



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

De lo psíquico y lo somático.

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

Jonathan Jesus Silva Vilchis

Directora: Dra. Laura Palomino Garibay

Dictaminadores: Dr. Carlos Olivier Toledo

Lic. Gerardo Vargas Ibáñez

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2017





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 mi mamá, como forma de agradecimiento
por ser la persona que me dio la vida y quien me permitió
llegar hasta este momento tan importante
de mi existencia... sin ti nada de esto hubiera sido posible.*

*A mi hermano, la persona más fuerte que conozco,
como muestra de que nosotros mismos
forjamos nuestro destino
no las circunstancias...siempre de pie hermano.*

*Por último como forma de respeto y despedida
a esa parte de mí que se queda atrás
en este viaje llamado vida, una vez alguien nos dijo
que la vida es un sueño dentro de un sueño,
ahora te digo que tu sueño termina
y comienza uno nuevo.*

Agradecimientos.

A esas personas que me han apoyado desde hace mucho tiempo y que no titubearon en hacerlo hasta el día de hoy.

Quiero agradecer de forma especial a la Sra. A, gracias por tu apoyo, consejos y sobre todo por tu infinito amor, lo cual me permitió concluir este proceso de manera exitosa para poder seguir con un nuevo capítulo en mi historia.

Gracias Sr. A por tu guía y ejemplo, sería difícil poner en palabras todo lo que he aprendido de ti y lo que me has mostrado de esta vida, desde que te conozco has estado en los momentos claves de mi existencia mostrándome la verdadera naturaleza de las cosas, siempre que me necesites estaré para apoyarte.

Sr. B quiero que sepas que estoy muy agradecido contigo por enseñarme lo que es la fortaleza y el valor, durante este proceso necesite mucho de eso, quizá no lo sepas pero tú fuiste y eres una de mis mas grandes fuentes internas de fuerza y valor.

Sr. E te agradezco por haberme ayudado y acompañado durante este proceso, sobre todo por tu inagotable paciencia y tu infaltable apoyo, si alguien sabe los momentos difíciles por los que pase durante esto eres tú, nunca olvidare tu ayuda.

Sr. S tu me enseñaste algo que nadie más me había enseñado y me brindaste la oportunidad que me permitió seguir adelante, prometo que no será en vano, tu recuerdo siempre estará en mi...infinitas gracias.

A mis profesores.

Dra. Palomino gracias por su conocimiento, su confianza y su inalcanzable ayuda, estos fueron aspectos que me brindaron lucidez y perspectiva para poder realizar mi proceso de titulación, siempre le estaré agradecido.

Dr. Olivier le agradezco la ayuda que me brindo al inicio de la elaboración de este trabajo, su desinteresado y honesto apoyo me permitieron despegar en este proyecto.

Prof. Gerardo de igual forma le agradezco que me ayudara con algunos consejos acerca de la teoría freudiana y sobre todo por sus comentarios respecto a este trabajo.

A todos/as aquellos/as que en algún momento se cruzaron conmigo a lo largo de este proceso que comenzó desde que entre a la prepa y comencé a formar parte de la UNAM en aquel lejano 2006.

Les agradezco todos los momentos que pase con todos/as y cada uno/a de ustedes, sería complicado mencionar cada nombre, cada uno/a de ustedes sabe en qué forma y en qué momento me apoyaron y compartieron algo de su existencia conmigo.

Para finalizar con estos agradecimientos ahora me dirijo a mis amigos/as más cercanos/as. Amigos/as no necesito nombrarlos/las, cada uno/a de ustedes sabe que no solo son mis amigos/as, son mis compañeros/as en esta vida, cuando ustedes gusten aquí estará su gran amigo Jonathan.

INDICE.

Introducción	1
1.- Bases de la teoría psicoanalítica.	9
1.1 Freud neurólogo.	10
1.2 Estudios sobre la histeria.	12
1.3 Psicoanálisis una nueva psicología.	16
1.4 Segunda tópica.	27
1.5 Entre lo biológico y lo psíquico.	29
1.5.1 Histeria de conversión.	30
1.5.2 Neurosis de angustia.	44
2.- Groddeck y Reich: nuevas visiones sobre lo orgánico.....	51
2.1 Georg Groddeck.	52
2.2 Wilhelm Reich.	58
3.- La psicósomática.	64
3.1 Historia.	64
3.2 Problemas teóricos.	73
4. Pierre Marty: una propuesta sobre lo psicósomático.	83
4.1 Presentación del autor.	83
4.2 Aportaciones y límites.	84
4.2 Conceptos de Marty sobre psicósomática derivados de la teoría Freudiana: un análisis.	91
Conclusiones.	100
Bibliografía	103

INTRODUCCIÓN.

