizan y determinan lo que puede denominarse como la unidad psicósomática de un individuo.

El aporte de Deutsch al desarrollo de la medicina psicósomática de orientación psicoanalítica es notable. Durante la segunda guerra mundial emigra hacia los Estados Unidos, lugar en el que sus ideas van a influenciar a una serie de psicoanalistas interesados en la medicina psicósomática, principalmente a la Escuela de Chicago y su principal representante, Franz Alexander.

Brevemente se ha expuesto el aporte de esta escuela de pensamiento. Alexander describió una serie de cuadros nosológicos clásicos de las enfermedades psicósomáticas,

padecimientos tipo relacionados a un carácter específico. La propuesta de Alexander se desarrolla dentro de la práctica hospitalaria, como un elemento auxiliar en el diagnóstico de enfermedades cuya génesis resulta oscura, o bien, de padecimientos que, desde el comienzo, pueden asumirse de naturaleza psicossomática. Por tanto, el dualismo cuerpo-mente, heredero de la tradición racionalista, sigue definiendo el modelo epistémico para la investigación psicossomática; a pesar de utilizar conceptos exportados del psicoanálisis, en la práctica, la medicina psicossomática sigue reafirmando un esquema dualista, que insiste en apremiar el tratamiento del cuerpo, contemplando la esfera psíquica sólo como un elemento complementario en el diagnóstico médico.

El pensamiento de Pierre Marty sobre la psicossomática, así como la investigación clínica que se va a llevar a cabo en el *Institut de Psychosomatique Pierre Marty* (IPSO en adelante) constituyen un punto de ruptura epistemológico respecto a las teorías de medicina psicossomática, elaboradas principalmente en los Estados Unidos, en el sentido en el que la concepción de la psicossomática se aborda desde una perspectiva totalmente monista, que no marca una división entre el cuerpo y la psique sino que se entiende como una unidad indivisible.

Smadja (1998b) señala que la cualidad monista somato-psíquica es nuclear en el modelo de Pierre Marty, lo que implica una concepción integral del sujeto. Esto quiere decir que opera sobre la naturaleza material de los fenómenos como de las propiedades psíquicas que determinan su funcionamiento; el psiquismo y el soma representan una unidad indivisible; ambos se jerarquizan bajo un aspecto evolutivo que determina el funcionamiento.

El surgimiento de la psicossomática fue producto de más de cuatro décadas de investigación clínica de pacientes somáticos bajo el marco referencial del psicoanálisis, lo que llevó a Marty a contrastar el funcionamiento mental de los neuróticos mentales o psiconeuróticos, de aquellos sujetos que atendía la clínica de pacientes somáticos los cuales se

caracterizan por mostrar una mentalización poco lograda. lo que se expresa en cierta pobreza asociativa en el discurso.

La primera etapa en la investigación psicosomática se realizó en la década de 1950. La atención clínica se centraba sobre todo en pacientes con cuadros de cefalalgia, padecimientos motrices y alergias, es decir, los cuadros clásicos que estudiaba la medicina psicosomática. Durante la observación de los pacientes Marty pudo comprobar que estos presentaban dificultades para la asociación representativa y afectiva en el despliegue del discurso, lo que le lleva a postular la idea de cierta insuficiencia de los mecanismos neuróticos de elaboración psíquica, lo que más tarde le lleva a introducir el término de mentalización para clasificar la cualidad asociativa del funcionamiento mental.

De lo anterior se desprende la noción de pensamiento operatorio, el cual es utilizado para denominar una mentalización disfuncional, a saber, una mentalización cuya única función es la operatividad mas no está provista de un vínculo afectivo en la vida del sujeto. De acuerdo con Smadja (1998b) “el concepto de pensamiento operatorio es para la psicosomática lo que el concepto de histeria es para la neurosis y el delirio para la psicosis” (p. 206).

Durante esta etapa se comienza a elaborar la noción de defensa somática, postulado que surge para intentar explicar cómo se desarrolla el proceso patológico en enfermos con padecimientos somáticos, los cuales siguen limitándose a los padecimientos clásicos estudiados por Alexander. La noción de defensa somática comienza ya a rebasar los conceptos clásicos del psicoanálisis y la noción de defensa psíquica del yo, extendiendo la noción de defensa también hacia el plano somático. Esta extensión teórica se justifica en la observación clínica donde se pudo constatar que en estos pacientes la defensa sobrepasa la elaboración psíquica y se desarrolla en el plano somático.

Durante la década de 1960 se publican los avances de la investigación psicosomática en un libro titulado *La investigación psicosomática. Siete observaciones clínicas* estudio en el que comienzan a elaborarse teorías de características metapsicológicas.

De acuerdo con Smadja (1998c) los postulados de *La investigación psicosomática* dejan de orientarse hacia el estudio de enfermedades tipo en psicosomática y se centran en el esclarecimiento del funcionamiento psíquico de los pacientes con enfermedades somáticas.

El acento se pone aquí en el estudio conjunto del funcionamiento mental de los pacientes somáticos y de sus conexiones con los desórdenes de las funciones somáticas.

De esta manera la investigación psicosomática no se contenta más con poner de relieve ciertos mecanismos de defensa psíquicos, sino que busca una evaluación de conjunto del trabajo psíquico de los pacientes somáticos y sus terrenos no esclarecidos (Smadja, 1998c, p. 29).

Así pues, la investigación psicosomática se plantea como cometido la elaboración de modelos de vida psicosomática, no se limita pues a la descripción de una patología sino a las formas de vida, en tanto a su funcionalidad como a su economía. Es así que el modelo de Marty se declara a la vez vitalista, pues pondera un potencial vital energético determinado por los movimientos organizadores y desorganizadores del funcionamiento mental, lo que viene a constituir los movimientos de vida y los movimientos de muerte.

Marty toma la última teoría de las pulsiones elaborada por Freud en 1920, que señala la existencia de un dualismo pulsional entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte. Debido a las características de los pacientes somáticos, Marty lleva el concepto de pulsión a la noción de instinto, reafirmando de esta forma un enfoque evolucionista. Smadja afirma que “la concepción de Pierre Marty se inscribe en la escala de la evolución. El conflicto no está ausente, pero se lo concibe como una confrontación de funciones de nivel evolutivo diferente” (Smadja, 1998a, p. 164).

Hacia finales de la década de 1970 se funda el IPSO como un espacio totalmente dedicado a la atención clínica como a la investigación en psicósomática. El IPSO se convierte en el primer espacio de atención a pacientes somáticos (tanto de afecciones benignas como lo pueden ser cefaleas, hasta enfermedades graves y progresivas como lo son algunos carcinomas), exclusivamente con psicoterapia. El trabajo multidisciplinario es de suma importancia, por lo que el paciente debe recibir atención médica, sólo que ésta se realiza en otro espacio independiente.

La investigación en psicósomática psicoanalítica, tanto por su alcance como por el objeto de estudio concreto que se plantea, tiene que modificar la técnica de la investigación psicoanalítica clásica y adaptar el dispositivo en relación a los pacientes que se atienden en la clínica, distintos a los que recibe el psicoanálisis clásico en consulta.

A diferencia de los analizantes que atiende la clínica psicoanalítica clásica, que acuden a consulta a partir de una demanda de análisis fundada en el sufrimiento psíquico y la angustia, el paciente somático no experimenta una demanda manifiesta. Parat (1993) considera que es común que el paciente somático no llegue a la consulta con el psicomatólogo por sí solo, sino que por lo regular es derivado por el médico o por alguna persona de su entorno. La investigación ha demostrado que en estos pacientes parecen no estar afectados por un sufrimiento psíquico y, si es que lo hay, éste está totalmente vinculado con la enfermedad somática.

David, De M'Uzan y Marty (2013) consideran que la investigación psicósomática tiene como cometido suscitar la asociación libre en el paciente, explorar la calidad y la cantidad de las asociaciones. Durante el proceso se tiene especial atención en la calidad y la riqueza afectiva de las asociaciones, pues es común en pacientes somáticos que las asociaciones no aparezcan en gran cantidad o lo hacen sin mucha riqueza afectiva en la esfera sensorio-motriz del paciente,

es decir, expresiones que recaen directamente sobre el soma ante la incapacidad del psiquismo de dar trámite al conflicto.

La investigación psicosomática comienza a desarrollarse desde la primera entrevista con el psicomatólogo. El formato utilizado en el IPSO para el primer encuentro con pacientes somáticos se aleja de la concepción psicoanalítica clásica: consiste en un auditorio al que asiste un grupo de investigadores que observan el desarrollo de la entrevista, quienes llevan un registro pormenorizado del discurso del paciente, así como de las respuestas motrices suscitadas durante el curso de la entrevista. La entrevista se desarrolla en un formato cara a cara entre el paciente y el psicomatólogo sin una mesa de por medio, esto con la intención de que la comunicación resulte más pura, más libre de desplegarse sin elementos que puedan contribuir a incrementar la resistencia, tanto para el paciente como para el investigador.

Un aspecto a destacar de la primera entrevista con el psicomatólogo es la duración de la misma: el interrogatorio podría durar un par de horas. Con ello se busca indagar sobre el particular funcionamiento mental del paciente. La primera fase de la entrevista inicial se orienta a procurar un ambiente neutro en el que el paciente no encuentre elementos angustiantes que pudieran llevarle a desorganizarse. La neutralidad es un elemento muy importante durante la investigación. David, De M'Uzan y Marty (2013) señalan que la entrevista debe desarrollarse en un clima de tranquilidad, por lo que los asistentes deben estar advertidos de la importancia de guardar la neutralidad respecto al paciente, con la intención de que éste no encuentre en ninguno de los asistentes respuesta a una eventual demanda de su parte.

Unos de los puntos que distinguen la clínica psicosomática desde la postura de Pierre Marty es el uso de la transferencia y la contratransferencia. A diferencia de las concepciones en medicina psicosomática de orientación psicoanalítica desarrollada por Alexander. Según los autores de *La investigación psicosomática*, la apreciación de la dinámica de la transferencia constituye el pilar sobre el que reposa toda investigación y tratamiento en psicosomática. La

contratransferencia se convierte en un recurso técnico de gran importancia en el tratamiento de pacientes somáticos.

David, De M'Uzan y Marty (2013) señalan que en la atención de pacientes somáticos suele acompañarse de cierto malestar experimentado por el terapeuta en su tarea frente a pacientes con una pobreza asociativa en su discurso.

Hay que contar también con la fatiga del investigador debida, quizá, a una especie de apagamiento libidinal y al esfuerzo particular requerido por el objeto psicossomático que, por definición, no se sitúa en que sería fácil y directamente accesible por medios intelectuales y que, sobre todo, no se presta espontaneidad a la identificación que sin embargo es necesaria, aquí más que nunca, para una auténtica comprensión (David et al, 2013, p. 45).

Las disposiciones particulares que se toman en la investigación psicossomática, tanto en el formato de entrevista, la duración de la misma, el encuadre de la terapéutica centrado en el establecimiento de un ambiente neutro, así como la importancia de la contratransferencia, que puede ser vivenciada como un sentimiento de fatiga, responde a que los pacientes somáticos no pueden ser clasificados dentro de las estructuras neuróticas de la personalidad, ni tampoco dentro del espectro de las psicosis. De acuerdo con David, De M'Uzan y Marty (2013) el paciente psicossomático cuenta con instrumentos de tramitación del conflicto distintos de los que cuentan pacientes con una organización neurótica. En estos casos se puede apreciar una verdadera organización psicossomática cuya base está constituida menos por funcionamientos mentales que por actividades sensorio-motoras o funcionalidades orgánicas.

Por los hallazgos obtenidos de la investigación clínica, Marty propone la psicossomática como una disciplina que deriva del psicoanálisis para construir una postura independiente, cuyo método y alcance terapéutico van más allá del psicoanálisis. Marty señala que los analistas

clásicos están acostumbrados a recibir en sus consultas pacientes que se representan un cuerpo erótico, situación que no se vive en la consulta con paciente somáticos.

De aquí que Marty pase a sostener que los pacientes somáticos, en especial aquellos que presentan enfermedades graves y, generalmente, progresivas, deben ser tratados por un psicomatólogo y no por un psicoanalista. No obstante, para ser psicomatólogo es indispensable ser antes psicoanalista, lo que permite contar con los elementos básicos para discernir el funcionamiento mental. Es necesario que, tanto el psicoanalista como el psicomatólogo, sepan discernir claramente la semiología de aquellos pacientes que van más allá de los esquemas clásicos de neurosis; de ello depende una mejoría en el estado general de salud del paciente somático.

Marty sostiene que:

Los psicomatólogos se reclutan entre los psicoanalistas, porque es necesario conocer teórica y clínicamente los mecanismos psíquicos de las neurosis clásicas, las descriptas por Freud, para poder identificar desde el primer momento las desviaciones y las insuficiencias de estos mecanismos en el aparato mental de numerosos enfermos somáticos, y así abordarlas rápidamente durante las psicoterapias (Marty, 1990b, p. 158).

Las insuficiencias a las que se refiere Marty consisten, sintéticamente, en la pobreza afectiva en la elaboración del discurso; pobreza afectiva que, en la mayoría de los pacientes somáticos dificultan la demanda de tratamiento y son normalmente derivados a la consulta del psicoanalista por un médico. Por tanto, no existe de manifiesto una demanda de atención fundada en el sufrimiento psíquico; en los pacientes somáticos la noción de sufrimiento psíquico o angustia se encuentra en silencio.

Un sufrimiento psíquico silencioso, además de cierta pobreza asociativa en el discurso de los pacientes somáticos, obliga a que la meta del psicomatólogo se desvíe de la meta del

análisis clásico. El objetivo del psicomatólogo va más allá de volver consciente lo inconsciente. La meta principal del psicomatólogo, en opinión de Parat (1990) consiste en lograr restablecer una homeostasis que permita una reorganización del funcionamiento mental.

El terapeuta tiene como cometido procurar el establecimiento de una relación transferencial, condición necesaria para que pueda desplegarse una terapéutica que pueda resultar de utilidad para el paciente.

El psicomatólogo debe procurar el establecimiento de un encuadre sólido, explícito, aunque con la suficiente flexibilidad para adaptarse a las manifestaciones de angustia de los pacientes, incluso fuera de la consulta. El encuadre particular de la terapia psicósomática se debe a que la regla fundamental del análisis, a saber, la asociación libre, no debe ser expresada como un imperativo, sino más bien como una posibilidad deseada a la que se espera llegar en el desarrollo de la terapia.

Para llegar al cumplimiento de la asociación libre, el terapeuta debe apoyar al paciente somático a verbalizar lo que, de inicio, no aparece en el discurso. Es necesario que el paciente sea capaz de ligar sus pensamientos con sus afectos para de esta forma poder narrativizarlos. Se incita al paciente a expresarse y proponer al terapeuta como un objeto de identificación, para así posibilitar las condiciones para la libre asociación.

Para este proceso de verbalización, necesario antes de poder plantear la posibilidad de la asociación libre y una interpretación del contenido por parte del analista, la consolidación de la transferencia es un proceso clave. El terapeuta pasa a ocupar una figura protectora para el paciente somático, una figura que logra atenuar la ansiedad mortífera e innumerable que le rodea.

3.2 Aspectos metapsicológicos de la psicopatología en Pierre Marty

3.2.1 Organizaciones y desorganizaciones.

Se han revisado las generalidades de la psicopatología, disciplina independiente aunque enraizada en el psicoanálisis, fundada por Pierre Marty y continuada por el grupo de investigadores del IPSO. Su independencia del psicoanálisis responde a los pacientes a los cuales se orienta: aquellos quienes poseen una organización psíquica denominada psicopatología, la cual se organiza bajo principios económicos distintos a los observados en las psiconeurosis clásicas.

Desde la perspectiva de Marty (1991a), la vida humana podría clasificarse bajo el efecto de dos principios básicos: las organizaciones y las desorganizaciones funcionales. Las primeras son las encargadas del proceso evolutivo que llevará a cabo el completo desarrollo funcional de los sujetos, mientras que las segundas consisten en aquellos procesos desorganizativos que actúan sobre los organismos llevándoles finalmente a la muerte.

Las organizaciones individuales se van construyendo a partir del nacimiento por funciones aisladas entre sí, lo que Marty (1991a) designa como el “mosaico original”, para poco a poco organizarse y jerarquizarse dando paso a sistemas cada vez más complejos. Parten de lo somático a lo psíquico, lo cual constituye la más alta fase del desarrollo funcional.

Las funciones del mosaico original se agrupan gracias al influjo de excitaciones tanto internas como externas que obligan a las funciones a agruparse para adaptarse a las exigencias evolutivas. La función materna es uno de los elementos constitutivos más importantes de la organización funcional, de la que dependerá, en gran medida, la correcta maduración de las funciones que permitan al individuo adaptarse de mejor forma a las exigencias de la vida.

La noción de función es de gran importancia para la teoría de Pierre Marty. El término función, usado en gran medida por Pierre Marty, se debe comprender como la forma concreta que revisten las excitaciones de la excitación individual o pulsional. “Por definición, los

instintos y las pulsiones son inaccesibles de manera inmediata; sólo se observan a través de estas funciones, organizadas o desorganizadas” (Smadja, 1998a P. 174).

Siguiendo esta idea se puede dar cuenta que la cantidad de excitación recibida por las funciones, así como la tramitación que se pueda dar a esta excitación, definen el curso de los movimientos de vida y de los movimientos de muerte.

Los movimientos de vida son aquellos encargados de llevar al organismo hacia una organización funcional y jerarquizada, mientras que los movimientos de muerte tendrán la función opuesta: es decir la desorganización de las funciones vitales que se orientan hacia un retorno a lo inanimado.

Para pensar en psicopatología y en los procesos desorganizativos que pueden tener como desenlace la aparición de una enfermedad somática, se vuelve necesario tener presente la noción de excitación, en relación al desarrollo organizativo de los sistemas funcionales, que se agrupan jerárquicamente en el proceso del desarrollo evolutivo. La correcta tramitación de las excitaciones del organismo marcará la diferencia entre la organización o la desorganización de los sistemas funcionales.

Marty(1990a) señala la relevancia que la cantidad de excitaciones puede tener para los sistemas funcionales:

Las excitaciones son de mayor o menor intensidad. Si son muy intensas, repetidas y excesivas, conducen a estados de tensión que se muestran insostenibles para los sistemas funcionales que las reciben, cualesquiera que sean estos sistemas, y los desorganizan impidiéndoles funcionar. Esto corresponde a la noción de traumatismo (p. 281).

Es posible apreciar que, para Marty, la noción de traumatismo se aparta de la definición clásica freudiana para constituir un elemento teórico novedoso a propósito del funcionamiento mental de los pacientes psicopatológicos. El traumatismo psicopatológico podría definirse por la

cantidad de desorganización que es capaz de producir y no tanto por la cualidad del acontecimiento traumático, quitando relevancia sobre la etapa del desarrollo psicosexual en el que acaece el traumatismo, y apuntalando hacia por la destructividad contra evolutiva que puede llegar a producir (Marty, 1992).

Es importante distinguir dos nociones, si bien indiferenciables en un primer momento: excitación y pulsión. Marty (1992) considera que la diferencia es posterior, es decir, una vez desarrollado el psiquismo y las funciones mentales superiores. La excitación sigue remitiendo únicamente al aspecto fisiológico del impulso, mientras que la pulsión, la cual es a su vez una excitación para el psiquismo, se caracteriza por una representación del estímulo, lo que, como se ha revisado, Freud llama el representante psíquico de la pulsión.

Lo anterior cobra relevancia para pensar el impacto que los traumatismos pueden generar en el organismo ya que de acuerdo al nivel de tramitación desde el que se efectúa la descarga se puede evaluar el impacto del traumatismo. Marty comenta que en primer término, es el aparato mental el encargado del trámite de la tensión de la excitación, de esta forma se realiza un trabajo adaptativo con la excitación; cuando el traumatismo es severo, es decir, que las sobre excitaciones son demasiado intensas, el aparato mental puede verse comprometido para poder dar trámite al excedente, situación en la cual, es el aparato somático el que debe responder a la excitación.

De estas forma, desde la perspectiva de Marty, existen principalmente dos vías de tramitación de las excitaciones: la actividad mental, como principal respuesta de elaboración cuando existe una organización funcional desarrollada, y la actividad sensoriomotora, lo que implica algún tipo de incapacidad del aparato mental (que puede ser reversible o progresiva), en el que la esfera somática se ve llamada a responder e intentar dar trámite a la excitación. “En esto consiste el principio general del advenimiento de una enfermedad somática, ya sea de carácter reversible o sea de naturaleza desorganizativa y progresiva” (Marty, 1992, p. 282).

3.2.2 Mentalización.

Como se ha revisado, el exceso en la cantidad de excitaciones, las cuales sobrepasan la capacidad de respuesta del aparato mental, puede llegar a desorganizar ciertas funciones.

El nivel del traumatismo se definirá a partir de la cantidad de desorganización que este es capaz de provocar. Esto depende, en gran medida, de la capacidad de tramitación que se disponga para dichos traumatismos. Desde la postura de Marty, que parte de la tesis freudiana, las excitaciones tienen un componente energético y somático como también un representante psíquico para dicha fuerza energética. Es por ello que los traumatismos deben ser tramitados principalmente por el aparato mental, el cual constituye la cúspide del proceso evolutivo organizativo de las funciones.

La mentalización hace referencia a ciertos aspectos del aparato mental, relativos a la cantidad y calidad de las representaciones psíquicas de los individuos, la cual guarda estrecha relación con la tramitación adecuada de los traumatismos (Marty, 1991b).

A pesar de que el concepto de representación no le es ajeno al psicoanálisis, Freud no formalizó la noción de mentalización, razón por la cual Marty le introduce en la comunidad psicoanalítica como un objeto de estudio concreto que atañe directamente a la psicósomática.

La observación de pacientes somáticos es lo que permite a Marty dar cuenta de la deficiencia tanto en la calidad como en la cantidad de representaciones, lo que origina que la respuesta a la excitación se dé en el plano somático. Esta deficiencia se presenta en la clínica, con la pobreza asociativa del paciente así como la débil carga emotiva en el discurso, sobre todo en lo referente a su padecimiento somático: un discurso plano y desprovisto de una emoción asociada. Marty denomina a este tipo particular de pensamiento con el nombre de pensamiento operatorio.

Hay que comprender las dos características esenciales del pensamiento operatorio: se trata aquí de un pensamiento consciente que, primeramente, parece sin vínculo orgánico con una actividad fantasmática de nivel apreciable; en segundo lugar, dobla e ilustra la acción, a menudo la precede o la sigue, pero en un espacio temporal limitado (Smadja, 2009, p. 208).

De lo anterior se desprende que el pensamiento operatorio se caracteriza por manifestarse en el plano de lo consciente, sin que sea apreciable un vínculo con los afectos y con las mociones fantasmáticas reprimidas. Por otro lado, el pensamiento operatorio toma su nombre por su relación respecto a la acción conductual: el pensamiento operatorio “dobla e ilustra la acción”.

A pesar de que el concepto de mentalización es una invención clínica de Marty, Freud ya había reparado en la noción de representación psíquica y la importancia de la misma, sobre todo en relación a la teoría de las pulsiones.

Desde la óptica de Marty (1992) el Preconsciente (PCC en adelante), es de suma importancia para entender el proceso de mentalización así como el funcionamiento mental propio de los pacientes somáticos. Marty entiende el PCC como un contenedor de representaciones mentales, cuya adquisición es cronológica y se remonta al advenimiento del sujeto, representaciones que si bien permanecen inconscientes, su contenido puede filtrarse hasta la consciencia.

Podemos entender a la representación como la evocación de algún momento en la vida del sujeto con suficiente importancia para haber dejado una huella mnémica, que se encuentra ligada a un afecto e investida en un objeto.

Desde la teoría psicoanalítica se puede distinguir dos clases de representaciones: representaciones de cosa y representaciones de palabra. Por su parte, las representaciones de “cosa”, son aquellas que se encargan de evocar eventos y recuerdos directamente relacionados

con una realidad fáctica; ellas no son partícipes de un gran dinamismo psíquico, ya que se encuentran relacionadas a sensaciones perceptuales y comportamentales. Las representaciones de “palabra”, por otro lado, son de una importancia capital para dotar de densidad afectiva y asociativa al aparato psíquico (Marty, 1992). Las representaciones de palabra nacen del lenguaje del Otro, de La Lengua, de la inserción de lo simbólico, nacen primordialmente del vínculo con la madre, vínculo que marcará el arquetipo del resto de comunicaciones con los otros. Son la base fundamental de la asociación libre.

Las desorganizaciones funcionales que resultan del impacto de algún traumatismo inciden directamente sobre la calidad y la cantidad de las representaciones.

Hablar de desorganizaciones implica pensar en un exceso de excitaciones intramitables y un traumatismo consecuente. “Algunos sujetos en los que la calidad, cantidad y circulación preconscious y consciente del sistema de representaciones psíquicas parecía de los más conveniente, pierden bruscamente ese sistema” (Marty, 1990a, p. 285).

Es en la clínica donde pueden observarse los distintos niveles de mentalización. Las representaciones de palabra suelen presentarse disminuidas tanto en la calidad como en la cantidad de las mismas, lo que deja paso a la tramitación de los traumatismos a través del comportamiento, que persiste en la carencia de una dimensión fantasmática, por lo que Marty les va a denominar, conductas operatorias. “Las conductas operatorias se encuentran dentro de las insuficiencias fundamentales o de las desorganizaciones del preconscious. En estos casos, la circulación de las excitaciones es precaria” (Marty, 1990a, p. 287).

A partir de lo anterior, se puede concluir que la organización del sistema PCC es de importancia capital en la posible aparición de una somatización o enfermedad somática grave. De acuerdo a la estructura organizativa de dicha instancia, se dispone de mayor o menor cantidad de recursos mentales para dar trámite a las excitaciones. Marty (1992) considera que

un sistema PCC propenso a desorganizaciones es generado por dos mecanismos principales: insuficiencias e indisponibilidades.

Las insuficiencias hacen referencia a fallas congénitas en la correcta organización de las funciones vitales, ocurridas en las primeras etapas de la vida del sujeto, las cuales deben su origen a un exceso, carencia o desarmonía de los acompañamientos afectivos propios de la función materna.

Según se desprende de lo observado hasta ahora, parece que las insuficiencias de organización del preconscious del adulto, están ligadas con gran frecuencia a la indisponibilidad afectiva de la madre con su bebé: cuando la madre ha estado demasiado tiempo deprimida o con otras ocupaciones que la mantuvieron alejada de su hijo, por ejemplo (Marty, 1990a, p. 284).

Por otro lado, las indisponibilidades se refieren a la supresión psíquica de las representaciones mentales, que impiden al aparato mental realizar la ligadura entre afecto y representación.

3.2.3. Fijación y regresión

Como se ha revisado, Marty considera que la vida humana está constituida de acuerdo a los principios de organización y desorganización de la vida psíquica, que son impulsados por movimientos de vida, en el caso de los primeros, ya que llevan a los sistemas a agruparse jerárquicamente en el sentido evolutivo; y por movimientos de muerte, tal es el caso de los movimientos desorganizativos, que disocian funciones en una tendencia reiterativa hacia lo inanimado.

Una desorganización representa teóricamente el movimiento inverso a la organización precedente:

Es así como una desorganización “ideal”, comenzaría con una desorganización de las funciones psíquicas implicadas en el sistema genital edípico y seguiría por la destrucción de las funciones psíquicas ligadas a la analidad y a la oralidad. Y esto mucho más fácilmente si las funciones psíquicas a las cuales me refiero, estuvieran sostenidas por un PCC inconsistente y frágil (Marty, 1996, p. 61).

El interés para la psicopatología se ubica en los procesos desorganizativos de la homeostasis evolutiva. Dentro del fenómeno de las somatizaciones pueden ubicarse dos polos esquemáticos.

Por un lado está la desorganización psicopatológica, la cual se considera una secuela de las diversas desorganizaciones mentales que son de carácter progresivo, lo que implica la posibilidad de desembocar en una enfermedad evolutiva.

Por otro lado, se encuentran las somatizaciones que podrían considerarse regresivas, las cuales son el resultado de un proceso de fijación y regresión; las somatizaciones de esta índole desembocan en enfermedades reversibles (Marty, 1992).

La diferencia entre estas dos polaridades consiste en la facultad de los mecanismos del aparato mental para poder frenar el proceso involutivo que se desencadena con las desorganizaciones.

La noción de fijación en Marty parte de la concepción freudiana de fijación, sin embargo, y justificado en el objeto epistemológico propio de la psicopatología, la noción de fijación no se limita a las fases del desarrollo, sino que alcanza la esfera somática y los sistemas funcionales.

En un recorrido de la obra de Marty, Smadja (1998), señala la importancia que para éste toma el principio de fijación-regresión. “Posteriormente la noción de regresión-fijación o sistema de fijación-regresión adquirió un estatuto heurístico determinante en su concepción de la evolución individual y de las desorganizaciones psicopatológicas” (p. 211).

La fijación tiene lugar en el individuo, de acuerdo con Marty, cuando una función en particular es llamada a escena y, sin embargo, no se encuentra lo suficientemente desarrollada para poder dar respuesta de forma adecuada, de esta forma, la función en cuestión queda marcada; constituye un punto de fijación. En *puntos de fijación somática, paralización de las desorganizaciones* Marty (1996) afirma que las funciones que se ven implicadas en esta dificultad de funcionamiento ideal, adquieren un valor particularmente vitalizado que se fija progresivamente (p. 62).

La marca se produce por los esfuerzos repetitivos de integración de esta función a los sistemas funcionales más evolucionados y su eventual fracaso, dejando una huella fijada. Esta huella mnémica con la que queda marcada una función, tiende a producir en la misma dos elementos.

Por un lado la función se ve atravesada por un elemento de vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad implica que constituye un punto de inflexión de los traumatismos ocasionados por un exceso de excitaciones, traumatismo que se inicia con un proceso de desorganización.

Por otro lado, la fijación de una función determinada la dota de la posibilidad de actuar como defensa ante un traumatismo, defensa que, por las dificultades en las que se halla dicha función, se mantienen en un nivel “vital” por lo que no implica una elaboración del traumatismo por la vía del psiquismo.

Introducir el concepto de fijación, implica por tanto, considerarle parte de un binomio formado por la regresión. “Las regresiones consisten en el retorno posterior y tardío a los sistemas funcionales previamente fijados, cuando se producen movimientos de desorganización limitados” (Marty, 1991a, p. 100).

Por tanto, las somatizaciones regresivas constituyen una forma patológica breve que tiene la misión de restituir la homeostasis re-ligando la libido desencadenada por el traumatismo, protegiendo así la economía vital del individuo.

Marty(1991b) señala que las enfermedades regresivas pueden ser consideradas como somatizaciones benignas que cumplen una función importante en los procesos desorganizativos.

La clínica con pacientes somáticos ha permitido a Marty afirmar que la enfermedad regresiva puede fungir para el sujeto como un objeto de investidura de libido, lo que ayudaría en el proceso de re-ligadura que llevaría a la reorganización mental. Este tipo de somatizaciones constituyen patologías como el asma, gastritis, úlceras o cefalalgias, es decir patologías no evolutivas.

La presencia de una enfermedad regresiva suele acompañarse de un bloqueo al nivel del aparato mental, es decir una falla en la mentalización, además de un proceso depresivo, los cuales funcionan como defensa ante el movimiento contra-evolutivo que implica un traumatismo.

“Las regresiones, por regla general, dan lugar a enfermedades reversibles, a partir de las cuales el conjunto vital del individuo puede reconstituirse” (Marty, 1990a, p. 289). Por tanto, en los procesos de somatización, la aparición de una patología regresiva no implica el riesgo de devenir en una enfermedad progresiva.

Para que la defensa, representada por la somatización, pueda elaborarse, se requiere cierta capacidad reorganizativa de los sistemas funcionales que permita tramitar la excitación excesiva resultante de un traumatismo.

Es importante reparar en la cronicidad de la patología, pues las somatizaciones benignas suelen ser procesos temporales de reorganización mental, presentes en la mayoría de los individuos en algún momento de su vida.

Tal como lo señala Marty (1996):

En los movimientos regredientes y por lo tanto contraevolutivos, que en psicósomática llamamos desorganizaciones, los valores vitales fijados durante el desarrollo

constituyen puntos de atracción para las desorganizaciones y, a la vez, refugios funcionales, defensas, que son susceptibles de poner fin a estas desorganizaciones. Esto constituye el fenómeno de las regresiones (p. 62).

Una enfermedad grave surge ante la falta de procesos reorganizativos que logren detener el avance desestructurante del traumatismo y restablecer la homeostasis.

Un indicador importante para distinguir entre las polaridades de la somatización enunciadas por Marty, es la persistencia de un cuadro depresivo denominado como depresión esencial. Una depresión “pura” que se caracteriza por un vacío emocional y la sensación permanente de una falta de vitalidad.

3.3 Desorganización progresiva y pulsión de muerte

Como se ha revisado, desde la postura evolucionista de Marty, los procesos vitales están regidos por movimientos evolutivos y organizativos de las funciones vitales y su contrapartida, los movimientos contra evolutivos y desorganizativos de las funciones vitales.

Los movimientos desorganizativos se producen por la aparición de un traumatismo, es decir, una cantidad excesiva de excitaciones que sobrepasan la capacidad de respuesta de los sistemas funcionales. El nivel de afectación de dicha desorganización está directamente relacionado con la maduración del sistema mental y de los recursos disponibles para tramitar el traumatismo por la vía del aparato mental.

Anteriormente se han expuesto las características del sistema fijación-regresión, el cual cumple un papel fundamental en el mecanismo de las somatizaciones benignas o regresivas. Es momento de abordar las características de los procesos desorganizativos que no encuentran tramitación mediante una somatización benigna.

En opinión de Marty (1991b), la desorganización progresiva tiene lugar ante la aparición de un traumatismo en sujetos con un deficiente nivel de mentalización, por lo que las excitaciones excesivas se encuentran empantanadas, acumulándose mortíferamente ante la incapacidad de tramitación o descarga, ya sea por la vía del aparato mental o bien a través de una somatización regresiva.

En Les mouvements individuels de vie et de mort, Marty define a la desorganización progresiva.

...como la destrucción de la energía libidinal de un individuo en un momento dado. Corresponde en parte al concepto freudiano de «desintrincación», y el calificativo «progresiva» pone en evidencia que el movimiento retrógrado no es jamás frenado por algún sistema defensivo válido. En la mayoría de los casos la desorganización culmina

en un proceso de somatización. Los fenómenos clínicos son una de las manifestaciones más claras del instinto de muerte (Marty, 1976, como se citó en Marty, 1992).

Siguiendo el desarrollo de la cita, se puede concluir que el proceso de una desorganización progresiva actúa directamente en la destrucción de la energía libidinal, en un movimiento de desintrincación, término freudiano utilizado para denominar un proceso de separación de la libido de los objetos en los cuales se encontraba ligada.

La libido desintrincada vaga libremente sin la posibilidad de hallar un asidero para ligarse. Por esta razón, Smadja (2009) no vacila en contrastar los movimientos de regresión psicósomática, que constituyen un esfuerzo sostenido por la libido para restablecer la organización y por ello se inscriben dentro de los movimientos impulsados por las pulsiones de vida, con la desorganización psicósomática, en la cual se experimenta una destrucción de la libido, contraria a cualquier intento de conservación de la misma, por lo que se puede apreciar el influjo del denominado instinto de muerte.

En *Génesis de las enfermedades graves y criterios de gravedad en psicósomática* (1990a) se delinean los eventos clínicos que la investigación psicósomática logró observar en pacientes somáticos en los cuales la desorganización avanzó hasta culminar con la aparición de una enfermedad grave de carácter evolutivo.

El primer indicio lo marca la tendencia repetitiva y duradera en la aparición de un monto excesivo de excitaciones que desembocan en un traumatismo. En consecuencia, y como siguiente paso en el desarrollo de la enfermedad, comienza un movimiento desorganizativo de las funciones vitales con clara tendencia progresiva, que se manifiesta en la clínica a través de lo que Marty va a denominar como “Depresión esencial”.

Marty (1990a) señala que “las desorganizaciones se anuncian a través de una depresión esencial (baja global del tono vital) que en primera instancia involucra al nivel psíquico, e indica a la vez la desorganización y la ausencia de posibilidades regresivas” (p. 293).

Finalmente, ante el avance ininterrumpido de la desorganización , y ante la carencia de resistencia alguna por parte de las pulsiones de vida para religar la libido, se presencia la aparición de una enfermedad orgánica grave y evolutiva, que pone en grave riesgo la salud y la vida del sujeto.

Smadja (2009) señala que el concepto de depresión esencial:

Fue presentado por Pierre Marty en 1966 en el Instituto de Psicoanálisis de París. Este descubrimiento pertenece a una nueva fase de la conceptualización psicósomática y está íntimamente ligado al descubrimiento del concepto de desorganización progresiva del mismo autor (p. 210).

La depresión esencial recibe ese adjetivo por la referencia a la esencia misma de la depresión, es decir, se remite a una depresión concreta y silenciosa; una depresión vacía, desligada de un objeto, razón por la cual la sintomatología consiste en el silencio, diferencia notable respecto a otro tipo de depresiones como lo pueden ser la neurótica o la psicótica.

Marty (1992), señala que en la depresión esencial el sujeto y su discurso se encuentran despojados de significaciones simbólicas, por lo que la palabra ha quedado vacía. Las representaciones quedan reducidas a su cualidad de “cosa” por lo que únicamente se limitan a transmitir hechos y a describir situaciones de una forma concreta, por lo que la sexualidad, en toda su dimensión fantasmática y metafórica queda excluida del verbo.

En la depresión esencial la instancia yoica se encuentra sobrecargada, excedida por el cúmulo excesivo de excitaciones que le llevan a desorganizarse. La depresión esencial es la manifestación clínica de dicha desorganización, en la depresión esencial “la angustia no representa o ha dejado de representar la señal de alarma [...]. Ella es la alarma (Marty, 1980, como se citó en Marty, 1992, p.40).

Es notable que los síntomas de la depresión esencial guardan una estrecha homología con el fenómeno de la muerte, en el sentido de una pérdida irremediable de energía vital que lleva al organismo hacia lo inanimado.

Smadja (2009) afirma que Marty, en su definición del cuadro clínico propio de la psicósomática, apunta directamente al influjo de los movimientos de muerte dentro del individuo.

Para Pierre Marty, toda la sintomatología clínica de la depresión esencial se lee en negativo. En cuanto a las condiciones que permiten su génesis el autor no tiene duda si la depresión esencial se presenta como una desaparición de la libido, tanto narcisista como objetal, y ello sin otra compensación económica que no sea la fragmentación funcional se concibe entonces que estos dos términos: “desaparición de la libido”, por un lado y “fragmentación funcional”, por otro, constituyen la definición misma del instinto de muerte, sobre el que desembocamos (p. 212).

Llegado este punto, es preciso cimentar la idea de pulsión y de instinto que Marty toma de Freud, haciendo un viraje en su desarrollo teórico, para llegar a elaborar una concepción económica particular de la psicósomática.