La psicología es una ciencia que tiene un rango muy amplio cuando se habla de las diferentes perspectivas que la componen (teorías, corrientes, enfoques, etc.) y las distintas áreas en las que se aplican sus postulados, estas áreas van desde la relacionada con la educación; la organizacional; el deporte o la parte clínica, por mencionar algunas. De igual manera al ser la psicología una ciencia que trata sobre el ser humano algunos de sus componentes tienen que ver con lo social, lo cultural y hasta podría decirse que también con lo existencial; pero, por otra parte responde a problemáticas de salud, tanto en la parte psicológica y en algunos casos en la parte orgánica. Esto puede verse reflejado en el hecho de que la carrera de psicología se encuentra dentro del mismo grupo de carreras que la UNAM agrupa dentro del área II que es la de ciencias biológicas y de la salud, por eso se encuentra junto a carreras como medicina, odontología o enfermería. Aun con esto una parte del contenido revisado dentro de la carrera de psicología en la Fes Iztacala es de corte social, llegando a existir materias como Teoría de las ciencias sociales y Psicología social teórica. Dentro de este panorama es donde los alumnos se forman y poco a poco van inclinándose por cierta teoría y alguna área específica de aplicación de la psicología.

Retomando el área clínica, esta tiene que ver con el tratamiento de problemas psicológicos que presentan las personas; sin embargo decir eso no es totalmente correcto, cada teoría y enfoque dentro de la psicología tiene su propio marco teórico y conceptual, por ejemplo, desde el conductismo se habla de problemas de la conducta, mientras que desde otra teoría como el psicoanálisis se habla de conflictos inconscientes. Siguiendo con el área clínica y enlazándolo con lo mencionado anteriormente, en cuanto a que la psicología roza con otras ciencias de la salud, es muy minúscula la distancia que se da entre el tratar problemas psicológicos y enfermedades orgánicas, esto debido a que en realidad los dos tipos de problemas encuentra su conjunción en un mismo lugar, el ser humano. De esta forma no es extraño que a mayor o menor medida el marco teórico, conceptual y metodológico de algunas teorías psicológicas, pueda ser utilizado para abordar lo relacionado con las enfermedades orgánicas.

Por ejemplo, el conductismo cuenta con enfoques que atienden la problemática de las enfermedades orgánicas, desde aquí se habla de que el medio influye en la persona para que realice conductas que tienen que ver con el desarrollo de sus enfermedades, con el mejoramiento de su condición como enfermo o con su adherencia al tratamiento. Una corriente que surge a partir del conductismo es la psicología de la salud, esta surge en un momento en que ya existía el modelo biopsicosocial y es en este punto cuando se establece formalmente (Ballester 1998).

Amigo (2012) menciona que eso coincidió con la propuesta de finales de los sesenta, de considerar a la psicología como una profesión enfocada a la sanidad, esto se debió a que se comenzó a considerar a la conducta como algo importante para el origen y evolución de las enfermedades. Este mismo autor propone que la emergencia de la psicología de la salud fue impulsada por el aumento de la preocupación de los trastornos crónico degenerativos, ligados a los estilos de vida de las sociedades industrializadas, otra razón es porque las personas al padecer estos trastornos por largo tiempo se ven obligados a cambiar su estilo de vida, tener nuevos hábitos o mantener adherencia a los tratamientos. En cuanto a cómo se define la psicología de la salud, una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por Matarazzo.

La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud. (Matarazzo, en Bellester, 1998, p.57)

A partir de esta definición se puede ver como la psicología de la salud incluso llega a atender cuestiones como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y lo relacionado al sistema sanitario como tal, esto debido a que se maneja la idea de que al existir un buen sistema sanitario se puede influir directamente en el estilo de vida de las personas.

Por otro lado el psicoanálisis también llega a abordar algunos aspectos más cercanos a lo orgánico en ciertas enfermedades, la historia de esta teoría se

encuentra muy relacionada con la medicina, su creador y máximo exponente, Sigmund Freud, era médico neurólogo y sus primeros trabajos tienen el sello de la neurología, posteriormente él se centraría totalmente en el psicoanálisis abandonando su antigua formación; a pesar de esto, es importante recordar que el psicoanálisis surgió como alternativa ante las explicaciones que se tenían en ese entonces sobre las enfermedades denominadas nerviosas, dentro de las cuales la histeria era considerada como la máxima neurosis.

Posterior a Freud diversos autores al utilizar la construcción teórica del psiquismo inconsciente y los procesos de dicho psiquismo para explicar las enfermedades orgánicas fueron conformando la psicósomática basada en la teoría freudiana. Como explica Chiozza (2005) la mayoría de los autores que se ocupan de la psicósomática se basan, ya sea de forma explícita o implícita, en los postulados del paralelismo psicofísico, pero quienes intentan teorizar sobre la psicósomática basada en el psicoanálisis insertan dentro de lo anteriormente explicado al psiquismo inconsciente, de esta forma se introduce la idea de la psicogénesis de algunos trastornos somáticos. Si bien Freud no es considerado el creador de la psicósomática, si se puede hablar de él como un facilitador, sus ideas y conceptos son precursores de las concepciones psicósomáticas que se desarrollaron después, sobre todo sus nociones de histeria de conversión y neurosis de angustia.