Ambos, tanto Freud como Marty, extraen el material necesario para la elaboración del concepto de pulsión de la observación clínica. En ese sentido radica la diferencia de los pacientes observados por cada uno de ellos: mientras que la práctica de Freud se centró en la atención de pacientes neuróticos y de la mitología de la novela familiar, Marty se dedicó a la atención clínica de pacientes con un afección somática, que en un comienzo se remitía a sujetos afectados por cefalalgias.

Marty parte del sustrato común de la teoría psicoanalítica, sentado por Freud; no obstante, la estructura de los pacientes somáticos, observada en la clínica, le lleva a tomar

distancia de los postulados freudianos, extendiéndolos más allá del psiquismo, abarcando también aspectos evolutivos de los sistemas funcionales.

Smadja (1998a) considera que:

Los fenómenos psicósomáticos pensados y concebidos por Pierre Marty, al observar, examinar y tratar a pacientes afectados con enfermedades somáticas, son otros fenómenos, más extensos que los fenómenos psíquicos estudiados y observados por Freud en sus pacientes, en su mayoría neuróticos, que trató y analizó en el diván. (p. 170).

Para el desarrollo de la psicósomática y la aplicación del concepto freudiano de pulsión, Marty toma como referencia ciertos trabajos concretos de Freud. Una de las primeras referencias lo constituye el texto de 1910 *La perturbación psicógena de la visión*. En dicho trabajo, Freud aborda un primer esbozo de la teoría de las pulsiones, en la que postula la existencia de un dualismo inicial conformado por pulsiones sexuales y pulsiones del yo, que se hallan en oposición permanente y que son capaces de realizar un doble proceso de investidura sobre un órgano específico. Este movimiento de doble investidura compromete al órgano en su capacidad de excitabilidad, lo que puede ser el motivo de un trastorno respecto a la función propia del órgano en cuestión. Freud señala que las afecciones de la visión, propiamente neuróticas, son emparentables a las afecciones claramente psicógenas, lo que le permite establecer la misma relación de homología entre las psiconeurosis y el cuadro de las neurosis actuales. La tradición psicoanalítica postfreudiana ha relegado toda afección somática al terreno de las neurosis actuales, lo que de inicio supone una exclusión de las mismas por no ser de interés para el psicoanálisis (Smadja, 1998a).

No obstante, es sobre la última teoría de las pulsiones en la que Marty reposa su concepción pulsional, es decir, la elaborada a partir del texto freudiano de 1920 *Más allá del principio de placer*, donde Freud plantea la existencia de dos fuerzas antagónicas en constante

oposición en la vida psíquica de los sujetos, a saber, las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte.

Marty coincide con Freud al considerar las cualidades de las pulsiones de vida como un efecto de empuje, lo que hace referencia al concepto *trieb*, usado originalmente por Freud; mientras que las pulsiones de muerte carecen de esa cualidad y se sostienen preservando un anhelo de retorno hacia un estado inorgánico anterior a la vida.

En un análisis de la teoría freudiana de las pulsiones, Smadja (1998a) postula que ésta puede catalogarse de acuerdo a los diversos momentos de elaboración de la misma, abarcando distintas esferas. Una primera elaboración de las pulsiones las colocan desde una perspectiva económica, en la que el elemento distintivo será la excitación, así como los traumatismos que el exceso de esta puede llegar a generar. Desde una segunda esfera puede contraponerse un dualismo marcado entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte, las cuales se demarcan por el objeto hacia el cual se apuntalan.

Desde estas dos posturas, fundamentalmente, es que Marty elabora una propia noción de pulsión, que se distancia de la noción freudiana, pues mantiene una marcada insistencia en la cualidad económica de la pulsión, donde la noción de excitación y traumatismo cobran una importancia capital.

Lo anterior llevó a Marty a proponer como análogos los conceptos de *pulsión e instinto*, lo que no deja de generar controversia dentro de la comunidad psicoanalítica, especialmente en escuelas separadas de la corriente americana, donde se veló constantemente en conservar la traducción de pulsión, del alemán *trieb*, usado por Freud.

De acuerdo con Marty (1976, como se citó en Smadja,1998a), la diferencia entre pulsión e instinto radica en la distinción de la meta que cada uno de ellos puede perseguir. Los instintos se definen por aquellos impulsos que están dirigidos hacia un objeto preciso, unívoco, definido e intransferible, que se apuntala hacia los aspectos evolutivos de las funciones vitales;

por otro lado, las pulsiones, en congruencia con la doctrina freudiana, son aquellos impulsos que parten igualmente de lo somático pero que, no obstante, no mantienen una determinación del objeto hacia el cual se apuntala, sosteniendo una cualidad de labilidad entre la pulsión y el objeto.

Los impulsos instintuales y los impulsos pulsionales, sostienen distinta relación con el objeto hacia el que tiende su búsqueda, a saber, la determinación invariable en el primer caso y la variabilidad en el segundo. Es por eso que ambos impulsos mantienen relaciones jerárquicas entre sí, relacionado con el sistema evolutivo al que hacen referencia.

Smadja (1998a) advierte que la noción de función es importante para poder comprender el término de pulsión elaborado por Marty. La función puede pues, definirse por el influjo de excitaciones necesarias para su correcto funcionamiento. Es importante señalar que tanto los instintos como las pulsiones sólo son observables de forma indirecta, es decir, “por la organización o desorganización de las funciones implicadas” (p. 174).

Desde esta perspectiva, ambas fuerzas, a saber, instintos y pulsiones, aunque difieren en sus relaciones con el objeto, comparten la adscripción a las dos polaridades enunciadas por Freud, es decir, aquel empuje que es dirigido hacia la conservación de la vida, así como la tendencia a la inercia que se orienta hacia lo orgánico. Es por ello que Marty propone considerar tanto a los instintos y pulsiones de vida, y de muerte, dentro del concepto de movimientos de vida o de muerte.

Es importante considerar que los movimientos de vida y de muerte están regidos por dos principios, a saber, la naturaleza hacia la que se orientan: organización o desorganización y la cualidad cuantitativa de excitación, la cual es variable de acuerdo con el nivel evolutivo de las funciones implicadas.

De lo anterior es posible concluir que los movimientos de vida y de muerte encuentran su singularidad y se definen teniendo en cuenta el elemento cuantitativo de la excitación.

En *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Marty afirma que:

Cuando esa cantidad de excitaciones es limitada, los impulsos dinámicos en juego contribuyen a los fenómenos de la construcción progresiva del desarrollo individual [...] Vemos aquí la marca de los instintos y las pulsiones de vida. Cuando [...] hay un exceso persistente de excitaciones, la función o los sistemas funcionales excitados van más allá de sus posibilidades y se desorganizan [...]. Vemos en esto la marca de los instintos y las pulsiones de muerte (Marty, 1976 como se citó en Smadja 1998a, p. 176).

Así pues, Marty considera que se cuenta con una unidad cuantificable de cuya economía dependen ambos movimientos constitutivos: la excitación.

En su opinión, parece existir una sólo fuente de excitación de origen corporal y sexual, con dos valencias, una positiva de vida, y otra negativa de muerte. Sólo la valencia positiva es activa y persigue un fin de construcción y de organización. La valencia negativa sólo se expresa tras la falla de la valencia positiva, tanto por causas naturales como accidentales (Smadja, 1998a, p. 178).

La falla en la valencia positiva o negativa de las funciones de vida se halla directamente relacionada con los traumatismos que desbordan la capacidad de respuesta de las funciones.

Cuando las condiciones económicas se modifican y se pasa de un estabilidad organizativa a un exceso desorganizativo, la valencia positiva se negativiza, dando así acceso a los instintos y pulsiones de muerte, en un movimiento deconstructivo, contra evolutivo, que de no encontrar una positivación de la valencia podría dar origen a la aparición de una enfermedad grave, vehículo mediante el cual el organismo se acerca a la pasividad de la muerte orgánica.

Capítulo 4

Lo fronterizo y la pulsión de muerte: la psicósomática desde André Green

4.1 André Green y las estructuras fronterizas

André Green fue un psicoanalista francés que desarrolló su trabajo durante la segunda mitad del siglo XX y parte del siglo XXI y cuya originalidad teórica le coloca como uno de los máximos referentes del psicoanálisis del nuevo milenio, gracias a que su obra se distingue por una búsqueda constante de un psicoanálisis contemporáneo, a saber, un psicoanálisis que logre dar respuesta a las exigencias de la época, enriquecido por una pluralización de la doctrina freudiana que tiene lugar después del aporte de psicoanalistas de la talla de Klein, Winnicott y Lacan.

A propósito de este último, Green le conoce hacia el año 1953, cuando comenzaba la impartición del seminario en Saint Anne. No obstante, hacia la década de 1960, las diferencias teóricas entre Green y Lacan comienzan a ser más amplias, por lo que Green se aleja del aparente dogmatismo lacaniano sin que ello le haga restarle importancia a los aportes originales de Lacan.

De esta forma, el trabajo de Green está orientado siempre hacia el fundamento de la teoría freudiana pero con el objetivo planteado de situarse en la contemporaneidad, posición con lo que pretendió dar respuesta a las problemáticas de su tiempo, pretensión que, para llevarse a cabo, necesitó que el psicoanálisis fuese llevado más allá de los límites marcados por la clínica de las neurosis, a la que se había dedicado casi con exclusividad desde la muerte de Freud.

Tratando de encontrar horizontes más lejanos de los que la clínica de las psiconeurosis ofrece, Green se interesa por los estados fronterizos, espacios de límite entre la estructura neurótica y psicótica que contienen elementos significativos para pensarse como estructuras independientes de aquellas de las que constituyen su límite.

De acuerdo con Green, no existe precedente en la obra freudiana de una teorización sobre los estados fronterizos. La elaboración de Freud se mantenía dentro de los márgenes de las neurosis, por un lado, y las psicosis, por el otro. La cuestión de interés consiste en cómo el yo, para evitar la ruptura, puede deformarse, ya sea hacia la neurosis o hacia la psicosis.

Puede afirmarse que la mayoría de la obra de Freud, y de la que fue continuador el psicoanálisis oficial posterior, se centra en el estudio de las psiconeurosis; no obstante aportó valiosos elementos en la elucidación de las psicosis, aunque de manera más aislada.

Los estados fronterizos no son abordados por Freud, no obstante éste tiene una concreta idea de una frontera pero en relación a los mecanismos de defensa del yo. Sin embargo, no se consideran estructuras clínicas sólidas e independientes con inferencia tanto en las neurosis como en las psicosis.

Green considera que los casos fronterizos:

... parecen ocupar una posición-encrucijada, especie de plataforma de articulación que permite, desde este punto de vista, comprender mejor la neurosis y la psicosis, así como la perversión y la depresión, porque la indeterminación estructural que los caracteriza constituye una matriz más flexible capaz de aprehender mejor sus relaciones con las formaciones clínicas más estructuradas (Green, 1990, p. 33).

Lo fronterizo no es original de Green, algunos analistas postfreudianos intentan abordar el tema principalmente desde la escuela Kleiniana, por la propia Klein, y más tarde por Winnicott.

Green (1990), comenta que el pensamiento de Klein, orientado hacia las relaciones de objeto, postulan que éstas existen desde el comienzo de la vida, lo que plantea la idea de un potencial destructivo de la mente infantil orientado hacia los mecanismos de defensa primarios: escisión, idealización e identificación proyectiva, lo que revela cierta naturaleza narcisista inicial de la relación con el objeto.

No obstante, Green considera que es necesario el aporte de Winnicott, para que el concepto de lo fronterizo pueda comenzar a delinearse.

Winnicott comienza a teorizar sobre las relaciones de objeto, prestando atención no sólo al objeto interno, sino también al objeto externo, y en el juego recíproco en el que se sostiene tanto el objeto interno como el externo, juego en el que se genera un espacio intermediario en el que Winnicott pone atención y del que se sirve para proponer un enfoque psíquico de los casos fronterizos, en los que se menciona cierta falla en la simbolización, hallada en la clínica de los pacientes límite; las representaciones psíquicas se toman en un sentido altamente literal.

Green (1994a) comenta que Winnicott no deja de insistir que en la clínica de pacientes fronterizos, la posición simbólica de maternaje que constituyen el analista y el encuadre, se toman en la literalidad: “son la madre” (p. 99).

La elaboración de Green del concepto de lo fronterizo se fundamenta sólidamente en Freud, tomando como referencia el concepto de pulsión.

Desde 1915, aún cuando no terminaba de abonar más hallazgos a la teoría de las pulsiones, Freud ya define a la pulsión como un concepto fronterizo entre lo somático y lo psíquico. Esta consideración es tomada por Green como punto de partida; es a partir de la pulsión como un concepto de frontera que puede comenzar a pensarse también en estados fronterizos entre lo mental y lo somático. Esto lleva a Green (1994a) a considerar lo fronterizo como una frontera móvil y fluctuante que opera tanto en los casos de “normalidad” como en casos graves, que debe ser entendido, al igual que la pulsión, como “parte de un proceso de transformación de la energía y simbolización” (p. 106).

A pesar de alcanzar a distinguir la posibilidad de un estado fronterizo, independiente, Green advierte que estos estados constituyen una “tierra de nadie” un terreno desconocido y poco explorado aún, por lo que resulta preciso que puedan ser ubicables en la clínica, no

obstante hasta ese momento se carecían de catálogos o descripciones propias de los estados fronterizos, no ya de sus síntomas o signos, sino de conceptos ordinales.

Uno de los conceptos ordinales propuestos por Green es el afecto. La cualidad afectiva constituye para Green un indicador de los estados fronterizos que, paradójicamente, son más fácil de distinguir en pacientes predominantemente neuróticos, razón por la cual el analista debe saber leer desde la clave de la afectividad para poder ubicar esa cualidad fronteriza.

4.1.1 El afecto y los estados fronterizos.

En el estudio de lo fronterizo y en la elaboración de un catálogo de elementos distintivos de los estados fronterizos, que a la vez permita distinguirlos de las estructuras neuróticas, Green coloca al afecto como un parámetro que el clínico deberá tener presente para poder distinguir las peculiaridades del afecto en los pacientes fronterizos.

Valdría la pena remitirnos, nuevamente, a la definición del concepto, para encontrar los elementos que nos permitan sustentar la discusión hacia la que nos orienta el trabajo de Green.

Laplanche y Pontalis (2004), definen al afecto como:

palabra tomada por el psicoanálisis de la terminología psicológica alemana y que designa todo estado afectivo, penoso o agradable, vago o preciso, ya se presente en forma de una descarga masiva, ya como una tonalidad general. Según Freud, toda pulsión se manifiesta en los dos registros del afecto y de la representación. El afecto es la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones (p. 11).

De acuerdo con la investigación de Green (1975), la teoría freudiana de la pulsión concibe una relación antagónica entre el concepto de afecto, que es pensado únicamente como descargas libidinal de carácter consciente, del concepto de representación, el cual se halla inscrito en huellas mnémicas que son de naturaleza inconsciente.

Este es el punto de partida de Green (1975) desde dónde, y considerando sus propias puntualizaciones sobre el concepto freudiano de pulsión, afirma que puede existir un representante-afecto de la pulsión, a saber, que la pulsión también está compuesta por un representante con una carga afectiva, que a diferencia de lo que considera Freud, los afectos también pueden inscribirse en lo inconsciente.

A pesar de que representaciones y afectos pueden ser pensados como elementos inconscientes, Green considera que las representaciones son más próximas al lenguaje, mientras que los afectos se escapan a este, teniendo una cercanía más directa con el cuerpo.

Si la representación permanece puramente inconsciente da lugar a la huella mnémica, el afecto, por otro lado, al ser también considerado elemento de descarga, al estar cercano a la pulsión, reafirma su proximidad con el cuerpo. “Lo cierto es que la tópica afectiva es una tópica interna y que sus investiduras se orientan desde adentro hacia la periferia del cuerpo” (Green, 2005a, p.188).

Continuando con la distinción entre representación y afecto, Green considera que un elemento a considerar es la forma particular con la cual, tanto el afecto como la representación, se ligan con el objeto. Mientras que el mecanismo de las representaciones es la concatenación, el afecto se liga mediante el mecanismo de la difusión.

Green (2005a) considera que la difusión por la que se ligan los afectos no deja de encerrar peligros, como sería una difusión descontrolada que, igual que una mancha de aceite, crea una amenaza de desbordamiento del afecto por fuera de la cadena de representaciones. En estos casos “la difusión afectiva puede dominar el cuerpo entero y la vida psíquica en su conjunto.” (p. 185).

El acento que toma la clínica psicoanalítica a la que Green se dedica con un afán de contemporaneidad es en torno a la experiencia de la atención de pacientes en los que la distinción entre afecto y representación se presenta como difusa. Estos hallazgos clínicos

comienzan a delinear los elementos de los estados fronterizos, dentro de los cuales el autor considera a los padecimientos psicosomáticos.

Es de notarse que Green, como ya lo había advertido Marty, distingue una disminución de la cualidad afectiva de los pacientes fronterizos, concretamente los psicosomáticos. En la clínica con pacientes psicosomáticos puede constatarse que “es impresionante la pobreza de la vida fantasmática, como si la psique no se moviera nunca de lo actual y lo actual exhibiera los hechos de la vida en bruto” (Green, 2005a, p. 189).

A propósito de los afectos y los psicomatólogos franceses, Green considera que las propuestas de Marty y la Escuela Psicosomática de París acerca de la psicosomática como disciplina independiente al psicoanálisis parte desde la base de las psiconeurosis. Para Green este es el punto en el que desfallece la elaboración teórica de Marty, sobre la psicosomática. En *Teoría*, Green (2005b) considera que la clínica psicoanalítica después de Freud, ha desplazado su centro de gravedad fuera del marco de las neurosis, hacia las psicosis y los estados fronterizos, no obstante, Pierre Marty no fue consciente de ello. (p. 125).

Por tanto, Green llega a la consideración de la psicosomática como una estructura fronteriza, razón por la cual su comprensión está lejos de encontrar buen puerto mientras se le siga abordando desde la teoría freudiana de las neurosis.

Conceptualizada desde la teoría de las neurosis, núcleo del que parte para más tarde extender sus postulados originales, la psicosomática de Pierre Marty no toma en especial consideración la dimensión afectiva de los pacientes psicosomáticos, la cual se ve disminuida en su importancia frente a la representación. Es por ello que Green (1975) no deja de insistir que la evidencia clínica de pacientes fronterizos, con algún padecimiento psicosomático, ha mostrado que el elemento de importancia es constituido por el afecto, dado que es posible observar cómo, en estos pacientes, el afecto es vivido a la mínima expresión.

La teoría de los psicomatólogos franceses, en opinión de Green, considera al afecto únicamente después de que se presenta una crisis psicosomática, es decir, a partir de la presencia de una somatización regresiva y sobre todo, ante el proceso de desorganización progresiva. En oposición a la psicosomática francesa, Green considera que el afecto es un elemento que debe tomarse en cuenta desde los primeros acercamientos clínicos, con la advertencia de que, dada las características que se le han atribuido, se mantiene en una postura de inaprensabilidad para el lenguaje, lo que complica las posibilidades de su expresión y se manifiesta sólo a través de una “tormenta somática” que ocasiona una movilización de afectos y sensaciones de tristeza que a su vez generan una suerte de sentimiento de desvalimiento del yo, que no ha sido capaz de controlar los afectos. (Green, 1975, p. 143).

A partir de lo observado en la clínica, Green llega a postular que la crisis somática en los pacientes psicosomáticos representa una modalidad de *acting out* de los afectos. “Un actuar hacia afuera orientado hacia dentro, ya que como en el *acting out*, el objetivo principal es la expulsión del intruso (afecto) fuera de la realidad psíquica” (Green, 1975, p.144).

La cita anterior constituye el punto de partida de Green para realizar una homología entre lo psicosomático y la psicopatía, a tal punto de afirmar que el psicosomático es un psicópata corporal, ya que el primero trata su cuerpo como el psicópata trata a la realidad social. En lo psicosomático el cuerpo se encuentra sobrecargado, en relación a la realidad psíquica. Al igual que en la psicopatía, en la psicosomática se observan estados de degradación energética perjudicial que, en el caso de la psicosomática, el blanco de esta energía es el cuerpo (Green, 1975).

Para el sujeto psicosomático, el empobrecimiento de la cualidad afectiva que experimenta el yo, provoca un proceso de escisión, mecanismo que va a resultar clave para el entendimiento de los estados fronterizos.

En otro espacio, Green (1994a) advierte que en la teoría psicoanalítica se habla de que la escisión es un proceso normal que posibilita la comunicación entre los afectos y los procesos de pensamiento, comunicación que es incomunicable desde el lenguaje (p. 104). No obstante, en el caso de la psicósomática se trata de una escisión radical, una tormenta somática ante la pobreza afectiva del yo.

A partir del núcleo compartido del mecanismo de la escisión, puede realizarse una nueva comparación entre psicósomática y psicosis. Freud mismo nos advertía sobre la importancia del mecanismo de la escisión en las psicosis.

4.1.2 Escisión

A manera de recapitulación, y para tomar nuevamente en consideración el giro que realiza Green en el psicoanálisis, es preciso recordar que los estados fronterizos, categoría dentro de la cual se puede considerar a la psicósomática, en opinión de Green, no pueden ser entendidos desde el esquema de las neurosis; es preciso ir más allá de estas, hacia el terreno de las psicosis para alcanzar a contemplar otro mecanismo psíquico distinto al de la represión, a saber, la escisión.

El mecanismo de la escisión, es un mecanismo psíquico fundamental para todos los seres humanos. Es un mecanismo que se halla presente en la diferenciación del sujeto de la simbiosis madre-hijo, a saber, el nacimiento del yo, lo que podría considerarse como el acto psíquico fundante.

Consiste en una escisión que divide la psique, del soma, mas no del cuerpo. Green (2005b) considera que la escisión psique/soma, es del orden de la experiencia normal, no obstante, puede adoptar un giro sumamente patológico, que es lo que se ha observado en psicósomática.

Si bien, la escisión es un proceso normal y fundamental del nacimiento psíquico del sujeto, la escisión en los casos fronterizos es radical, siendo que, no se puede concebir la idea de una escisión completa, ni en las pulsiones, ni entre el cuerpo y el alma, ni del interior del yo con la realidad y el ello.

Una de las principales funciones del aparato mental consiste en facilitar el mecanismo de la escisión, mediante el cual, el sujeto se adaptará a las condiciones del medio y estará dotado de autonomía. El proceso disyuntivo de la escisión tiene que ser acompañado por otro proceso complementario, a saber, la simbolización. De acuerdo con Green (1994a) la simbolización opera como una suerte de sutura entre las partes escindidas, lo que genera un tercer elemento, constituido por la unión entre ambas partes.

Es preciso tener en cuenta que Winnicott ya advertía sobre la falla en la simbolización de pacientes que se pueden catalogar como fronterizos. Retomando a Winnicott, Green comenta que es en el intento de separación del *self* del objeto, lo interior de lo exterior y lo somático de lo psíquico en donde se presentan escisiones en los pacientes fronterizos.

Como se ha mencionado, la escisión constituye un proceso del orden de la experiencia normal, que en los pacientes fronterizos experimenta un giro patológico, pues la escisión se realiza en polos radicales en los que se ven afectados factores fundamentales para la representación, lo que implica una amputación del yo (Green, 2005).

Cuando Freud analiza el mecanismo de la escisión en las psicosis concluye que ésta es el producto de la pulsión de muerte, que actúa en contraparte de la función unificadora del Eros, a saber, la pulsión de vida. Green (1990) insiste en que es preciso al señalar que en Freud la pulsión de muerte se mantiene en una cualidad disyuntiva, más que destructiva. Era necesario el aporte de Klein para que la pulsión de muerte fuese pensada en clave de destructividad, ligada al objeto y relacionada con un sentimiento de aniquilación.

Cuando Green aborda la escisión en los estados fronterizos, a saber, la psicósomática, propone reflexionar sobre la particular dinámica del sujeto psicósomático con relación al objeto, es decir, el primer objeto introyectado: la figura materna. Green llama confusión al estado resultante de peculiar relación objetal, que se explica por dos reacciones básicas del infante frente al objeto.

En el primer escenario se trata de una falta de fusión con la madre, lo que genera el efecto de pecho blanco; la serie blanca es una noción a la que Green va a volver, más adelante, en relación a los estados fronterizos. El segundo escenario es contrario: se presenta un exceso de fusión con el objeto materno, una renuncia de la madre a la fantasía paradisíaca del embarazo, renuncia que se expresa con el infante reincorporado simbólicamente al vientre materno (Green, 2012).

La separación entre la madre y el hijo es un proceso que se desarrolla principalmente por dos actores, no obstante, el papel que determina un tercero, es decir, la figura paterna, va a jugar un papel decisivo. En la escisión de los casos fronterizos, hay algo que queda segregado y pasa a ser del orden de lo real, pensando lo real desde la noción lacaniana de lo imposible, lo innombrable. Aquel elemento segregado, que no reprimido, retornará, con la particularidad de ser un elemento de carácter persecutorio e intrusivo, a través de una identificación proyectiva (Green, 1994a).

La escisión que se produce en los casos fronterizos está marcada también entre dos polaridades concretas: el concepto de lo somático, por un lado, y lo mental por el otro. Es menester tener presente que Green se encarga de marcar una diferencia entre la noción de soma, que remite a lo orgánico, de la noción de cuerpo, que ocurre después de que el soma ha atravesado un proceso de simbolización.

Por el lado de lo mental, coloca al orden afectivo junto con el proceso de representación. Esta frontera marcada por la escisión separa el soma del cuerpo libidinal, así como la realidad

psíquica, de un lado, y la realidad externa del otro. Green (1994a) considera que en consecuencia de la escisión, podría suponerse que el soma segregado terminará por realizar una intrusión en la vida psíquica en la forma de síntomas psicósomáticos o hipocondriasis.

Al introducir el término de síntoma psicósomático, Green es puntual en señalar las diferencias de éste respecto a otros síntomas que involucran la participación del cuerpo, a saber, la histeria de conversión. Los síntomas de la histeria de conversión se edifican a través de una construcción simbólica, por lo que mantienen una relación estrecha con el cuerpo libidinal. Los síntomas psicósomáticos, por otro lado, no son de naturaleza simbólica, sino que consisten en manifestaciones somáticas cargadas de una agresión “pura” o refinada (Green, 1994a, p. 111).

Al estar desprovisto de una cualidad simbólica, el síntoma psicósomático puede pensarse en relación al pasaje al acto, que también carece de una cualidad simbólica; ambos constituyen una descarga defensiva frente a la realidad.

El síntoma psicósomático se presenta ante la falla de la organización psíquica, carente en el nivel preconsciente.

En otras palabras, esta solución fuerza a distinguir entre “cuerpo atravesado por el ‘significante’ (Lacan), que puede explicar la conversión, y somatosis, y pasaje al acto, donde, en el nivel del síntoma, no puede evocarse ninguna estructuración por el ‘significante’. (Green , 2014, p.136).

Al realizar la distinción entre síntoma psicósomático y conversión histérica es preciso contemplar que, además de la diferencia simbólica que existe entre ambos, son también producto de mecanismos psíquicos distintos, a saber, la escisión y la represión. En ambos mecanismos se aplica la regla freudiana del retorno. En el caso de la represión, el retorno de lo reprimido activa la señal de la angustia, mientras que en el caso de la escisión aquella parcela segregada retorna, no como señal de angustia sino siendo la angustia misma, lo que activa sensaciones catastróficas.

Así pues, el mecanismo de represión será propio de estructuras neuróticas, mientras que en los estados fronterizos la escisión es el mecanismo homólogo. A pesar de ser un mecanismo común también a las psicosis, Green (1994a) señala que la especificidad del fronterizo radica en que esta escisión se desarrolla en dos niveles: un primer nivel donde se separa lo psíquico de lo no psíquico (soma y mundo exterior) y otra escisión dentro de la esfera psíquica.

El proceso de escisión fragmenta al yo en archipiélagos aislados, no obstante, Green menciona que la fragmentación es menos importante que el vacío que los incomunica. La función de ligazón de estos archipiélagos es una propiedad de las pulsiones de vida, mismas que en los estados fronterizos experimentan una falla estructural.

La falla estructural de la función de ligazón de las pulsiones de vida, y el vacío creciente entre los archipiélagos del yo, que se pondría pensar cómo una consecuencia del influjo de las pulsiones de muerte, es apreciable en el discurso de los pacientes fronterizos. Green (1994a) señala que:

El discurso del fronterizo no es una cadena de palabras , representaciones o afectos, sino más bien - como un collar de perlas que no tuviera cuerda - de palabras, representaciones y afectos contiguos en el tiempo y el espacio pero no en su sentido (p. 114).

Al pensar el aparato psíquico de los pacientes fronterizos, Green lo divide en dos polaridades: la primera de ellas es el mecanismo de escisión y la segunda corresponde a la depresión.

En la clínica de pacientes fronterizos es posible observar estados depresivos a los que Green va a denominar como depresión primaria. La depresión primaria tiene la cualidad de hallarse frente a una situación de desinvestidura pulsional, a saber, una falla en el proceso de ligazón de las pulsiones de vida. Tienen la particularidad clínica de propiciar estados anímicos

“blancos”, a saber, desprovistos de componentes afectivos y representacionales y donde el dolor psíquico parece permanecer ausente (Green, 1994b).

Cuando los pacientes fronterizos se presentan en la clínica, comúnmente es después de ser derivados por algún otro profesional de la salud, por lo que la depresión primaria no representa una demanda de análisis e incluso ya en el desarrollo de la terapéutica no se presenta de forma transparente.

Green (2012) considera que en la clínica es posible encontrar pacientes a los que inicialmente se les puede considerar aquejados por una persistencia de rasgos depresivos que suelen ir más allá de lo que se espera de una reacción depresiva “normal”, es decir, que es común para casi todos los seres humanos. No obstante, afirma que cuando un sujeto ignora la depresión que padece, probablemente se encuentre mucho más afectado que aquellos que padecen episodios depresivos ocasionalmente.

El fenómeno clínico de la depresión primaria se inscribe dentro de la ‘serie blanca’, fenómenos que forman parte de lo que Green denomina clínica del vacío o clínica de lo negativo, estructuras clínicas que se derivan de una desinversión pulsional masiva que forma “agujeros psíquicos”.

4.1.3 Narcisismo de vida y narcisismo de muerte

Para intentar comprender la psicósomática como un estado fronterizo resulta preciso remitir a la noción de narcisismo. Como se ha explicado, Green entiende a los estados fronterizos como estructuras independientes, aunque colindantes, de las psiconeurosis. Las afecciones psicósomáticas se han pensado también como trastornos narcisistas, por lo que valdrá la pena exponer la relación entre los estados fronterizos y el narcisismo.

El concepto de narcisismo es formalizado por Freud en el texto de 1914, aunque sufre modificaciones importantes con la publicación de *Más allá del principio de placer*. La

evolución del concepto va de la mano de las modificaciones realizadas a la teoría de las pulsiones, que encuentra su forma más acabada con la formalización del dualismo pulsional entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte.

Antes incluso de la formalización del término, Freud ya lo había empleado. En 1910 introduce el término a propósito de la elección de objeto sexual en los homosexuales, que se eligen así mismos como objeto. En 1911, en el estudio sobre el caso del presidente Schreber, Freud comenta que el narcisismo se trata de una etapa de evolución sexual intermedia entre el autoerotismo y el amor objetal, en el que el sujeto se toma a sí mismo como objeto de amor.

Laplanche y Pontalis (2004), refieren que en 1914 en la *Introducción del narcisismo* Freud formaliza el concepto, abordándolo desde una instancia económica y considerando las catexis libidinales, a saber, la propiedad de la energía psíquica de hallarse vinculada a alguna representación, instancia del cuerpo u objeto, lo que propicia la existencia entre un equilibrio entre libido yoica y libido de objeto. El narcisismo aparece como una instancia estructural que representa un estancamiento de la libido que no puede ser sobrepasada por ninguna catexis de objeto. El concepto permanece y se enriquece una año más tarde, en *Pulsiones y destinos de pulsión* con el primer esbozo de la teoría de las pulsiones que dividen las pulsiones sexuales de las pulsiones de autoconservación, lo que se vincula con la libido objetal o yoica.

En un recorrido sobre el concepto de narcisismo en la obra freudiana, Green (2012) considera que este se transforma con el giro de 1920 sobre la teoría de las pulsiones. En *Más allá del principio del placer*, Freud lleva la sexualidad no sólo a los objetos investidos sino también al interior del yo.

Green (2014) considera que, partiendo desde la lucha constante entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte, es en la instancia del narcisismo donde tiene lugar la afirmación de las pulsiones de vida, que surge desde el basamento del autoerotismo y se reafirma como amor hacia sí mismo, en búsqueda de la preservación de su ser.

Hablar de narcisismo implica, por tanto, pensar el deseo de Uno. El deseo ha cambiado de destino del objeto hacia el yo. Para esto es necesario tener presente que ante el surgimiento del deseo y la escisión del yo, el infante se vale de la “realización alucinatoria del deseo” para suplir la ausencia del objeto materno, lo que genera la sensación de omnipotencia. La función de lo que Green denomina como narcisismo de vida es facilitar el equilibrio egosintónico y seguir actuando en favor de las pulsiones de vida. El narcisismo de vida no siempre logra su cometido, por lo que es posible introducir el negativo de este, a saber, el narcisismo de muerte.

Green considera que el concepto de narcisismo ha permanecido ausente de la elaboración psicoanalítica, incluso desde Freud, en el momento en que el narcisismo pierde terreno ante la teoría de las pulsiones de 1920. Los psicoanalistas postfreudianos tampoco consideran el tema del narcisismo, hasta que Kohut y Kernberg, en Estados Unidos, comienzan a teorizar sobre la importancia del narcisismo y de su vínculo con el resto de conceptos de la teoría psicoanalítica, es decir, las pulsiones.

Cuando la libido yoica está investida sobre el sujeto, se experimenta una disminución en el equilibrio con la libido objetal, investidura que pueda dar lugar a un cuerpo narcisista que está en relación con las pulsiones de muerte. Green señala que una investidura narcisista y comprometida con las pulsiones de vida puede ser la base de los pacientes psicósomáticos y fronterizos: “un narcisismo que se instala en el cuerpo como bastión de la energía libidinal que, no obstante, se caracteriza por el exceso de libido yoica y la carencia de libido objetal” (Green, 2014, p. 60).

En el narcisismo, el deseo se encuentra dirigido hacia el yo, lo que implica a su vez un movimiento regresivo del yo que puede resultar destructivo. Bajo el dominio de la pulsión de muerte predomina un proceso de desligadura pulsional que se aplica tanto a las investiduras de objeto como a las investiduras yoicas. Esto es lo que Green designa como narcisismo negativo o narcisismo de muerte.

Para pensar la relación del narcisismo y la pulsión de muerte es necesario comprender que la función desobjetalizante propia de la pulsión de muerte da lugar a un narcisismo destructivo, donde “el sujeto aspira a no ser” (Green, 2010, como se citó en De Sousa, 2016, p. 213). El sujeto aspira, de esta manera, a un estado de inercia psíquica que resulta mortífera, hacia un estado neutro configurativo de un vacío. Habría de recordar que el ámbito de lo neutro consiste en aquella región de imparcialidad que Freud invoca cuando habla de la existencia de la pulsión de muerte (Green, 2012).

Así pues, la existencia de un narcisismo negativo, cuya aspiración de vida a nivel cero, resulta de la expresión de la función desobjetalizante de la pulsión de muerte. A propósito del proceso de investidura de objeto, Green (2012) menciona que son las pulsiones de vida las que favorecen el desarrollo de una función objetalizante, mientras que las pulsiones de muerte hacen lo mismo pero en un sentido contrario, es decir, a favor de una función desobjetalizante la cual genera una potencia destructiva que puede dirigirse hacia el interior del sujeto. La destructividad se diferencia de la agresión, siendo de naturaleza únicamente destructiva, mientras que la agresión es de naturaleza identificatoria y se dirige hacia el narcisismo de objeto, o narcisismo de vida.

Cuando la destructividad se orienta hacia el sujeto el resultado suelen ser desbordamientos inconscientes que dan origen a síntomas propios de la clínica del vacío, como lo son las somatizaciones.

4.2 Psicósomática y pulsión de muerte

La clínica psicoanalítica heredera del pensamiento freudiano ha insistido en dar prioridad a algunos conceptos del corpus teórico, prefiriendo dejar de lado otras aportaciones de la teoría psicoanalítica. La discriminación de conceptos eje sobre los que reposa la clínica y la

investigación está directamente relacionada con la escuela de pensamiento a la que adhieren, no obstante, la teoría de las pulsiones no siempre es referente.

Green considera que el psicoanálisis debe modificarse por y para los descubrimientos clínicos de la contemporaneidad sin que en esa modificación se comprometan las bases de la teoría psicoanalítica, bases que para Green reposan en la teoría de las pulsiones, sobre todo después de la última modificación a la misma, ocurrida hacia 1920, en la que se delinean las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte.

Es desde este último desarrollo donde Green coloca el indicador para que el término de pulsión sea abordado para entender los fenómenos clínicos que Freud no alcanzó a desarrollar personalmente en su obra, en los cuales se retoma la pulsión desde su aspecto económico que, como toda economía, debe ser pensada paralelamente en sus dos polaridades: las pulsiones de vida y las de muerte.

La importancia de una clínica psicoanalítica que priorice el papel fundamental del concepto de pulsión, así como la influencia para el sujeto de los movimientos pulsionales de vida y de muerte, se vuelve totalmente pertinente cuando se pretende abordar desde la clínica psicoanalítica fenómenos sintomáticos en los que el cuerpo cobra una relevancia importante.

Es en relación a la influencia de lo pulsional para el cuerpo que Green se lanza a distinguir de manera tajante la noción de cuerpo de la noción de soma.

Green señala que, en la clínica, el analista no se involucra con el soma ya que ese es el papel del médico; es sobre el cuerpo sobre el que se despliega el dispositivo analítico. Pensar la pulsión en estrecha relación al cuerpo erótico y a la incorporación del sujeto al orden del lenguaje implica designarla como el estado "presubjetivo" del sujeto, que por sí mismo ya alude a la potencialidad en el desarrollo del sujeto. Un sujeto es un "ser a quien el psicoanálisis va a permitir cierta libertad pulsional" (Green, 2005b, p, 159).

En otro espacio (Green, 2005a) considera , al igual que lo hacía Freud, que la pulsión se encuentra situada en el límite de lo psíquico y de lo somático, por lo que sus raíces se hallan sumergidas en la fuente endosomática de la que parte la pulsión, razón por la cual se halla marcada por una cualidad incognoscible; sin embargo, el representante de la pulsión, aquel representante que trasciende lo somático y logra llegar a lo psíquico, no comparte esa naturaleza, ya que se trata de una manifestación en el cuerpo, como una sensación de demanda de satisfacción sentida por el sujeto.

Lo anterior constituye la razón por la que se puede concluir que una pulsión sólo puede acceder a las consciencia de forma indirecta, a partir de sus representaciones inconscientes (Green, 2005a, p. 178).

Siguiendo sobre la pista de la importancia de la teoría de las pulsiones para la clínica psicoanalítica, Green rescata la noción de Winnicott quien afirmaba que la pulsión sólo es posible observarla a través del objeto al que se liga, por lo que el objeto adquiere el papel de revelador e las pulsiones.