El término psicósomática apareció por primera vez en 1818, fue acuñado por August Heinroth y posteriormente fue objeto de variaciones, llegándose a usar los términos, somato-síquico, psicofísico o psicomedico (Gorali, s.f.). Freud llegó a utilizar precisamente el término psicofísico y aunque reconocía la influencia del psiquismo inconsciente en los procesos somáticos, siempre mantuvo una posición reservada; a pesar de esto, en algunos de sus textos prepsicoanalíticos se encuentran explicaciones que parecen muy de estilo psicósomático, por ejemplo, *Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico* de 1886, *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)* de 1890 o *Un caso de curación por hipnosis* del año 1892. Esto responde a que la producción teórica prepsicoanalítica de Freud y las primeras etapas del psicoanálisis estaban centradas en descubrir la etiología de la histeria y su proceso como enfermedad, de este trabajo surgió la noción de histeria de conversión, que es considerado el primer modelo sobre procesos psicósomáticos retomado de Freud. El segundo modelo es el de la

neurosis de angustia, esta neurosis se cataloga dentro de las neurosis actuales junto con la neurastenia.

De esta forma a partir de las ideas propuestas por Freud se desprendieron distintas líneas de abordaje de los procesos psicosomáticos. Al haber sido únicamente, a través de su teoría, un facilitador del abordaje de estos procesos, los autores posteriores se vieron obligados a construir sus propias propuestas. Estas distintas líneas se basan a mayor o menor medida en los conceptos Freudianos, pero al ser la psicosomática algo desarrollado después de Freud, también existen perspectivas enriquecidas y basadas por postulados por ejemplo lacanianos. Todo esto trae consigo una dificultad a la hora de delimitar el campo de acción de la psicosomática o incluso su objeto de estudio, de hecho distintos autores defienden que solo algunos procesos psicosomáticos se pueden considerar como enfermedades psicosomáticas. Por otra parte al psicoanálisis estar ligado a la medicina desde sus inicios, el campo de acción de cada una de estas dos disciplinas en cuanto al abordaje del psiquismo humano se ha tratado de delimitar, en algunos textos Freud habla sobre el tema, por ejemplo en *Sobre el psicoanálisis "silvestre"* o *¿Pueden los legos ejercer el análisis?*. Esta problemática fue heredada por la psicosomática desprendida del psicoanálisis, trayendo problemas respecto de a que disciplina le concierne abordar la cuestión de la relación entre psique y soma.

Uno de los autores que construyó su propuesta en psicosomática desde bases psicoanalíticas fue Pierre Marty, quien fundó la Escuela Psicosomática de París y llevo a cabo toda una teorización sobre aspectos psicosomáticos, abarcando desde el ámbito de la investigación hasta el del tratamiento. Este autor propuso que el funcionamiento del ser humano en si es psicosomático, es por eso que él prefiere usar el término desorden somático, al de enfermedades psicosomáticas. Basándose en algunos conceptos freudianos como fijación, regresión o pulsión, entre otros, Marty creó toda su obra teórica que se extiende a través de más de 30 años.

Teniendo en consideración las problemáticas teóricas generadas por el hecho de que existen diversas perspectivas dentro de la psicosomática basada en el psicoanálisis y recuperando a Marty como un autor con una extensa obra dentro de dichas perspectivas, con trabajos usados como punto de partida por muchos otros autores. Se decidió conocer más a fondo su propuesta teórica, para entender como

basándose en algunas ideas Freudianas aborda la relación entre psique y soma, es así que la pregunta de investigación del presente trabajo fue: ¿Cuáles son los conceptos de Marty sobre psicósomática derivados de la teoría freudiana?

El realizar una presentación y análisis teórico de algunos conceptos de Marty en cuanto a los procesos psicósomáticos derivados de la teoría psicoanalítica, ayudó a esclarecer y ubicar de mejor forma lo que esta propuesta plantea. Esto a su vez podría contribuir a posicionar de manera más entendible la propuesta teórica de este autor, dentro de otros sectores que se interesen por estas cuestiones, por ejemplo, los grupos adeptos a otras teorías psicológicas o los profesionales de otras disciplinas de la salud, como la medicina; la enfermería; la odontología, etc.

De esta forma el objetivo principal del presente trabajo radica en exponer y analizar algunos conceptos de Marty sobre psicósomática derivados de la teoría freudiana.