A propósito del objeto de la pulsión, Green insiste en que debe tenerse presente que, en Freud, ya se encontraba señalada como una de las principales características de la pulsión, a saber, la propiedad de ligadura o desligadura de ésta en torno al objeto. Desde esta cualidad de la pulsión es como puede abordarse el papel que desempeñan las pulsiones de vida con su función de ligadura, y las pulsiones de muerte, por su parte, con una función de desligadura.

Cabe precisar que Green (1984), al pensar la pulsión de muerte lo hace sólo desde su naturaleza de desligadura, a saber, desde su naturaleza destructiva. Destructividad que en el caso de los estados fronterizos se manifestará a través de un empobrecimiento de la instancia yoica.

La pertinencia científica del psicoanálisis le llevó a descubrir en la clínica lo que sólo tiempo después le fue posible formalizar con la teoría de las pulsiones. De esta forma, la

evidencia clínica que Freud recaba, sobre todo en lo referente a la reacción terapéutica negativa y a la compulsión a la repetición, justifican el giro teórico de *Más allá del principio de placer* donde introduce la noción de una pulsión de muerte y su naturaleza destructiva, mediante la función de desligadura que le es propia.

Green aborda durante todo el desarrollo de su trabajo la hipótesis de que en los estados fronterizos, más allá de las psiconeurosis, el papel de las pulsiones de muerte o de destrucción resultan determinantes puesto que actúan en el cuerpo erótico mediante la desinversión pulsional, proceso contrario al efectuado por las pulsiones de vida.

En la obra freudiana es posible encontrar el indicio de la destructividad asociada con las estructuras no neuróticas, en las cuales se pudo comprobar, mediante el análisis de la transferencia, infiltraciones de destructividad asociadas con la ocultación de las expresiones de la libido (Green, 2005a).

Nuevamente es la experiencia clínica psicoanalítica la que comienza a romper los paradigmas teóricos de la propia teoría freudiana. Green (1990) considera que la observación de pacientes fronterizos ha permitido romper con la idea de que la sublimación es el único y posible desenlace para las pulsiones destructivas. Se trata de pacientes que se encuentran en el límite de lo analizable.

La sublimación de las pulsiones destructivas en pacientes fronterizos es posible, afirma Green (2005), pero a expensas de un proceso de escisión que, como se ha mencionado, fragmenta la unidad yoica, dejando como resultado archipiélagos aislados unos de otros, desligados, los cuales se encuentran a merced de las pulsiones destructivas.

Es con la evidencia clínica como fundamento de la teoría que Green reafirma la posición freudiana en relación a la hipótesis de la intrincación y desintrincación de las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte. Desde esta perspectiva es que puede considerarse que la libido erótica puede también encontrarse ligada a la libido destructiva, ligadura que puede llevar al

sujeto a la experimentación de situaciones en las que el placer y el goce se crucen de manera inteligible (Green, 1990).

La observación de pacientes psicossomáticos con enfermedades graves y progresivas colocó a los psicomatólogos franceses, herederos del pensamiento de Pierre Marty, sobre la pista de la importancia de la destructividad de la pulsión de muerte en el entendimiento de la clínica de las desorganizaciones somáticas progresivas, en las que la desorganización mortífera y la agresividad no parten hacia el exterior, sino que se dirige hacia la interioridad del sujeto en una función destructiva.

Green (1990, p. 188), afirma que la influencia de Pierre Marty, en Francia, fue decisiva para pensar la relación entre la economía de las enfermedades somáticas en relación a la función desobjetalizante de la pulsión de muerte.

La innovación teórica que inaugura Marty, es la de colocar en el epicentro de la teoría metapsicológica en psicossomática la destructividad de la pulsión de muerte. La clínica desarrollada por los psicomatólogos franceses permite enfrentar al analista, en diversas ocasiones con “un triunfo de la muerte no siempre justificado por la gravedad de los trastornos somáticos” (Green, 2014, p. 112).

Marty expone clínicamente el desarrollo de desorganizaciones progresivas que van en contrasentido a la tendencia evolucionista del organismo, misma que se encuentra animada por las pulsiones de vida. Las descripciones clínicas de estas desorganizaciones dan cabida a la introducción del concepto de pulsión de muerte.

Para Green no resulta casual que exista una homología entre las características clínicas de pacientes fronterizos, en general, y con afecciones somáticas, en particular, con la destructividad que impera en las pulsiones de muerte. La evidencia clínica consiste en la cualidad plana y poco fantasmática del discurso de los sujetos, discurso en el que se capitaliza el efecto desorganizador y destructivo de la pulsión de muerte.

El silencio, fondo contra el cual actuarían las pulsiones de muerte - según Freud -, alimenta la psique con una desligazón desorganizadora. Y puede suceder que los cuadros clínicos, a despecho de tratamientos adecuados, evolucionen hacia un estado de agravamiento físico capaz de llevar a la muerte (Green, 2014, p.120).

Se delinea, de esta forma, el propósito último que posee la pulsión de muerte, el de conducir al sujeto a un estado de silencio y pasividad propio del estado anterior a la vida, la aspiración a nivel cero que supone la muerte física del sujeto.

La apuesta epistemológica de Green se orienta hacia un pensamiento que retome fielmente la tradición freudiana de la pulsión, con la cual justificar la exploración de terreno poco explorado por la teoría psicoanalítica, a saber, los estados fronterizos. Remitiéndose a las bases freudianas de las manifestaciones de la pulsión de muerte, es decir, la compulsión a la repetición, es posible, en opinión de Green, exportar ese principio, acuñado inicialmente a la estructuras neuróticas de los pacientes de Freud, también hacia las estructuras límite con las que se ha encontrado la clínica psicoanalítica; la psicósomática incluida.

Desde esta perspectiva, Green (2014) considera que las manifestaciones clínicas reiterativas y progresivas de la pulsión de muerte, dentro de las que se entiende la aparición de una enfermedad somática grave que comprometa peligrosamente la vida del sujeto, “se dan mucho más allá del principio de placer, donde un psiquismo ‘agujereado’ que frena de manera sólo muy insuficiente la muerte” (p. 137).

La pulsión de muerte manifiesta, en pacientes somáticos con padecimientos graves, que su impulso tiende siempre hacia la aniquilación del sujeto, su naturaleza desobjetalizante actúa en oposición a la vida, por lo que devela su potencial destructivo. El objetivo de la destructividad no es otro que la vida misma, a saber, el cuerpo físico, cuerpo erótico animado, pero también implica la destrucción del psiquismo (Green, 2014, p. 177).

4.3 Narcisismo negativo y objeto primario. El complejo de la madre muerta

Los hallazgos de la clínica psicoanalítica en pacientes psicósomáticos se han podido dilucidar tras la observación de pacientes adultos que llegan a la consulta del analista, la mayor de las veces, referidos por el profesional médico. Es posible suponer que el paciente psicósomático adulto que se atiende en la clínica, es producto de configuraciones estructurales por las que ha pasado en la experiencia de su vida, desde las primeras experiencias del sujeto, y que le apuntalan hacia la particularidad de su configuración psíquica fronteriza. Marty señala que se puede hablar de psicósomática del adulto, porque existen eventos ocurridos en las primeras experiencias de esos adultos con estructura psicósomática.

Siguiendo esta misma pista, Green (1984) busca ubicar la influencia de la pulsión de muerte, movimiento económico que predomina en casos fronterizos, en las primeras relaciones del sujeto con el objeto externo, a saber, la *imago* materna. Ya Freud en el *Esquema de psicoanálisis* (1940a), advierte que el primer objeto de amor para el sujeto es la madre, interiorizado a través de la figura del pecho. El pecho de la madre fluctúa entre una presencia y una ausencia, mediada por la demanda de satisfacción del infante. Ante la añoranza del objeto en los momentos de ausencia, el niño inviste al objeto materno como parte de la investidura libidinal narcisista.

El proceso de pérdida del objeto materno es de gran importancia para posibilitar el nacimiento del sujeto. Teóricos como Rank, señalaban que el nacimiento mismo implica ya la experiencia de una pérdida de objeto en relación a la simbiosis intrauterina. El pensamiento de Green, por otro lado, se orienta a proponer que la pérdida de objeto es al nivel de la *imago* materna, pérdida que tendrá que ser mediada con un proceso de duelo del sujeto.

Green (1984) retoma a Winnicott cuando éste habla de la construcción de la madre suficientemente buena y de su complemento, a saber, la madre suficientemente mala, es decir aquella figura necesaria para que el sujeto salga del impasse idealización-persecución y para

promover la función de duelo, la cual tendrá importantes repercusiones para facilitar la función objetalizante, que como se ha mencionado, actúa en el mismo sentido de las pulsiones de vida.

La teoría psicoanalítica con mayor aceptación entre todas las corrientes que continuaron a la muerte de Freud, admite dos nociones básicas en relación a las primeras experiencias del sujeto y del nacimiento del yo. La primera de ellas indica que la *pérdida del objeto* representa un momento fundamental de la estructuración del psiquismo humano, proceso que marca una nueva relación entre el sujeto y la realidad. En lo que refiere a la segunda noción, Green (2012), comparte la existencia de un estadio en que el infante se encuentra en una posición *depresiva*; esta segunda noción ha sido nutrida principalmente por la observación clínica de Klein y Winnicott.

Estas dos nociones comparten en común su importancia capital e ineluctable del desarrollo del sujeto, por lo que la aparición de perturbaciones en esta etapa temprana del desarrollo puede repercutir negativamente en la estructuración psíquica posterior del sujeto.

Los aportes teóricos sobre la estructura de los estados fronterizos es a *posteriori* de la observación clínica de pacientes con cuadros depresivos que no responden a las características habituales de una depresión, sino que consisten en una cualidad asintomática y silenciosa de la depresión, a saber, la depresión primaria, común en pacientes psicósomáticos.

Es por la observación clínica de este tipo de depresión que Green se determina a encontrar los fundamentos de la misma en dos posiciones generales: la pérdida de objeto y el nacimiento del yo, por un lado, y la posición depresiva del infante, la cual conserva cierta consistencia con las particularidades de los pacientes aquejados por depresiones primarias.

La cuestión fundamental en el proceso de pérdida del objeto materno radica en el trabajo de duelo, mismo que facilita la función objetalizante de las pulsiones de vida. Por tanto, se puede inferir que ante un proceso de duelo por el objeto materno fallidamente elaborado, se

obstaculiza la función objetalizante, lo que también implica posibilitar la acción de la pulsión de muerte.

Green (2012) señala que en Freud existen antecedentes para poder plantear la pérdida del objeto del pecho materno. La primera referencia se encuentra en un texto de 1925 llamado *la negación* en el que Freud postula que la pérdida del objeto materno se trata de un suceso fundador y decisivo que repercute en la constitución psíquica del sujeto. La segunda referencia se halla en el *Esquema de psicoanálisis* en el que Freud (1940a), aborda el suceso de pérdida desde una postura menos teórica que la adoptada en 1925, dando prioridad a un estilo narrativo y cuasi observacional desde la posición del infante, en el que describe que la pérdida “es un proceso de evolución progresiva que se cumple de forma gradual” (Green, 2012, p. 213).

Tal es el punto de partida de Green para poder afirmar que la referencia al pecho de la madre se realiza en clave de metáfora. “Es preciso conservar la metáfora del pecho, porque el pecho, como el pene, sólo puede ser simbólico” (Green, 2012, p. 214). De esta forma es que el placer erógeno atrae hacia sí todo cuanto de la madre que no es exclusivamente el pecho, a saber, su aroma, su mirada, etc. elementos que en conjunto consisten en la metáfora del objeto materno.

Al presentar su teoría sobre el complejo de la madre muerta, Green es cuidadoso en señalar que su investigación no se dirige hacia la elaboración de un duelo por la pérdida real del objeto, es decir, la muerte de la madre.

Este trabajo no trata de las consecuencias psíquicas de la muerte real de la madre, sino de una imago constituida en la psique del hijo a consecuencia de una depresión materna, que transformó brutalmente el objeto vivo, fuente de la vitalidad del hijo en una figura lejana, átona, cuasi inanimada, que impregna de manera muy honda las investiduras de ciertos sujetos que tenemos en análisis y que gravita sobre el destino de su futuro libidinal, objetal y narcisista (Green, 2012, p. 209).

El complejo de la madre muerta es un hallazgo que Green encuentra en el análisis de la transferencia de sujetos que se presentan en análisis aquejados de cuadros depresivos y, que no obstante los síntomas manifestados no son esencialmente depresivos. Los síntomas de estas depresiones silenciosas, dice Green, casi siempre se dirigen a fracasos en la vida amorosa o sentimental, situación que representa un conflicto “más o menos agudo” con los objetos próximos. El autor menciona que estos pacientes sólo esporádicamente pueden narrar episodios de su vida infantil que hace nacer la hipótesis de episodios depresivos en la infancia que el sujeto no asume.

Es importante señalar que se trata de pacientes que se ubican dentro de los estados fronterizos, por lo que de existir síntomas que refieren a una estructura neurótica, desempeñan un papel secundario, pues el analista intuye, dice Green, que éstos no aportarán la clave del conflicto. La problemática de este tipo de pacientes que se sitúa en el primer plano es de carácter narcisista y se vive regularmente como un sentimiento de impotencia del sujeto para resolver diversos aspectos de su vida.

La depresión primaria sólo puede delinearse a través del análisis de la transferencia. Se trata de una depresión singular que ofrece una discordancia con la noción de una depresión transferencial, es decir, que la depresión primaria no se vuelca hacia el Otro. Lo que revela el análisis de la depresión primaria es que ésta consiste en la repetición de una depresión infantil pero con una peculiaridad, que “...el rasgo esencial de esta depresión es que se produce en presencia del objeto, él mismo absorbido por un duelo” (Green, 2012, p. 215).

Se trata pues, de una depresión producida sin que el objeto materno se haya perdido de forma real, sigue presente pero a la vez comprometido por un duelo. Esto indica que, por alguna razón, la madre del pequeño infante se ha deprimido y, desde esa posición depresiva en que se consolida el objeto materno, se establecen particularidades en el duelo del infante por el objeto materno.

Los factores desencadenantes de la depresión de la madre pueden ser muy bastos, no obstante, Green (2012), señala que puede deberse a la pérdida real de un ser querido para la madre, es decir la pérdida de un objeto fuertemente investido. Otro factor desencadenante puede consistir en alguna decepción ocurrida en la vida de la madre que logre remover heridas narcisistas. En todos los casos, sin importar los orígenes de la depresión materna, la tristeza que experimenta la madre, así como la consecuente disminución del interés por procurar los cuidados a su hijo se colocan en el primer plano del conflicto.

De acuerdo con Green, con la depresión materna se produce un cambio “brutal y verdaderamente mutativo” de la *imago* materna, que se experimenta como una detención brusca de la vitalidad que el objeto materno procuraba previo al episodio depresivo de la madre y que el sujeto experimenta como pérdida de la felicidad primera.

Lo problemático de esta varadura vital proveniente del objeto materno, insiste Green (2012), consiste en la vivencia un *núcleo frío* entre el sujeto y la metáfora de objeto materno, que si bien tiende a rebasarse, dejará marcas indelebles sobre las investiduras eróticas de los sujetos. “La transformación en la vida psíquica, en el momento del duelo repentino con la madre que desinviste brutalmente a su hijo, es vivida por éste como una catástrofe” (p. 215).

Cuando el sujeto ha incorporado una representación de una *madre muerta* ha intentado también poder separar su yo de la unión con la madre absorbida por su propio duelo. El fracaso de esta tentativa no hace más que avivar un sentimiento de impotencia en el sujeto, que ha pasado ya por la detención del amor materno y la amenaza de la pérdida real del objeto, lo que desata angustias catastróficas y orilla al yo a optar por operar con otros mecanismos de defensa.

Green (2012) afirma que el principal movimiento defensivo del yo ante la impotencia del sujeto con *una madre muerta* consiste en la “desinvestidura del objeto materno y la identificación inconsciente con la madre muerta” (p. 216). La desinvestidura que se realiza sobre el objeto materno tiene dos matices: uno afectivo y otro representativo, por lo que se

puede sostener que el movimiento de desinvestidura constituye una suerte de “asesinato psíquico” del objeto materno, movimiento que se realiza no obstante, sin odio hacia el objeto, sino más bien desde una posición neutra que será característica de los estados fronterizos. Así pues, la desinvestidura no posee elementos de destructividad pulsional, sin embargo, su resultado es la constitución de un agujero, de un vacío, en las tramas de la relación del sujeto con la madre.

Otro aspecto del movimiento de desinvestidura lo constituye la identificación del sujeto con el objeto en una modalidad que Green considera como “primaria”. Esta identificación es el único recurso del que dispone el infante frente a los intentos fallidos de complementarse con la madre. La identificación primaria con el objeto es el único medio por el cual el hijo puede restablecer una unión con la madre, está por demás decir que la unión que se establece es ilusoria, ya que el objeto materno se ha perdido, el objetivo de la identificación del sujeto es la que él mismo pueda devenir en el objeto añorado.

Esta identificación es ante todo inconsciente, y se produce a condición de que el sujeto renuncie al objeto pero al mismo tiempo pueda conservarle en modo canibólico. La identificación primaria con la madre muerta se realiza a “espaldas del yo” y en contra de su voluntad, de ahí deviene el carácter alienante de la identificación.

Es una identificación inconsciente que el sujeto, en las relaciones de objeto de su vida posterior y por la tendencia compulsiva a la repetición reactivará nuevamente el proceso de desinvestidura, es decir, una nueva “repetición de aquella defensa arcaica” (Green, 2012, p. 217).

La pérdida del objeto materno también crea una pérdida del sentido, en la que el niño no alcanza a comprender porque el objeto materno se retira, y ante su impotencia se encuentra a sí mismo culpable del alejamiento de la madre, lo que produce heridas narcisistas, atribuyéndose una megalomanía en negativo.

En este punto, resulta preciso retomar la noción de pulsión en relación al objeto materno y a la negatividad. Para que la pulsión pueda emerger como *quantum* energético es condición necesaria que exista la necesidad orgánica del soma, por un lado, y por el otro la representación del objeto satisfactor de dicha necesidad, en estos casos en concreto, el pecho materno.

Siguiendo la enseñanza freudiana, es posible afirmar que la pulsión es el representante psíquico de las excitaciones nacidas en el soma, no obstante, la pulsión sólo es accesible a través de sus objetos y representaciones. La pérdida del objeto materno configura la relación entre pulsiones y el objeto de su representación. Winnicott considera que las experiencias traumáticas por la anhelada espera del retorno del objeto materno satisfactor que no llega, en los casos en los que se cuenta con una madre pasando por un proceso depresivo, configura un espacio en el que sólo lo negativo es real. Green (1994b) retoma la noción de Winnicott para poder concluir que, la psicósomática, representa una forma de “negatividad radical límite” (p. 25).

El desenlace ideal del proceso de pérdida del objeto materno debería ser el olvido del mismo, de esta forma se lograría la adecuada constitución psíquica del sujeto. Cuando el objeto no logra olvidarse se presenta lo que Green (1994b) denomina una perversión del sentido, sentido que se ve afectado por la detención brusca y repentina del objeto materno, propio del complejo de la madre muerta.

Una perversión de sentido implica que el objeto se encuentra presente, pero no es un objeto vivo, es decir, se consolida como un objeto excesivamente presente a raíz de la condición misma de su falta. Paradójicamente, el exceso de la presencia del objeto no genera representación del mismo, sino que el único desenlace posible consiste en actos extra-representativos, dentro de los cuales se cuentan las manifestaciones patológicas en los estados psicósomáticos.