Para poder cumplir el objetivo de este trabajo de una forma más fructífera fue necesario hacer un recorrido desde de la teoría psicoanalítica freudiana en general, haciendo especial énfasis en las nociones de histeria de conversión y neurosis de angustia; pasando por Groddeck y Reich como autores contemporáneos a Freud que se comenzaron a interesar por las enfermedades orgánicas; esbozando una breve historia de la psicósomática basada en el psicoanálisis y las problemáticas teóricas antes mencionadas; para finalmente llegar a la propuesta de Pierre Marty y algunos de sus conceptos que tienen su base en conceptos freudianos.

En el primer capítulo se realizó una descripción e historización de la teoría psicoanalítica, hablando de la formación de Freud, sus experiencias con otros autores y la creación del psicoanálisis. En esta misma línea se describieron a las neurosis que presentaban síntomas somáticos dentro de la teoría freudiana y se habló sobre su historia, la histeria de conversión y la neurosis de angustia. A partir de lo anterior en este capítulo se pudo notar la capacidad abarcativa que tiene el psicoanálisis como teoría psicológica y el hecho de que los conceptos freudianos de histeria de conversión y neurosis de angustia fueron facilitadores y bases del posterior desarrollo de la psicósomática

En el segundo capítulo se abordó a Georg Groddeck y Wilhelm Reich como autores ubicados entre el psicoanálisis y nuevas visiones más cercanas a la psicósomática, ya que ellos se interesaban por las enfermedades orgánicas. En este capítulo se encontró que Groddeck tuvo influencia en Freud en cuanto al concepto de Ello, Reich por otro lado no tuvo gran influencia en Freud. De igual forma se encontró que algunas de las ideas de estos autores se comenzaron a alejar del psicoanálisis, siendo extendidas hacia las enfermedades orgánicas, Groddeck trabajo a partir del concepto de histeria de conversión y Reich desde el concepto de neurosis de angustia. También se pudieron constatar las diferencias que tuvieron con la sociedad psicoanalítica de esa época debido a sus innovadoras ideas, ellos ya no pertenecían al psicoanálisis como tal pero la psicósomática todavía no tenía el desarrollo que tiene ahora, por eso se retomo a estos autores como pioneros en extender algunos postulados psicoanalíticos hacia otros caminos.

El tercer capítulo trato sobre la historia de la psicósomática y algunas escuelas y autores que se desprendieron del psicoanálisis para realizar sus propias propuestas, generando de forma indirecta e inintencionada algunos problemas teóricos, problemas que son precisamente de donde surge la idea de la realización de este trabajo. Aquí se encontró que existe una gran variedad de autores y perspectivas, cada una conceptualiza a la psicósomática de diferente forma y se basa en diferentes conceptos freudianos e incluso en algunos postulados postfreudianos de corte más lacaniano. Todo esto dio para pensar que es difícil acotar a todos estos autores dentro de parámetros teóricos más generales y para cuestionar si la psicósomática sigue siendo o no psicoanálisis.

En el cuarto y último capítulo se decidió abordar a Pierre Marty, quien es uno de los autores que se encuentran dentro de las distintas perspectivas en psicósomática basadas en la teoría psicoanalítica, específicamente algunos de sus conceptos como regresión, fijación, defensa o pulsión. Aquí se encontró que la propuesta de Marty sobre psicósomática, se basa en gran medida en el concepto de neurosis de angustia propuesto por Freud, también el cómo este autor llevo a un distinto desarrollo algunos conceptos freudianos enfocándolos a la psicósomática, se pudo ver como su propuesta en algunas partes se aleja del psicoanálisis llegando a poner más énfasis en aspectos somáticos o biológicos.

A partir de toda la literatura revisada fue posible concluir que la gran obra maestra de Freud, si bien no estuvo enfocada a lo psicosomático, desde un principio se encontró en el ojo del huracán de ese asunto, con su creador siempre cauteloso ante esta situación pero sabedor de la influencia del inconsciente sobre lo somático, siempre trato de enfocarse en lo psíquico y por así decirlo de no contaminar su creación con esa mística que recriminaba a Groddeck, incluso también llevo a comentar a autores como Jelliffe o Weizsacker que sus ideas eran el futuro y que él solamente había preparado el terreno. Freud en un principio fue cuestionador, lo que le permitió pensar de forma innovadora a como se hacía en su tiempo, entonces aquí se puede concluir que Freud no fue el creador de la psicosomática pero si fue un facilitador, facilito su surgimiento y establecimiento. Esto trajo consigo todo un espectro de perspectivas en este ámbito, nunca hay que perder de vista que cada una tiene sus aportaciones y ninguna es menos valiosa que la otra, simplemente responden a distintas formas de abordaje de la relación entre lo psíquico y lo somático, la preferencia por una u otra línea debe estar en conjunción con un comprometido trabajo multidisciplinario

Retomando los postulados psicoanalíticos se comenzaron a desarrollar diversas perspectivas sobre psicosomática basadas en esta teoría, es dentro de este abanico de opciones donde se encuentra la obra de Marty, fue a partir de una revisión más profunda de su obra que se pudo constatar su base freudiana y la complejidad de sus postulados, el nuevo uso que este psicosomatologo hizo de los conceptos freudianos renovó la forma de ver la psicosomática de cómo se entendía hasta ese momento, llegando incluso a renovar la forma en cómo se comprendía a los pacientes que se acercaban a los tratamientos analíticos, él mismo puntualizo que los enfermos psicosomáticos no pueden concebirse de la misma forma que los neuróticos. Es debido a estas cosas, entre otras, que su propuesta teórica es bastante aceptada por otros autores en psicosomática, claro que como todas las otras propuestas tiene limitaciones y existen expertos que tienen sus reservas, pero es una propuesta que sigue vigente y que brinda las herramientas necesarias (tanto teóricas como clínicas) para abordar la relación psique soma.

Respecto a las limitaciones de este trabajo, radicarón precisamente en que no se pudo profundizar en distintas perspectivas dentro de la psicosomática, al tener cada una sus propias definiciones de lo que es una enfermedad psicosomática, sus

propios conceptos y su propia historia, es necesario realizar una revisión más detallada para poder comprenderlas totalmente, alguna posible línea de trabajo puede ser analizar las bases freudianas de la propuesta de algún otro autor en psicósomática o algunos de sus conceptos más importantes, como se hizo aquí con Pierre Marty, por ejemplo algún autor más cercano al concepto de histeria de conversión.

CAPITULO 1

BASES DE LA TEORIA PSICOANALITICA

El psicoanálisis, teoría que fue creada y moldeada por el pensamiento de un hombre formado en medicina, que posteriormente abandonarían dicha disciplina y realizaría todo un planteamiento revolucionario en cuanto a la concepción del ser humano; se ve alcanzada por el conflicto que plantea la relación entre mente y cuerpo o psique y soma. Es importante hacer una breve revisión histórica y descripción de la teoría psicoanalítica para poder entender cómo esta concibe y explica esa relación, para así posteriormente puntualizar cuáles son sus bases teóricas, metodológicas y clínicas, de las cuales se comienzan a desprender algunos abordajes de los procesos psicosomáticos, todo esto permitirá llevar a cabo el objetivo principal de este trabajo.

En la mayoría de la literatura respecto a la historización de la teoría psicoanalítica, los autores concuerdan en que debe realizarse considerando diferentes niveles para poder entender cómo se fue conformando. Siguiendo esta idea Asís (1981) realizó un trabajo en donde enumera distintos tratamientos históricos que se le han dado al psicoanálisis y los cataloga dentro de diferentes enfoques, indicando cuáles son los temas más destacados de cada uno de estos, los enfoques son el analítico-biográfico; el socio-cultural; el institucional-profesional; el epistemológico y por último el teórico. Algo importante mencionado por este autor es respecto al enfoque teórico, explica que es el punto central de la historia de la teoría psicoanalítica y es de especial interés porque desde este enfoque se puede apreciar cómo se desarrollan los conceptos y las distintas perspectivas teóricas psicoanalíticas, “En última instancia, el objeto de la historia de una ciencia –y el psicoanálisis aspira a ser considerado como tal- es dar cuenta de la evolución, modificación y reorientación de los conceptos y métodos que forman su cuerpo teórico” (Asís, 1981, p. 127).

De esta forma Asís (1981) considera que es en este enfoque donde deben de confluír los demás; sin embargo, es precisamente en el que hay bastantes lagunas teóricas, afirma que los autores dan preferencia a los estudios autobiográficos. Entre

las obras destacadas que él cataloga dentro del enfoque teórico se encuentra la realizada por Reuben Fine en 1979, titulada *Historia del psicoanálisis*.

Perrés (1998) sigue la misma lógica que Asís, mencionando la importancia de considerar los distintos niveles y su relación a la hora de hacer una descripción histórica de los supuestos psicoanalíticos, pasando por el nivel metodológico, hasta el histórico o el social, todas estas ideas las plasma en su libro *Proceso de constitución del método psicoanalítico*.

Retomando todo lo anterior y considerando que el texto de Fine, *Historia del psicoanálisis*, es más informativo y descriptivo que explicativo (Asís, 1981), mientras que el texto de Perrés, *Proceso de constitución del método psicoanalítico*, propone historizar el psicoanálisis considerando los distintos niveles de constitución de este, poniendo cierto énfasis en la parte epistemológica; la consulta de estas dos obras, entre otras, hizo más completa la exposición histórica y descriptiva sobre la teoría psicoanalítica.