La falta de representación del objeto materno se entiende por un corte radical con el objeto y una desinvertidura de su representación. Estas son las condiciones que plantean la interacción de la moción pulsional y la negatividad. Ante el proceso de desinvertidura pulsional del objeto, se genera un espacio vacío, un agujero, espacio en el que se desarrolla una intrusión de mociones pulsionales, provenientes de la parte profunda del ello, a saber, más ancladas en la esfera somática, mociones pulsionales caracterizadas por un movimiento intrusivo y destructivo (Green, 2012).

Conclusiones

Desde la elección del tema, y durante la elaboración del presente trabajo de tesina, podía advertirse ya cierta complejidad en el abordaje de una cuestión como la psicosomática, en primer lugar, por la falta de elaboración teórica sobre un tema que se ubica en la frontera entre lo corporal y lo psíquico y que, por consiguiente, corresponde tanto a la medicina física como a las disciplinas del campo psíquico. Esta ambigüedad, inherente a la psicosomática, ha generado que tanto la medicina como la psicología reclamen para sí el estudio de la psicosomática, disputa cuasi legal que ha promovido cierta indiferencia hacia el tema por parte de ambas disciplinas que reclaman la patria potestad.

Como se ha revisado en la introducción del presente trabajo, Bekei (1991) considera que la psicosomática surge como consecuencia del encuentro entre la vertiente biológica y psicológica y, por ello mismo, ambas vertientes han considerado tener argumentos para reclamar su legítima propiedad; sin embargo, la disputa que se ha sostenido ha desviado la atención de la investigación en y sobre psicosomática, investigación que resulta indispensable para garantizar la supervivencia del campo psicosomático y su eventual progreso dialéctico a la luz de nuevas propuestas teóricas.

Lo cierto es que la cuestión psicosomática es un asunto que ha estado presente desde el comienzo de la historia humana, a saber, desde que el ser humano carga con un cuerpo simbolizado, una materialidad corporal que es la consistencia del psiquismo.

La investigación teórica en psicosomática que se ha llevado a cabo para la elaboración del presente trabajo, permite la posibilidad de puntuar dos acepciones distintas del uso de la palabra “psicosomática”. En primer lugar, designa una función de adjetivo en tanto que denomina cierta cualidad calificativa para una práctica, enfermedad o conceptualización, que se denomina psicosomática por la incorporación de la relación dinámica psique-soma. Por otro lado, la segunda acepción para la palabra psicosomática es aquella en donde cumple una

función de sustantivo y, por lo tanto, es utilizada para referirse a la psicósomática como disciplina y método de investigación sobre el funcionamiento psíquico y el tratamiento exclusivamente por psicoterapia de afecciones somáticas. El uso de la palabra psicósomática como sustantivo surge a partir de la propuesta teórica de Pierre Marty.

La evolución histórica del estudio de la cuestión psicósomática y la posibilidad de su consolidación como disciplina de estudio es determinada por la relación dinámica entre la noción explicativa o conceptual que psique y soma han adquirido a lo largo de la historia.

En 1641 Descartes publica las *Meditaciones Metafísicas* en donde propone entender dos sustancias, la sustancia pensante, o res cogitans y la sustancia extensa o res extensa, que es aquella que se encuentra en el plano de lo sensible. Son dos sustancias debido a que responden a funciones distintas: mientras que la res extensa tiene la facultad pasiva de sentir, la res cogitans tiene la facultad activa de pensar. El dualismo constitutivo y constituyente del pensamiento cartesiano, y sobre todo la influencia del cartesianismo en el nacimiento de la ciencia moderna, especialmente la medicina, estableció un paradigma en el que se diseccionó a la psicósomática en dos mitades, lo que implica considerar que la constitución humana es fundamentalmente dualista. Resulta aquí preciso subrayar que un modelo dualista que separa el cuerpo de la mente es poco favorable para un abordaje psicósomático, razón por la que la tradición médica se desarrolló sin ocuparse de la injerencia de lo psíquico en las patologías orgánicas.

Rovaletti (1998) considera que el dualismo cartesiano repercutió en una escisión de la condición humana y una priorización del registro físico o somático, sobre todo en el desarrollo de la ciencia médica, cuyo principal modelo epistémico fue constituido por la práctica de la autopsia. Lo anterior constituye reducir la cuestión humana a términos cuantitativos, suprimiendo el registro de lo cualitativo y construir una visión del cuerpo “fantasmática”, existente únicamente en su función *orgánica*.

Es hasta inicios del siglo XIX, en un movimiento revolucionario dentro de la psiquiatría alemana, que Heinroth rescata la noción de la interacción entre lo psíquico y lo somático al introducir en la literatura médica el sustantivo *psicosomático*.

No resulta arbitrario que, un siglo después de la introducción del sustantivo de *psicosomática* en la nosografía médica, sea la invención del psicoanálisis lo que permita volver a reflexionar acerca del constante e innegable influjo entre lo psíquico y lo somático.

Es posible afirmar que la teoría *psicosomática* de Heinroth consideraba un modelo tripartita en el que operaba la noción de un conflicto interno, noción que influyó en la elaboración freudiana del aparato mental (Muskin, 2007).

Así pues, fue necesaria la aparición del psicoanálisis para que el cuerpo y la mente se consideren como un *continuum*, como una sola unidad interactiva.

A partir de la invención del psicoanálisis y de su incorporación en la discusión médico-científica de la época es posible actualizar el debate sobre la cuestión *psicosomática*, de tal forma que la formalización de la *patología psicosomática* nace sólo a partir de la posibilidad de la interpretación de los síntomas histéricos (Chiozza, 1975).

A pesar de que Freud nunca abordó directamente la cuestión de las *patologías psicosomáticas*, el psicoanálisis comenzó delineando al *psiquismo inconsciente* como su objeto de estudio de tal forma que el pensamiento somático de Freud se dirige tan sólo a encuadrar lo corporal como aquello donde lo psíquico se apoya (Sami-Ali, 1991). Si se marca alguna diferencia entre lo somático y lo corporal es tan sólo en la medida en que este último constituye la consistencia fisiológica del *psiquismo*. De lo anterior se concluye que el psicoanálisis mantiene una estrecha relación con la estructura corporal, misma que se ve ejemplificada en la *conversión histérica*, las *neurosis actuales* y la *hipocondría*.

El genio de Freud radica en que pudo distinguir, en el tratamiento de *pacientes histéricas*, una doble dimensión del registro corporal: la *fisiología propiamente dicha* pero

también una dimensión psíquica e inconsciente del cuerpo que funge un papel determinante en el fenómeno de la conversión histérica. Confrontado con la evidencia de su práctica Freud (1893, como se citó en Assoun 1997), afirma que abordar el cuerpo en la histeria implica dejar de lado la fisiología para entrar a la psicología.

Hacia la década de 1920, Felix Deutsch, inserta en la comunidad psicoanalítica la noción de medicina psicosomática, adjetivo que había permanecido en latencia desde su formalización por Heinroth (Korovsky, 1990). Fue dentro del modelo epistémico del psicoanálisis que la psicosomática se actualiza, por tanto, se considera congruente que las investigaciones en torno a la psicosomática partan también del psicoanálisis.

Dentro del vasto universo de psicoanalistas que han dedicado algunas páginas al tema de la psicosomática, el presente trabajo se ha ponderado como sustento teórico el trabajo de psicoanalistas que, al pensar la psicosomática, recurren a uno de los conceptos fundamentales del edificio teórico freudiano: la pulsión, en las dos polaridades descritas por Freud, a saber, pulsiones de vida y pulsiones de muerte.

Freud trabajó con el concepto de pulsión desde 1905, momento de *Tres ensayos de teoría sexual* y hasta sus últimos escritos, en el *Esquema del psicoanálisis* (1940a). En *Pulsiones y destinos de pulsión* Freud (1915), desarrolló un trabajo dedicado a la primera elaboración formal de la teoría de las pulsiones en donde señala que, para pasar de lo biológico a la consideración de la vida anímica del ser humano, el concepto de pulsión opera dentro de un territorio de frontera entre ambas instancias mediante un representante psíquico de los estímulos que se ocasionan en el interior del cuerpo, la pulsión se decanta como la exigencia de trabajo para el psiquismo a consecuencia de la “trabazón” que se mantiene entre lo psíquico y lo somático. Con la publicación de *Más allá del principio de placer* Freud (1920), desarrolló un esbozo final de la teoría de las pulsiones, la cual vira hacia la concepción de un dualismo

entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte sin que esto modifique el estatuto fronterizo de las pulsiones entre lo somático y lo psíquico.

Si se considera que las pulsiones de muerte son el empuje repetitivo y compulsivo hacia un estado de inercia anterior a lo orgánico y que las pulsiones tan sólo son el representante psíquico de los impulsos provenientes del soma, se puede concluir que las enfermedades psicosomáticas, sobre todo aquellas cuya gravedad compromete gravemente la vida del sujeto, están claramente determinadas por la destructividad inherente a la pulsión de muerte.

La consideración de los fenómenos clínicos constituyentes de las patologías psicosomáticas no se inscribe en la tradición psicoanalítica clásica, a saber, aquella que dirige su clínica únicamente hacia pacientes con estructura predominantemente neurótica, pacientes capaces de atravesar la experiencia del análisis mediante el seguimiento de la regla fundamental del psicoanálisis, es decir, la asociación libre.

La experiencia clínica de pacientes psicosomáticos, principalmente derivado de la investigación a partir de Pierre Marty y André Green, ha demostrado que el discurso que despliegan es un discurso superficial y carente de elementos afectivos inconscientes, un discurso que se mantiene en la dimensión de lo factual, con serias dificultades para asociar libremente. Debido a esta particularidad, los pacientes psicosomáticos han sido considerados por gran parte de la tradición psicoanalítica como inanalizables.

Green (2012) señala que la ortodoxia psicoanalítica sólo contempla su clínica desde la óptica de las psiconeurosis, por lo que todo aquello que no entre dentro de estos parámetros indica un riesgo de contaminación del ambiente escéptico al que se aspira. Esta exclusividad en la que se mantiene el psicoanálisis ortodoxo corre el riesgo de idealizar a la figura del analizante, como el sujeto que, con la sola presencia del analista, es capaz de asociar libremente en su discurso y avanzar en su cura. Green considera que un psicoanálisis contemporáneo debe

expandir sus horizontes para considerar en su clínica a sujetos cuya pobreza discursiva constituye la evidencia del riesgo de aparición de una enfermedad somática.

A pesar de cimentarse en conceptos propios de la teoría psicoanalítica los dos autores abordados en el presente trabajo, a saber, Pierre Marty y André Green, coinciden en la necesidad de extender el campo psicoanalítico más allá de las psiconeurosis, para dar cabida a la cuestión psicosomática dentro de la práctica del psicoanálisis. Para ello fue necesario extender la teoría, es decir, llevar hacia un horizonte distinto los conceptos clásicos del psicoanálisis, movimiento que afecta retroactivamente a la práctica clínica con ciertas modificaciones al encuadre, a la interpretación del material y la posición del analista.

En este punto resulta preciso señalar que desde la perspectiva de ambos autores, la patología psicosomática no debe confundirse con el síntoma de conversión histérica. El elemento en el que se distinguen es en la incorporación simbólica en la que operan; mientras que la conversión es la puesta en escena simbólica de una moción inconciliable de carácter inconsciente, la somatización carece de un elemento simbólico asociativo.

La investigación psicosomática de Pierre Marty marca una ruptura respecto a la conceptualización realizada desde el psicoanálisis sobre los padecimientos psicosomáticos. Marty (1992) considera que el ser humano es psicosomático por definición, por lo que sólo puede pensarse desde un monismo que aspira a proporcionar una concepción integral del sujeto en la que psique y soma son indivisibles.

Para Pierre Marty la psicosomática constituye una disciplina que independiente que, aunque está enraizada en la teoría psicoanalítica, reafirma su autonomía al definir a los pacientes somáticos como su objeto particular de estudio, por lo que sus objetivos apuntan hacia la conceptualización de un funcionamiento psíquico específico de los pacientes con somatizaciones.

Lo anterior fue posible como resultado de la observación clínica de pacientes aquejados por somatizaciones, ejercicio en el que Marty y los investigadores del IPSO colocaron el acento sobre un aspecto novedoso en psicoanálisis: la mentalización de los pacientes somáticos, en contraste con la mentalización de pacientes neuróticos. De esta forma se concluye que, en pacientes somáticos es posible observar una mentalización disfuncional, semiología que Marty (1990a) define como *pensamiento operatorio*, a saber, un pensamiento consciente sin vínculos aparentes con una actividad fantasmática inconsciente. El pensamiento operatorio, resulta para la psicósomática de Marty, lo que la histeria es para la neurosis y el delirio para la psicosis (Smadja, 2009).

Desde la perspectiva de Marty, la vida humana se rige por dos principios fundamentales: las organizaciones y desorganizaciones funcionales. Las organizaciones son aquellos procesos evolutivos que se orientan hacia el completo desarrollo funcional de los sujetos; se construyen cronológicamente a partir del nacimiento y parten del registro somático hacia el registro psíquico, por lo que la mentalización constituye uno de los elementos finales del proceso organizativo evolutivo.

La organización funcional depende en gran medida de los instintos y pulsiones y de la excitación somática de la cual son representantes. Una correcta organización funcional implica una tramitación adecuada de la excitación proveniente del soma, tramitación que se realiza por un trabajo psíquico primordialmente. Retomando el dualismo pulsional, puede concluirse que la organización funcional opera por la influencia de los instintos y pulsiones de vida.

Las desorganizaciones, de igual forma, responden al influjo de las excitaciones provenientes del soma y a la capacidad de tramitación para las mismas. Como se ha revisado, la propuesta de Marty (1976 como se citó en Smadja 1998a) afirma que las excitaciones resultan variables tanto en intensidad como en cantidad. Cuando resultan demasiado intensas o aparecen en exceso pueden resultar insoportables para el sistema funcional que las recibe, lo

que conlleva a un movimiento contraevolutivo de desorganización de la función; esto recibe la definición de traumatismo.

La noción de traumatismo en Marty pone el acento sobre la capacidad destructiva y desorganizativa que el traumatismo es capaz de desencadenar. El impacto del traumatismo es evaluable de acuerdo a los intentos de tramitación de la excitación excesiva; el sistema funcional encargado, en primer término, es el aparato mental con un trabajo psíquico adaptativo de la excitación, no obstante, cuando el traumatismo resulta demasiado intenso por la cantidad e intensidad de excitaciones, el aparato mental se desorganiza y es el aparato somático el que esboza intentos de tramitación, lo que ya supone el advenimiento de una enfermedad somática, ya sea un padecimiento leve y reversible o una enfermedad grave y progresiva, lo cual dependerá del impacto traumático y la desorganización generada por el mismo.

Dentro del espectro de las somatizaciones, la propuesta teórica de Marty apunta a distinguir dos grandes clasificaciones, a saber, aquellos padecimientos somáticos leves y reversibles, por un lado, y por enfermedades somáticas graves, progresivas y en las que se compromete gravemente la vida del sujeto, por el otro.

Las somatizaciones leves pueden presentarse en forma de dolores de cabeza, asma, gastritis, por mencionar algunas; enfermedades no evolutivas, que no comprometen la vida del sujeto y que son reversibles después de un tiempo limitado de actividad. Su reversibilidad, de acuerdo con Marty (1996), radica en un mecanismo de fijación y regresión que opera de la siguiente forma: en los primeros tiempos del sujeto una función se halló en dificultades de tramitación de las excitaciones, razón por la cual queda fijada por una vulnerabilidad hacia la desorganización. Ante la actualización del traumatismo y la desorganización parcial del aparato mental se inicia un proceso de regresión, a saber, la enfermedad somática como tal, que retorna al punto de fijación. La aparición de una enfermedad regresiva y de carácter benigno constituye

un intento defensivo de reorganización de las funciones y de tramitación del traumatismo a nivel somático.

Las enfermedades graves son producto de un proceso desorganizativo y progresivo, que no encuentra intentos de reorganización de los sistemas funcionales a nivel psíquico pero tampoco a nivel somático. La destructividad desorganizativa avanza progresivamente. En *Les mouvements individuels de vie et de mort* Marty (1976, como se citó en Marty 1992), define a la desorganización progresiva como la destrucción de la energía libidinal de un sujeto, la cual opera a través de la desintrincación de la libido, es decir la separación de la misma de los objetos en los cuales se hallaba ligada. La destrucción de la energía libidinal es contraria a cualquier intento de conservación de la misma, por lo tanto implica un movimiento en el que se puede apreciar el influjo de los instintos y pulsiones de muerte.

El hallazgo clínico más significativo de la presencia de una desorganización que avanza progresivamente, impulsada por los instintos y las pulsiones de muerte, es constituido por lo que Marty describió como *depresión esencial*, la cual se define como una baja de tono vital experimentado por el sujeto, una depresión que remite a la esencia misma de la depresión, una depresión concreta, vacía y carente de objeto, que se manifiesta silenciosamente, por lo que difiere de otro tipo de depresiones.

Resulta pertinente advertir que cuando Marty habla de pulsiones de vida y pulsiones de muerte lo hace casi indistintamente refiriéndose a la misma dualidad con el sustantivo *instinto*, por lo que termina decantándose por la expresión *movimientos* de vida y de muerte, en el que engloba tanto a los instintos como a las pulsiones.

Ya se advertía al lector, al principio de este apartado, que la disciplina psicosomática ha extendido algunos conceptos teóricos del psicoanálisis: es el caso del concepto de pulsión. Recordemos que la noción de pulsión que retoma Marty recoge bastante influencia de una primera teoría de las pulsiones, donde la cualidad significativa consistía en términos

energéticos, a saber, la excitación proveniente del soma y los posibles traumatismos que el exceso de excitación puede desencadenar. La insistencia en la cualidad energética de las pulsiones resulta en un acercamiento a los sistemas evolutivos funcionales del sujeto, lo que acerca a la pulsión con los procesos evolutivos.

Es por ello que Marty postula como conceptos homólogos al instinto y a la pulsión pero con una salvedad: la distinción que establece entre ellos radica en el objeto al que toman por destino, mientras que los instintos tienen un objeto unívoco, las pulsiones mantienen la cualidad de labilidad del objeto.

Instintos y pulsiones pueden adscribirse ya sea a los movimientos de vida y a los movimientos de muerte y su filiación a determinado movimiento es relativa a la cualidad energética de las pulsiones, a saber, se define la cantidad e intensidad de las excitaciones recibidas por sistemas funcionales. Cuando las excitaciones son moderadas, poco intensas y encuentran trámite con facilidad se orientan a favor de los movimientos de vida, si, por el contrario, son excesivas e insoportables deviene un traumatismo desorganizativo que se orienta hacia los movimientos de muerte.

Por tanto, se concluye que la aparición de una enfermedad somática grave tiene lugar luego de un crónico proceso de desorganización progresiva y de destrucción paulatina de la energía libidinal cuyo corolario consiste en el advenimiento de una patología grave que, finalmente, consiga llevar al sujeto hacia el silencio de la muerte.

La psicósomática de Pierre Marty constituye la vanguardia en la consideración de las afecciones somáticas desde el psicoanálisis al incorporar en su elaboración teórica la implicación de las pulsiones de muerte en la semiología propia de pacientes que experimentan un movimiento contraevolutivo de desorganización que, de no encontrar freno puede desembocar en una enfermedad somática grave.

Es importante tener en cuenta la influencia que ejerció el trabajo de Marty y de los psicomatólogos del *IPSO* sobre el contexto psicoanalítico francés a mediados del siglo XX, por lo cual no resulta extraño que André Green reconozca el trabajo de Marty en la investigación de la patología psicosomática y el delineamiento de nociones fundamentales tales como la descripción del pensamiento operatorio, la desorganización progresiva y la depresión esencial; sin embargo, Green no adscribe totalmente al pensamiento de los psicomatólogos por lo que desarrolla la investigación en psicosomática de forma dialéctica, tomando algunas bases de Marty pero recorriendo un camino propio.