1.1 Freud neurólogo.

Sigmund Freud nació el 6 de mayo de 1856 en Pribor, que se encontraba en lo que después paso a ser Checoslovaquia. Cuando tenía 3 años su familia emigró a Viena donde residió hasta el año de 1938 que fue cuando, debido al movimiento nazi, tuvo que salir a Inglaterra donde posteriormente murió. Freud siempre fue brillante desde pequeño y en su futuro se vislumbraba una grandiosa carrera académica, se formó como médico neurólogo y posteriormente daba cursos de neurología en la Facultad de Viena. Es esta misma universidad la que le otorga una beca en 1885 para poder ir a París. Ahí trabajó con Jean Martín Charcot en la Salpêtrière, en esos momentos Charcot era el más destacado neurólogo de Francia (Fine, 1979).

Freud (1925) menciona en su autobiografía que lo que más le impresionó de Charcot fueron sus investigaciones respecto a la histeria, particularmente el estudio de la histeria en hombres y la creación de parálisis y contracciones histéricas a través de la sugestión hipnótica. En esos momentos era algo novedoso lo que trabajaba Charcot, él pudo dar cuenta de que mediante el uso de la hipnosis se podían crear los mismos síntomas que provocaba la histeria traumática.

De regreso a Viena Freud estaba fascinado con lo aprendido junto a Charcot respecto a la hipnosis y el tratamiento de la histeria, trato de generar interés hacia estos aspectos en la sociedad médica Vienesa, sin embargo su postura e ideas no fueron bien recibidas, sobre todo lo que respectaba a la histeria masculina (Fine, 1979).

Perrés (1998) describe que Freud partió como neurólogo y regresó como psicopatologo, es por eso que al regresar en 1886 decidió abrir un consultorio propio. Para ese entonces la práctica privada como neurólogo no era muy alentadora, a lo que se podía aspirar era a tratar a los pacientes mediante la electroterapia y dichos pacientes eran canalizados por los médicos de medicina general. Por otra parte en este mismo año fue cuando Freud se caso con su novia Martha Bernays, con la que tendría posteriormente 6 hijos (Fine, 1979).

En esa época los pacientes que acudían con Freud eran los denominados neuróticos, Fine (1979) y Perrés (1998) explican que en esos momentos las enfermedades neuróticas por excelencia eran la histeria y la neurastenia. En cuanto al tratamiento de dichos padecimientos en esos años los principales a parte de la electroterapia eran el tratamiento moral y la hipnosis.

Con la finalidad de mejorar su técnica hipnótica y acercarse más a la terapia sugestiva Freud viajo a Nancy en 1889, ahí trabajo con Liébault y con Bernheim; cabe señalar que un año antes Freud había comenzado a traducir al alemán el primer libro de Bernheim. Al trabajar ahí, pudo dar cuenta de la posible existencia de procesos anímicos que permanecían ocultos a la conciencia (Freud, 1925).

Para este punto Freud poco a poco fue abandonando los tratamientos físicos utilizando únicamente la hipnosis, algo importante de puntualizar es que aún no hacia diferencia entre hipnosis y tratamiento sugestivo, esto implicaba que para él la hipnosis únicamente servía para sugestionar (Perrés, 1998).

Lo que se buscaba mediante el método de sugestión hipnótica era sugestionar al paciente para que posteriormente los síntomas histéricos desaparecieran, Freud (1992) menciona lo siguiente en su artículo titulado *Hipnosis* de 1891.

El genuino valor terapéutico de la hipnosis reside en la *sugestión* que durante ella se imparte. Esta sugestión consiste en la enérgica negación del achaque

de que el enfermo se ha quejado, o en el reaseguramiento de que él es capaz de hacer cierta cosa, o en la orden de ejecutarla. (p. 143).

Fine (1979) comenta que Freud practicó el hipnotismo varios años hasta 1896 que fue cuando comenzó a usar el método psicoanalítico como tal. En concordancia con esto López y Morales (1970) mencionan lo siguiente.

...Comenzó Freud a utilizar la sugestión hipnótica en diciembre de 1887, según el método de la escuela de Nancy, sustituyéndola paulatinamente a partir de mayo de 1889 por la técnica catártica de Breuer que aplico sin modificaciones al parecer hasta 1892... (p.378).

El método de sugestión hipnótica sería posteriormente sustituido por el denominado como hipnocatártico, entre las principales razones por las que Freud decidió cambiarlo fue debido a que no todos los pacientes podían ser hipnotizados y a la constante reaparición de los síntomas (Freud, 1925). El método hipnocatártico fue creado por el doctor Joseph Breuer, respecto a esto Freud no duda en darle el merito necesario, en cuanto a que este método es uno de los antecedentes directos del método psicoanalítico. Es debido al trabajo conjunto de Freud y Breuer que comienza a germinar el psicoanálisis y a partir del cual comenzarían a generarse grandes innovaciones tanto teóricas, como técnicas y metodológicas.

1.2 Estudios sobre la histeria.

Freud conoció a Breuer cuando todavía se encontraba trabajando en el laboratorio de Ernest Brücke mucho antes de su viaje a París, Breuer era uno de los médicos familiares más sobresalientes en Viena (Fine, 1979).