Como se ha discutido en la introducción del capítulo cuatro, el trabajo de André Green se caracteriza por una búsqueda constante de un psicoanálisis que logre plantear respuestas a las exigencias de la contemporaneidad, a saber, las manifestaciones clínicas que se instalan más allá de las neurosis y que por tanto han sido excluidas del campo del psicoanálisis ortodoxo, manifestaciones clínicas dentro de las que se encuentran las afecciones psicosomáticas. Para ello, Green insiste en una extensión del psicoanálisis que tenga el cuidado de seguir remitiendo a los conceptos fundamentales del psicoanálisis freudiano.

A partir del recorrido bibliográfico por la obra de Green se puede concluir que su trabajo se interesa por las estructuras fronterizas, las cuales son consideradas estructuras independientes de aquellas de las que constituye su fronteras, a saber, las neurosis por un lado y las psicosis, por el otro.

La frontera ocupa una posición de encrucijada, "... una plataforma de articulación desde la que puede intentar comprenderse mejor tanto la neurosis como la psicosis" (Green, 1990, p. 33). A pesar de reconocer la deuda con el pensamiento de Winnicott sobre los estados límite, Green desarrolla un concepto propio de *frontera* remitiéndose para ello al concepto de pulsión en la obra freudiana.

No han faltado las oportunidades de insistir en contemplar la naturaleza del concepto de pulsión tal como Freud la delineó, a saber, como un concepto fronterizo entre lo psíquico y lo somático. Siguiendo las características de la pulsión, el espacio fronterizo es móvil y fluctuante y opera, al igual que la pulsión, mediante un proceso de transformación de la energía pulsional en representaciones psíquicas, transformación en la que se involucra el proceso de simbolización.

Para poder delinear el marco de los estados fronterizos y situarlos en un plano independiente a las estructuras circundantes, Green se remite a la descripción clínica de los pacientes ubicados dentro de esta categoría. Postula la particularidad del afecto de los pacientes fronterizos como un elemento clínico de gran importancia.

Pensar el término de afecto en teoría psicoanalítica implica considerarle a la par del pensamiento freudiano: como una parte constitutiva de la pulsión. De lo anterior se deriva la noción de que el afecto es tan sólo la expresión cualitativa de las pulsiones, expresión cualitativa que se manifiesta en el plano de la conciencia. No obstante, las ideas de Green se extienden más allá de las freudianas.

Freud consideraba que afecto y representación, propiedades de las pulsiones, son distintas entre sí, a saber, el afecto es una suerte de descarga libidinal consciente mientras que las representaciones se inscriben en lo inconsciente, dejando huellas mnémicas las cuales no pueden ser dejadas por los afectos.

Por su parte, Green (1975) va a considerar que existe un representante-afecto de la pulsión que, por ser en parte representación, el afecto puede inscribirse en lo inconsciente. De esta forma, concluye Green, las representaciones inconscientes operan a nivel del discurso, mientras que los afectos inconscientes escapan al lenguaje y permanecen más cercanos a la esfera corporal.

El afecto, opina Green, se liga al objeto mediante un mecanismo de difusión, distinto al mecanismo de ligadura de las representaciones. La difusión afectiva puede ocasionar desbordes afectivos de la cadena de representaciones. Existen casos en que la difusión afectiva puede dominar el cuerpo entero y la vida psíquica en su conjunto (Green, 2005a).

La dimensión del afecto, señala Green, cobra relevancia en la clínica de pacientes fronterizos y en el despliegue del discurso de los mismos, que tiene la peculiaridad de presentar afectos y representaciones de manera difusa.

El discurso del paciente psicossomático se caracteriza por mostrar una pobreza en la vida fantasmática y una creciente pobreza afectiva, en la que el afecto es reducido a su mínima expresión. En consecuencia de lo anterior es que Green (1975), va a afirmar que la aparición de crisis somáticas puede intentar comprenderse, desde esta perspectiva, como un mecanismo similar a lo que puede denominarse *acting out* pero de los afectos.

Al reflexionar acerca del mecanismo psíquico de los estados fronterizos, Green propone a la escisión como el mecanismo clave a considerar en el campo de lo fronterizo. Con base a las referencias al *corpus* freudiano, puede consentirse que la escisión constituye un mecanismo psíquico elemental en el desarrollo “normal” de los sujetos, mecanismo que marca el nacimiento del yo, al separarse de la simbiosis materna, y facilitando la comunicación entre estados afectivos y el pensamiento (Freud, 1940a, 1940b).

Si bien la escisión resulta un proceso esperable, en el caso de los pacientes psicossomáticos se trata de una escisión radical que divide tanto al objeto interno del externo, por un lado y por otro, lo psíquico de su componente somático. Una escisión tan radical puede ocasionar la aparición de tormentas somáticas, a saber enfermedades orgánicas que pueden variar en su intensidad, acompañadas también de una notable disminución de la riqueza afectiva del sujeto (Green, 1994a).

Para comprender el mecanismo de escisión en los estados fronterizos resulta preciso comprender primero cómo es que Freud delineó el curso no patológico del mecanismo de escisión. A saber, Freud (1940a, 1940b), considera que para que esto suceda la función de simbolización debe actuar como un componente de sutura entre las partes escindidas. De lo anterior se desprende que la investigación en psicósomática, iniciando por Marty, continuando con Winnicott y finalmente con Green, ha logrado coincidir en el reconocimiento de una falla en el proceso de simbolización en el psiquismo de pacientes psicósomáticos. Sin la función unificadora de la simbolización, las partes segregadas se encuentran separadas entre sí, a saber, psique y soma se hallan desconectados sin que un proceso de simbolización permita vincularlos.

La escisión psicósomática produce una suerte de amputación del yo, mecanismo en el que quedan segregadas las pulsiones destructivas ahora desligadas.

Ante una falla en la simbolización, los fragmentos escindidos pasan por un proceso de segregación, proceso que puede pensarse en relación a la noción lacaniana de forclusión, distinto al mecanismo de represión de las psiconeurosis. En este caso, el retorno de aquello segregado, rechazado del universo de la simbolización, por ser esa su naturaleza, se vive como un retorno intrusivo, persecutorio y destructivo. El soma que ha quedado segregado tiende a retornar de forma intrusiva en la vida psíquica del sujeto (Green, 2014).

Lo anteriormente expuesto es evidencia para llegar a concluir que la particularidad del síntoma psicósomático, por un hecho de estructura, resulta opuesto al síntoma histérico. El síntoma psicósomático no responde a una naturaleza simbólica, por lo que su manifestación no implica la noción de cuerpo, el cual deviene una vez que el soma ha pasado por un proceso de simbolización, atravesado por las pulsiones. En este sentido, el síntoma psicósomático consiste en manifestaciones que operan al nivel del soma y que se encuentran cargadas de agresión, una agresión refinada, señala Green (1994a).

Un aspecto secundario del proceso de escisión es constituido por la dimensión depresiva. Al igual que Marty, Green señala que en la clínica de pacientes fronterizos es posible hallar entidades depresivas peculiares que se desvían de la sintomatología clásica de las depresiones neurótica o psicótica y que recibe el adjetivo *primario*.

La depresión primaria, muy cercana a la depresión esencial de Marty, es una depresión en la que se observa una falla en la ligadura pulsional, misma que impedirá que los síntomas depresivos estén asociados. En la depresión primaria se constatan escenarios donde el dolor psíquico permanece ausente (Green, 1994b).

La depresión primaria y la desligadura pulsional que la definen se entienden dentro de los fenómenos clínicos de la pulsión de muerte.

Nuevamente resulta preciso tener presente que, de acuerdo con la obra de Freud, el proceso de ligadura pulsional con los objetos es uno de los elementos característicos de las pulsiones de vida, mientras que el movimiento opuesto, a saber, la desligadura, sólo puede actuar en favor de las pulsiones de muerte.

Por ello mismo se hace patente el invitar al lector a recordar que se ha definido que la pulsión es únicamente accesible mediante sus representaciones y sus objetos. Al partir del anclaje somático, la pulsión conserva un aspecto de incognoscibilidad, por lo que resulta preciso enfocar las representaciones y los objetos para poder acceder a la naturaleza de las pulsiones.

Con base a estas consideraciones, Green (1984), busca ubicar las manifestaciones tempranas de la pulsión de muerte en la relación de la pulsión con los primeros objetos de amor, a saber, el pecho materno, objeto simbólico y metafórico que permite pensar la construcción de lo que representa el objeto materno.

De esta forma, un aspecto fundamental de la relación del sujeto con el objeto materno consiste en la pérdida del mismo y la respuesta del infante ante tal situación. Ante la pérdida

del objeto materno, la situación ideal sería marcada por el comienzo de un trabajo de duelo por el objeto, trabajo que facilitará la función objetalizante propia de las pulsiones de vida.

De lo anterior se desprende que ante la elaboración fallida del trabajo de duelo por parte del sujeto, lo que opera es una función desobjetalizante que es inherente a las pulsiones de muerte. La diferencia entre ambas situaciones depende en gran medida de la función mediadora que los cuidados maternos son capaces de brindar para el sujeto.

Mediante un análisis transferencial de la depresión primaria, y teniendo como referencia el trabajo de duelo en la pérdida del objeto materno que puede inclinarse hacia las pulsiones de vida o hacia las pulsiones de muerte, Green se ubica sobre la pista de lo que va a denominar como *complejo de la madre muerta*.

Desde ya se advierte al lector que al utilizar la expresión de “madre muerta” no se hace referencia a la muerte real de la madre, sino a la metáfora de una *imago* materna que, aunque presente, carece de vitalidad frente al sujeto. Esto ocurre cuando en los primeros tiempos del infante, la figura de la madre atraviesa por un estado depresivo que modifica la relación que el sujeto establece con el objeto primario, lo que representa un cambio brusco y mutativo del afecto materno hacia un núcleo frío y deprimido. Ante tal situación el sujeto se halla invadido por angustias catastróficas que a la vez provocan heridas narcisistas que llevan hacia una negativización del narcisismo, a saber, una suerte de omnipotencia negativa en la que el sujeto se asume a sí mismo como culpable de la brusca modificación del afecto materno (Green, 2012).

Cuando la madre se encuentra deprimida, el sujeto cuenta con escasos medios de elaboración de la angustia, por lo que se produce un proceso de desinvestidura pulsional del objeto materno, desligadura que se desarrolla a nivel afectivo y representacional, y al mismo tiempo, una identificación del yo con el objeto materno muerto.

Es de importancia considerar que la identificación para con la madre muerta suele permanecer inconsciente para el yo, por lo que resulta una identificación que se despliega en la clave de lo negativo. La identificación con el objeto materno resulta acompañada de lo que Green denominó como perversión del sentido, es decir que el objeto materno presenta un exceso de presencia, sólo posible a condición de su falta (Green, 1994b).

El exceso de presencia no genera representación del objeto materno, por lo que da cabida a actos extra representativos del mismo, dentro de los cuales están consideradas las somatizaciones.

A partir del análisis expuesto sobre la conceptualización en psicósomática realizada por Pierre Marty y André Green, la cual constituye el marco teórico del presente trabajo de tesina, resulta preciso examinarles en paralelo para poder decantar lo que representa uno de los objetivos principales perseguidos por este trabajo de investigación, a saber, la identificación de afinidades y divergencias en la teoría psicósomática de ambos autores, lo cual arrojará elementos de contraste y afinidad que permitirá el esbozo de un pensamiento psicósomático decantado dialécticamente de esta operación. Un pensamiento psicoanalítico sobre psicósomática que insista sobre los elementos reiterativos en ambos autores y logre reflexionar sobre las diferencias teóricas.

Es de relevancia notar que tanto la postura teórica de Marty como la de Green parten de la necesidad de llevar al psicoanálisis a terrenos poco explorados por la tradición ortodoxa en lo que se ha mantenido el psicoanálisis posterior a la muerte de Freud. El análisis de las psiconeurosis no alcanza a brindar los elementos necesarios para explicar el funcionamiento psíquico de los pacientes que presentan afecciones somáticas. La tradición psicoanalítica clásica considera a los pacientes con afecciones psicósomáticas poco aptos para el método de trabajo del psicoanálisis y para dar cabal cumplimiento a la regla fundamental del mismo, es decir, la asociación libre. La extensión del psicoanálisis aplica tanto a los conceptos teóricos

freudianos como a la modificación de la técnica, los objetivos que persigue la terapéutica y el encuadre de la situación analítica por parte del analista.

A pesar de coincidir en la necesidad de extensión del psicoanálisis, el camino por el que le conducen es, a saber, muy distinto entre ambos autores.

Pierre Marty considera que la formalización del funcionamiento psíquico de los pacientes psicósomáticos está fundamentado en la descripción freudiana de las neurosis actuales. Por otra parte, Green afirma que para poder comprender las estructuras fronterizas, dentro de las cuales se considera a la psicósomática, es necesario dejar de pensar desde el núcleo de las psiconeurosis. En su opinión las estructuras fronterizas son un campo móvil y fluctuante que, sin embargo, se encuentran más emparentadas con los mecanismo propios de las psicosis, razón por la que considera que las afecciones somáticas bien podrían ser consideradas como somatosis, en alusión a la estructura psicótica (Green, 2014).

Otro punto de acuerdo entre la teoría de ambos autores lo constituye la común aceptación de que, en el funcionamiento psíquico de los pacientes psicósomáticos, opera una falla simbólica estructural que influye sobre la calidad y cantidad tanto de las representaciones como de los afectos constitutivos de las pulsiones, de tal suerte que la simbolización deficiente, constituye uno de los elementos clínicos más significativos de pacientes psicósomáticos. No obstante, la falla de simbolización es conceptualizada en distintos niveles de profundidad en la teoría de Marty y de Green.

Por su parte, Marty (1992) desarrolla la noción de mentalización en torno a la elaboración psíquica del pensamiento y la calidad y cantidad de las representaciones que se presentan mayoritariamente dentro de dos grupos: representaciones de cosa y representaciones de palabra.

El derrotero que Green recorre es distinto y parte también desde un punto distinto, condiciones que le permiten puntualizar que la falla en la simbolización está directamente

relacionada con la radicalidad de la escisión en pacientes fronterizos. La simbolización opera como medio de sutura que permite ligar a los pensamientos mociones afectivas. En la clínica de lo fronterizo ha sido posible encontrar indicios de pérdida de la afectividad en el discurso, derivado de la falla en la simbolización.

Como resultado de la investigación bibliográfica es posible concluir que tanto Pierre Mary como André Green ubican la génesis de la falla en la simbolización característica de los pacientes psicossomáticos en los primeros tiempos del sujeto. La respuesta disfuncional o patológica expresada por una enfermedad somática o bien la adecuada tramitación simbólica del estímulo pulsional depende, en la teoría de ambos autores, en gran medida a la influencia decisiva de la función materna.

Para Marty, la función afectiva de la madre para con el niño funge como mediadora en la tramitación de las excitaciones provenientes del soma y que son recibidas por los sistemas funcionales implicados, por tanto, si la función materna no soporta afectivamente la demanda del infante, las funciones receptoras de las excitaciones pueden presentar sobrecarga, lo que llevaría a la función a desorganizarse y a generar futuras deficiencias en la mentalización del paciente, lo que implica una disminución en la cantidad y calidad de las representaciones.

Green coloca la importancia de la función materna en relación a la construcción de la *imago* de objeto materno, objeto que posteriormente deberá perderse. La función afectiva de la madre para con el hijo facilita el trabajo de duelo del infante por el objeto perdido, trabajo de duelo que, como se ha revisado (Green, 1984), promueve una función objetalizante que es propia de las pulsiones de vida, mientras que la interrupción afectiva de la madre para con el hijo genera interrupciones en el proceso de duelo, máxime cuando se produce el fenómeno clínico denominado por Green como *complejo de la madre muerta*, situación en la que el objeto materno se incorpora en un estado de negatividad en el que desembocan las pulsiones de muerte.

Lo anterior, a saber, la concurrencia teórica de ambos autores al señalar la importancia de la función materna en el posible curso patológico de la aparición de una enfermedad somática es recogida de la evidencia clínica arrojada por los psicomatólogos franceses y la clínica de los estados fronterizos desarrollada por Green. Es por la misma vía metodológica, es decir, la observación clínica, que ambos autores logran coincidir, nuevamente, en la ubicación de cuadros depresivos “peculiares” en la clínica con pacientes psicósomáticos.

Marty (1980, como se citó en Marty, 1992) es el primero en delinear las características clínicas de lo que terminará llamando “depresión esencial”, depresión que remite a la esencia misma de la depresión, que consiste en una baja global de tono vital y a la carencia de elementos fantasmáticos asociados.

Por su parte, Green elabora la noción de depresión primaria, que comparte las mismas características de la depresión esencial, a saber, se trata de una depresión atípica cuya más singular característica consiste en el silencio clínico en el que se desarrolla.

De lo anterior es posible concluir que los estados depresivos, llámese esencial o primario, son la evidencia de los movimientos destructivos de la pulsión de muerte, en una función de desligadura o destrucción de la energía libidinal, lo cual va en contra de los mecanismos de la pulsión de vida.

Un vínculo teórico común en la teoría de Marty y Green, de gran importancia para los propósitos de este trabajo, lo constituye la relevancia que la teoría de las pulsiones y, concretamente la pulsión de muerte cobra para la investigación en psicósomática, especialmente ante la aparición de enfermedades somáticas, máxime aquellas de carácter grave y progresivo.

Las referencias a la obra freudiana y la particular lectura que Marty, hizo de ésta lo llevaron a conceptualizar el término de “desorganización progresiva”, en el que se observa un deterioro traumático y progresivo de la organizaciones funcionales jerarquizadas,

desorganización que parte de la desorganización del aparato mental y que continua avanzando hasta llegar al estrato somático, en el que la aparición de una enfermedad grave es el desenlace de un movimiento contra evolutivo cuyo propósito es conducir al sujeto a la muerte.

Green, por su parte, teoriza el mismo movimiento destructivo a través de la función desobjetalizante de la pulsión de muerte, la cual consiste en la desligadura libidinal de las relaciones de objeto, que parten de la desligadura del objeto materno. Movimiento desobjetalizante propiciado por las pulsiones de muerte, que constituye el opuesto del movimiento objetalizante de las pulsiones de vida.

Si bien ambos autores conceden especial importancia a la destructividad originada por las pulsiones de muerte, en el desarrollo del presente trabajo fue posible identificar una diferencia sustancial en el manejo del concepto de pulsión, a saber, la distinción entre instinto y pulsión. Diferencia que se considera fundamental por estar referida al concepto de pulsión, con el cual se ha orientado la exposición de esta investigación, pero a su vez cobra relevancia cuando se reflexiona acerca de las consecuencias teóricas que dicha distinción suscita.

Marty considera a la pulsión desde su cualidad energética, implicada en la cantidad e intensidad de las excitaciones recibidas por el sistema funcional implicado, funciones que participan en una organización evolutiva. Por tanto, al estar involucrada en aspectos evolutivos, la distinción entre instinto y pulsión pierde consistencia, por lo que llega a postular la pulsión y el instinto como conceptos análogos, englobados con la noción de *movimiento* lo que determina la existencia de instintos y pulsiones de vida así como instintos y pulsiones de muerte (Marty, 1976, como se citó en Marty, 1992).