Freud (1925) señala que antes de partir a París Breuer le platicó de un caso de histeria que había tratado con un método especial desde 1880 hasta 1882 a través del cual había logrado acceder a la motivación y significación de los síntomas histéricos. Este caso es el de la paciente que pasaría a ser conocida como Anna O. En esos momentos Freud no entendía porque Breuer abandono el caso y se negó durante tantos años a su publicación, posteriormente sabría que fue debido al lazo afectivo que la paciente había creado, ella se enamoro de Breuer y esto para él era impensable. El padre del psicoanálisis vivió algo similar cuando años más tarde una de sus pacientes se le lanzo a los brazos después de tratarla mediante la hipnosis.

En la ya citada autobiografía Freud (1925) explica que los síntomas de la paciente Anna O. comenzaron a manifestarse en el tiempo en que cuidaba de su padre enfermo, cuando acudió a consulta con Breuer tenía síntomas como parálisis, contracciones y estados de perturbación psíquica. Breuer cayó en cuenta de que si hacía que la paciente relatar verbalmente la razón de esos estados de perturbación psíquica o si ella realizaba la acción que antes no había podido, cesaba el malestar; aplicó esto mismo para los síntomas somáticos y se dio cuenta que también funcionaba, a este proceso lo denominó como abreacción. En estado normal la paciente no podía recordar lo que había causado los síntomas, pero mediante la hipnosis lograba hacerlo, resultó que la mayoría de los síntomas tenían conexión con intensas experiencias que vivió mientras cuidaba a su padre, en esos momentos en algunas ocasiones tuvo que reprimir algún pensamiento o impulso y de ahí era de donde surgían los síntomas. Breuer también advirtió que los síntomas no estaban ligados a una sola experiencia sino a varias experiencias análogas, dar libre paso al afecto estancado, es decir el proceso de abreacción, producía la catarsis en la persona y desaparecía el síntoma. (Freud, 1925).

Perrés (1998) menciona que Freud comenzó a utilizar este método con la paciente Emmy von N y que el historial de ella es el único ejemplo clínico en el que se puede ver el uso de este método por parte de él.

Es así que para este punto de la historia del psicoanálisis Freud aprendió como el método hipnocatártico servía para rastrear los orígenes del síntoma neurótico mientras el paciente se encontraba en estado de hipnosis y que al lograr expresar verbalmente o realizar lo que no había podido (reproducción hipnótica) los síntomas desaparecían.

En el año de 1895 Freud y Breuer publican un trabajo conjunto denominado *Estudios sobre la histeria*. Como lo menciona Freud (1925), en este trabajo trataron de esclarecer la génesis de los síntomas histéricos.

Freud con base en los casos aportados a *Estudios sobre la histeria*, y otros tantos que trató antes y después de esa publicación, encontró que en la mayoría de las manifestaciones neuróticas la naturaleza de las excitaciones afectivas era de índole sexual, ya sea de sucesos sexuales actuales o repercusiones de sucesos sexuales pasados; así poco a poco la atención que tenía sobre la histeria fue

desviándose hacia estudiar la neurastenia, “Bajo el influjo de mi sorprendente descubrimiento, di un paso grávido en consecuencias. Fui más allá de la histeria y empecé a explorar la vida sexual de los llamados “neurasténicos” (Freud, 1925, p. 24). Esta acción trajo descubrimientos clínicos que tuvieron repercusiones teóricas importantes que se precisaran más adelante.

Antes de continuar es importante puntualizar que son varias cosas las que ocurren a la vez y en distintos niveles como son: el metodológico; el clínico; el teórico y ahora uno nuevo, el del autoanálisis de Freud. Todas estas cosas se van perfilando para que nazca el psicoanálisis ya como tal.

En esta época es justo cuando Freud decide emprender su autoanálisis, Fine (1979) describe que es a partir de 1895 cuando comienza a realizarlo y que dicho autoanálisis marcaría el paso decisivo de la neurología a la psicología. De este proceso germinarían ideas muy importantes para la creación del método psicoanalítico, por ejemplo, el complejo de Edipo, el estadio anal o el modo de interpretar los sueños (este último muy importante para la creación de la futura asociación libre). Siguiendo con el desarrollo en distintos niveles Perrés (1998) menciona que fue un proceso complejo al tener que conjuntar los descubrimientos clínicos, la creciente teorización y dicho autoanálisis, recalca el valor epistemológico de este último ya que “Los mayores descubrimientos teóricos de Freud, aquellos que permitieron el nacimiento del psicoanálisis, el pasaje de su prehistoria a su historia, tuvieron que ver justamente con los avances personales en su análisis” (p.130).