Por otra parte, Green (1990, 2014), en diversos espacios señala como la mayor crítica al edificio teórico de Marty el uso indistinto que este último hace entre estos dos conceptos. En la opinión de Green, a la que se adscribe esta conclusión, la utilización de la noción de instinto es contraria a la insistencia de Freud por la fidelidad en la utilización del término *trieb*, es decir,

pulsión, a diferencia del instinto, el cual es compartido por el reino animal. El uso indistinto de instinto y pulsión corre el riesgo de biologizar el pensamiento psicoanalítico, al concebir la pulsión tan cercana a los fundamentos evolutivos filogenéticos.

El enfrentamiento dialéctico al que se han sometido ambas posturas teóricas ha permitido, si bien localizar ciertas afinidades clínicas y conceptuales, ubicar también un punto crucial de divergencia ante cuyo hallazgo esta investigación de tesina se ha visto convocada a tomar una postura: una orientación hacia la conceptualización de instinto y pulsión como equivalentes o bien la distinción de pulsión alejado de cualquier referencia instintual. El asunto no resulta arbitrario, máxime cuando las implicaciones de una u otra postura repercuten directamente sobre el campo de la experiencia analítica en que se teoriza la psicósomática pero también en las consecuencias teóricas de su elaboración, los funcionamientos psíquicos delineados y la sintomatología propia de las patologías psicósomáticas.

Así pues, la posición teórica con que concluye este trabajo se orienta por una aceptación de la propuesta en psicósomática que ofrece André Gree, es decir, aquella que se inclina a pensar la psicósomática desde el concepto de pulsión en su fidelidad a la noción freudiana, alejada del instinto, pues dicha posición implica que la clínica psicoanalítica de pacientes psicósomáticos se desvincule radicalmente de la función del médico, función que Marty, a pesar del esfuerzo por independizar a la psicósomática como disciplina de estudio, reafirma indirectamente, al centrar su atención en aspectos cercanos al soma y a los sistemas funcionales evolutivos.

Se desarrollan, a continuación, una serie de argumentos que aspiran a exponer los motivos de la posición tomada a favor de la propuesta de André Green para pensar las patologías psicósomáticas. Se ha desarrollado ya un argumento que define una postura en torno a la gran diferencia teórica entre Marty y Green, es decir, el distinto empleo del concepto de pulsión; sin embargo resulta preciso pasar revista a las “sutiles diferencias”, es decir, a aquellos

puntos en común, resultado del hallazgo clínico de ambos autores, que se desarrollan por distintos derroteros teóricos para, de esta forma, argumentar los motivos de la toma de partido por la propuesta de Green.

Partimos del punto en común de la necesidad de expansión de las fronteras del psicoanálisis ortodoxo para dar cabida a la atención de pacientes psicósomáticos. Marty lleva su heterodoxia sólo hasta el punto de reivindicar el papel de las neurosis actuales, volviendo la atención sobre el soma real, no pasado por la simbolización; todo ello sin salir del terreno seguro de las neurosis. Por su parte, Green busca expandir la clínica de lo fronterizo más allá del núcleo de las neurosis, hacia los límites de la estructura psicótica y su frontera móvil. Su heterodoxia avanza más que la de Marty hacia el terreno de las psicosis, terreno no completamente explorado por Freud.

En segundo lugar ubicamos los datos arrojados de la casuística. La convergencia entre los fenómenos observados en la clínica de Marty y Green es resultado de una práctica clínica atenta y oportuna, que supo distinguir los puntos de inflexión particular en los pacientes psicósomáticos a pesar de que la elaboración teórica presenta algunas diferencias. Es así que la clínica con pacientes somáticos nos coloca frente a la evidencia de una disminución de la afectividad del discurso del paciente, una falla en el proceso de simbolización y, por último estados depresivos in-afectivos que transcurren en un silencio mortífero propio de la pulsión de muerte.

Incluso en estas “sutiles diferencias” se ha optado por aceptar la propuesta de Green frente al pensamiento psicósomático de Marty. En torno al papel del afecto, es Green el que coloca a este último en un papel fundamental en el funcionamiento psíquico psicósomático, mientras que Marty sólo piensa la pobreza afectiva del discurso por medio de las representaciones de cosa y de palabra ligadas al proceso de mentalización, que, nuevamente,

nos remite a una dimensión evolutiva biologizante. Green, por su parte, habla de una “escisión del afecto”, mecanismo que en sí mismo se asemeja al proceso de escisión psicótica.

La falla en la simbolización recae, en ambos, en los primeros tiempos del sujeto y el papel de la función materna. Mientras que Marty insiste en pensar una madre “real” que contribuye a posibilitar las condiciones para un desarrollo evolutivo funcional favorable, Green coloca el acento sobre la madre, no en tanto real sino en su dimensión de objeto primario, y a su posterior incorporación como *imago* materna, identificación que se inscribe en negativo en aquellos casos denominados dentro de la clasificación de *complejo de la madre muerta*.

Por último, toca turno al proceso depresivo descrito por ambos autores. La depresión esencial de Marty remite en su nombre a la “esencia misma” de la depresión, a saber, una baja de tono o de *quantum* energético que sigue siendo elaborada al nivel de los sistemas funcionales del organismo. La depresión primaria de Green toma su nombre del *objeto primario* representado por la *imago* materna y que remite, en los pacientes psicósomáticos, a la repetición de una depresión infantil y un proceso de duelo por un objeto materno que sigue presente pero en una polaridad negativa. El proceso depresivo, tanto esencial como primario, es una consecuencia del empuje de las pulsiones de muerte. No obstante, Marty lo adjudica a las dos entidades instinto-pulsión, que actúa mediante procesos desorganizativos a nivel de los sistemas funcionales. Para Green el empuje de la pulsión de muerte se caracteriza por desempeñar una función desobjetalizante y una escisión radical que puede desembocar en una enfermedad somática grave.

En conclusión, la revisión de la investigación de Pierre Marty y André Green en psicósomática reafirma la necesidad de orientar la elaboración teórica, pero también la práctica clínica de las afecciones psicósomáticas hacia formalizaciones que consideren la importancia fundamental de las pulsiones de muerte en el advenimiento de una somatización; cualidad que resulta apreciable en el análisis cuidadoso de las características del discurso del paciente

psicosomático, discurso que se halla marcado por la condición operatoria y la pobreza afectiva asociativa, cualidades que, como se ha estudiado, son desencadenadas por las pulsiones de muerte.

Quedará pendiente, para futuras investigaciones, seguir explorando propuestas teóricas contemporáneas que permitan arrojar mayor luz sobre el funcionamiento psíquico de los pacientes psicosomáticos, propuestas que deberán tomar en consideración la importancia de una clínica psicoanalítica centrada en el empuje pulsional destructivo presente en todo proceso de somatización, la sintomatología característica de estos procesos marcada por una depresión atípica y vacía, así como en la importancia de la función materna, factores que deberán ser ubicados para la adecuada dirección de una cura psicoanalítica con pacientes psicosomáticos.

Referencias

- Aisemberg E. (2012). Más allá de la representación de los afectos. En Aisemberg, E. (coord.) *El cuerpo en escena*. Buenos Aires: Lumen.
- Aisemberg, E., Agrest, B., Bichi, E., Devoto, T., Eckell, I., Gruemberg, N., Presas, A., & Stisman, A. (2012). El encuadre. En Aisemberg, E. (coord.) *El cuerpo en escena*. Buenos Aires: Lumen.
- Arbiser, S. (2000). Sobreadaptación e incidencia somática. *Psicoanálisis APdeBa*, Vol. XXII No. 1, 89-97. Recuperado de <http://biblioapdeba.no-ip.org/pgmedia/EDocs/2000-revista1-arbiser>
- Assoun, P. (1997). *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Aulagnier, P. (1986). Nacimiento de un cuerpo. Origen de una historia. En Hornstein, L., Aulagnier, P., Palento, M., Green, A., Rother, M., Bianvhi, H., ... Friszman, E. *Cuerpo. historia, interpretación. Piera Aulagnier: De lo originario al proyecto identificador*. Buenos Aires: Paidós.
- Bekei, M. (1991). Introducción. En Bekei, M., (comp.). *Lecturas de lo psicossomático*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Caparrós, N. (2008). *El proceso psicossomático. El ser humano en el paradigma de la complejidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Chemama, R. (1996). *Diccionario del psicoanálisis. Diccionario actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Chiozza, L. (1971). *El significado de la enfermedad*. Buenos Aires: Zorzal.
- Chiozza, L. (1975). *Cuerpo, afecto y lenguaje*. Buenos Aires: Zorzal.
- Chiozza, L. (1989). *Conceptos fundamentales*. Buenos Aires: Zorzal.
- Chiozza, L. (1993). *Fantasía inconsciente*. Buenos Aires: Zorzal.

- Chiozza, L. (1995). *La concepción psicoanalítica del cuerpo ¿psicosomática o directamente psicoanálisis?*. Buenos Aires: Zorzal.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Ecoe ediciones.
- Corres, P. (2011). *Razón y experiencia en la psicología*. México: Fontamara.
- Cristoforis de, O. (2006). *Cuerpo, vínculo y lenguaje*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- D'Alvia, R. (2005). Realidades - Traumas - Cuerpos. En López, M., López, O., Maladesky A. (comps.). *Psicosomática: Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- David, D., De M'Uzan, M., Marty, P. (2013). *La investigación psicosomática. Siete observaciones clínicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Dessal, G. (2011). Psicoanálisis y medicina. Apuntes sobre una biopolítica del cuerpo. En Cors, R., Gavlosky, J. (comps). *El cuerpo en psicoanálisis*. Caracas: Pomair.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Duparc, F. (1999). *André Green. Vida y pensamiento psicoanalítico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Eidelsztein, A. (2008). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan Vol. 1*. Buenos Aires: Letra viva.
- Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Fain, M., Marty, P. (1964). Perspectiva psicosomática sobre la función de las fantasías. En Tenorio, M. (comp.). *Pierre Marty y la psicosomática*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernández, R. (2002). *El psicoanálisis y lo psicosomático*. Madrid: Síntesis.
- Foucault, M. (2011). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada*. México: Siglo XXI.

- Freud, S. (1894). *Las psiconeurosis de defensa*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895). *Proyecto de psicología*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1910). *La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1911). *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1933). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1940a). *Esquema del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1940b). *La escisión del yo en el proceso defensivo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuente de la, R. (1959). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fuentes, A. (2016). *El misterio del cuerpo hablante*. Barcelona: Gedisa.
- Green, A. (1975). *La concepción psicoanalítica del afecto*. México: Siglo XXI.
- Green, A. (1984). Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante. En Green, A., Ikonen, P., Laplanche, J., Rechart, E., Segal, H., Widlöcher, D., Yorke, C. *La Pulsión de muerte: Primer simposio de la federación europea de psicoanálisis*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Green, A. (1990). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Aspectos fundamentales de la locura privada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1991). Respuestas a preguntas inconcebibles. En Hornstein, L., Aulagnier, P., Palento, M., Green, A., Rother, M., Bianvhi, H., ... Friszman, En *Cuerpo. historia,*

- interpretación. Piera Aulagnier: De lo originario al proyecto identificador.* Buenos Aires: Paidós.
- Green, A. (1994a). *De locuras privadas.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1994b). *El trabajo de lo negativo.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2005a). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2005b). Teoría. En López, M., López, O., Maladesky A. (comps.). *Psicosomática: Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI.* Buenos Aires: Lugar editorial.
- Green, A. (2012). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2014) *¿Por qué las pulsiones de destrucción o de muerte?.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Herrera, E., Serrano, V. (coords.). (1997). *Aportaciones a la medicina psicosomática.* Málaga: Universidad de Málaga.
- Kamieniecki, H. (1996). Consideraciones históricas. En Marty, P. *La psicosomática del adulto.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Klotz, J. (2011). *El psicoanálisis, práctica de un cuerpo.* En Cors, R., Gavlosky, J. (comps). *El cuerpo en psicoanálisis.* Caracas: Pomaire.
- Korovsky, E. (1990). *Psicosomática psicoanalítica.* Montevideo: Roca viva.
- Lacan, J. (2008). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 17. El reverso del psicoanálisis.* Buenos Aires: Paidós.
- Lang, H. (1998). *El cuerpo como instrumento y objeto.* En Rovaletti, M. (ed.). *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual.* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis.* Buenos Aires: Paidós.

- Lartigue, T. (2006). *El cuerpo y el psicoanálisis*. México: Editores Mexicanos Unidos.
- La Sagna, C. (1996) *Lesiones sensibles a la palabra*. En Gorali, V. (coord.). *Psicoanálisis y medicina. Dolencias hacia el síntoma*. Buenos Aires: Atuel.
- Leivi, M. (2010). El inconsciente y el cuerpo. *Psicoanálisis ApdeBa*, Vol. XXXII N° 2/3, 325-335. Recuperado de <https://www.psicoanalisisapdeba.org/descriptores/inconsciente/el-inconsciente-y-el-cuerpo/>
- León de, R. (2006). Cuerpo, pensamiento operatorio y afectos. En Lartigue, T. (coord). *El cuerpo y el psicoanálisis*. México: Editores Mexicanos Unidos.
- Lolas, F. (1995). *La perspectiva psicosomática en medicina*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- López, S. (2011). Las primeras explicaciones de lo psicosomático en México. *Mundo Siglo XXI. Revista del CIECAS-IPN*, No. 25, Vol. 7, 65-78. Recuperado de <https://www.mundsigloxxi.ipn.mx/pdf/v07/25/06.pdf>
- López, S. (2006). *La construcción de lo corporal y la salud emocional*. México: Los Reyes.
- Lutemberg, J. (2005). La creatividad negativa (Una perturbación del pensamiento de los pacientes psicosomáticos). En López, M., López, O., Maladesky A. (comps.). *Psicosomática: Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Marty, P. (1990a). Génesis de las enfermedades graves y criterios de gravedad en psicosomática. En Tenorio, M. (comp.). *Pierre Marty y la psicosomática*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marty, P. (1990b). Psicosomática y psicoanálisis. En Tenorio, M. (comp.). *Pierre Marty y la psicosomática*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marty, P. (1991a). Depresión esencial y enfermedades somáticas graves. En Tenorio, M. (comp.). *Pierre Marty y la psicosomática*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Marty, P. (1991b). Mentalización y psicósomática. En Tenorio, M. (comp.). *Pierre Marty y la psicósomática*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marty, P. (1996). Puntos de fijación somática, paralización de las desorganizaciones. En Bekei, M. (comp.) *Lecturas de lo psicósomático*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Marucco, N. (2005). Cuerpo, duelo y representación en el campo psicoanalítico. Algunas reflexiones acerca de “La psicósomática hoy”. En López, M., López, O., Maladesky A. (comps.). *Psicósomática: Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- McDougall, J. (1991). Un cuerpo para dos. En Bekei, M. (comp.). *Lecturas de lo psicósomático*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Miller, J. A. (2002). *Biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Colección Diva.
- Miller, J. A. (2012). *Embrollos del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Musachi, G. (2011). Cuerpo sutil. En Cors, R., Gavlosky, J. (comps). *El cuerpo en psicoanálisis*. Caracas: Pomaire.
- Muskin, P. R. (2007). Psychosomatic Medicine. *American Journal of Psychiatry*, 141-165. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07101619.
- Nasio, J. (2006). *Los gritos del cuerpo*. Buenos Aires. Paidós.
- Pankow, G. (1972). Imagen del cuerpo y medicina psicósomática. En Bekei, M. (comp.). *Lecturas de lo psicósomático*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Parat, C. (1993). El trabajo habitual del psicomatólogo. En Tenorio, M. (comp.). *Pierre Marty y la psicósomática*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Pelento, M. (1991). Duelo y trastornos psicósomáticos (La niña de la pregunta sobre los ovnis). En Hornstein, L., Aulagnier, P., Palento, M., Green, A., Rother, M., Bianvhi,

- H., ... Friszman, E. *Cuerpo. historia, interpretación. Piera Aulagnier: De lo originario al proyecto identificador*. Buenos Aires: Paidós.
- Peskin, L. (2005). Una perspectiva teórico-clínica psicoanalítica del abordaje psicosomático en nuestros días. En López, M., López, O., Maladesky A. (comps.). *Psicosomática: Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Rappoport, E. (2002). Revisión crítica de las teorías y los abordajes de los estados psicosomáticos. En López, M., López, O., Maladesky, A. (comps.). *Psicosomática: Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Ríos, C. (2004). *Relación entre psicosomática y psicosis. Una investigación clínica desde el psicoanálisis*. (Tesis de maestría). Recuperado de https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/MIG94MPSNRPP22XI9KABM98UHYAGBJNK96RH5VAUR4N1IA85VV-49150?func=find-b&local_base=TES01&request=relacion+entre+psicosomatica+y+psicosis&find_code=WRD&adjacent=N&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=
- Roudinesco, E. & Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Rovaletti, M. (1998). *La objetivación del cuerpo o el cuerpo como simulacro biológico*. En Rovaletti, M. (ed.). *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sami-Ali, M. (1991). *Pensar lo somático. Imaginario y patología*. Buenos Aires: Paidós.
- Sanen, A. (2013). La clínica: desaparición de un quehacer. *Revista de psicología y humanidades epsys*, parr. 1-19. Recuperado de <http://www.eepsys.com/es/la-clinica-desaparicion-de-quehacer/>

- Silvestre, D. (1987). Acerca del estatuto de cuerpo en psicoanálisis. En Gorali, V. (Comp.). *Estudios de psicósomática Vol. 3*. Buenos Aires, Argentina: Atuel-Cap.
- Smadja, C. (1998a). El concepto de pulsión: estudio comparativo entre Freud y Marty. En Tenorio, M. (comp.). *Pierre Marty y la psicósomática*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Smadja, C. (1998b). El modelo psicósomático de Pierre Marty. En Tenorio, M. (comp.). *Pierre Marty y la psicósomática*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Smadja, C. (1998c). Pierre Marty. Una breve historia de su obra. En Tenorio, M. (comp.). *Pierre Marty y la psicósomática*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Smadja, C. (2009). *Los modelos psicoanalíticos de la psicósomática*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Soler, C. (2013). *El en-cuerpo del sujeto*. Bogotá: G.G. ediciones.
- Soler, C. (1996) Descartes con Freud. En Gorali, V (comp.). *Psicoanálisis y medicina. Dolencias hacia el síntoma*. Buenos Aires: Atuel.
- Sousa de, S. (2016). *Implicaciones de la pulsión de muerte en psicósomática : la paradoja autodestructividad / supervivencia psíquica*. (Tesis doctoral). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/36050/1/T36901.pdf>
- Stisman, A. (2012). El encuadre y la presencia del analista como neutralizante de la pulsión de muerte. En Aisemberg, E. (coord.) *El cuerpo en escena*. Buenos Aires: Lumen.
- Tuber, J. (2006). El lugar del cuerpo en la teoría psicoanalítica. En Lartigue, T. (Coord.). *El cuerpo y el psicoanálisis*. México: Editores Mexicanos Unidos.
- Ulnik, J. (2000). Psicósomática, anatomía y metáfora. *Revista Portuguesa de Psicósomática*, Vol. 2, Núm. 2, 87-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720209>
- Uriarte, J. (2009). *El asma bronquial como construcción de vida*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de

https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/MIG94MPSNRPP22XI9KABM98UHYAGBJNK96RH5V AUR4N1IA85VV-44654?func=find-b&local_base=TES01&request=el+asma+bronquial+como+construcci%C3%B3n&find_code=WRD&adjacent=N&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=

Uribe, M. (2006). Modelos conceptuales en medicina psicosomática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXXV, 7-19. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615417002.pdf>.

Winnicott, D. W. (1964). *Aspectos positivos y negativos de la enfermedad psicosomática*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. W. (1982). La enfermedad psico-somática en sus aspectos positivos y negativos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 61, 1-15. Recuperado de <https://www.apuruguay.org/apurevista/1980/1688724719826102.pdf>.