En cuanto al aspecto clínico Fine (1979) menciona que es en la década de 1890 cuando Freud divide las neurosis en psiconeurosis y neurosis actuales. Perrés (1898) considera que este es un periodo difícil ya que Freud comienza a circular entre el abordaje de estos dos campos clínicos para teorizar distintas ideas que ahora ya serían propias, este autor también explica que la innovación de Freud radica en la especificación que hace sobre el hecho de que el trauma en las personas es generado por el afecto sexual proveniente de la seducción de alguien mayor.

Fine (1979) y Perrés (1998) coinciden en que para Freud las psiconeurosis eran el resultado de una defensa de las personas hacia situaciones vergonzosas o dolorosas de índole sexual que habían vivido en la infancia, dentro de esta

clasificación se encuentran: a) la neurosis obsesiva (que Freud identificaba con una seducción activa y por lo tanto la padecían hombres) y b) la histeria (que identificaba con una seducción pasiva y por lo tanto la padecían mujeres) a su vez la histeria se dividía en histeria de angustia (la paciente reacciona con angustia o alguna fobia) e histeria de conversión (la paciente desarrolla síntomas somáticos).

Respecto a las neurosis actuales se clasificaban en: a) neurastenia y b) neurosis de angustia. Si bien Freud al principio se empeñó en estudiar más de cerca la neurastenia teorizó poco respecto a esta; sin embargo, la neurosis de angustia tuvo un mayor desarrollo teórico. Postuló que era debido a la falta de elaboración psíquica del quantum sexual somático, lo que hacía que dicho quantum se quedara en ese plano causando un síntoma somático. Poco a poco fue abandonando el estudio de la neurosis de angustia, incluso Freud llegó a mencionar que al no ser causada por fenómenos psíquicos su tratamiento no tiene que ver con el psiquismo y por lo tanto no se podía tratar mediante el método catártico y (posteriormente) tampoco por el psicoanálisis (Perrés, 1998).

Para estos años Freud ya había abandonado el método de sugestión hipnótica pasando de la sugestión a la indagación mediante el método hipnocatártico, ahora decidía abandonar totalmente la hipnosis debido a que las mejoras de los pacientes desaparecían en el momento en que se perturbaba la relación paciente-medico y porque era necesario que los pacientes recordaran en estado de vigilia lo evidenciado en estado hipnótico (Freud, 1925). Perrés (1998) especifica que la diferencia principal entre el método hipnocatártico y el catártico, radica en los descubrimientos teóricos que arrojaba este último, descubrimientos relacionados precisamente con las resistencias del paciente, que serían muy importantes para la construcción teórica respecto al proceso de represión y para el cambio hacia la creación y utilización de otro nuevo método. De igual forma este autor comenta que Freud, hacia finales de 1892, trata a Elisabeth Von R. pudiendo ser la primera paciente tratada con el método catártico ya sin hipnosis.

Freud entonces descubrió que las cosas olvidadas por los pacientes eran vergonzosas, temibles o dolorosas y sobre todo, como ya había puntualizado, eran de índole sexual. Comenzó a preguntarse qué era eso que hacía que las personas olvidaran, basándose en todo esto concluyó que era labor del médico encaminarse a

ese descubrimiento venciendo dicha resistencia, es así que surge la teoría de la represión (Freud, 1925). Es este descubrimiento del proceso de represión lo que lleva a Freud a comprender de distinta forma las neurosis, la terapia ya no estaba encaminada a hacer volver a un camino normal el afecto extraviado.

La tarea terapéutica debió entonces concebirse de otro modo; su meta ya no era la “abreacción” del afecto atascado en vías falsas, sino el descubrimiento de las represiones y su relevo por operaciones del juicio que podían desembocar en la aceptación...Di razón de este nuevo estado de la causa designando al procedimiento de indagación y terapia no ya *catarsis*, sino *psicoanálisis*. (p. 29).

Ahora bien, Freud ya con una teorización detrás respecto a las distintas neurosis, mas algunas ideas que en un futuro tendrían publicaciones propias y serian mejor desarrolladas (la interpretación de los sueños, los actos fallidos y la teoría de la libido), decide cambiar el método catártico y comenzar a utilizar uno nuevo, el denominado método de la asociación libre. Perrés (1998) en su libro, *Proceso de constitución del método psicoanalítico*, aborda este método sin hacer distinción entre psicoanálisis y asociación libre, posteriormente aclara que no es del todo correcto, también propone el año de 1898 como el año en que comenzó a utilizarse. Para no entrar en detalles en este apartado se seguirá la línea de Perrés equiparándolos.

En cuanto a la relación de Freud y Breuer termino en parte porque Breuer no concordaba del todo con el creciente interés de Freud por lo sexual y Freud poco a poco fue alejándose de la concepción teórica de Breuer respecto a la histeria y siguió trabajando por su cuenta (Freud, 1925).

1.3 Psicoanálisis una nueva psicología.

Fine (1979) menciona que la primera vez que Freud utilizó el concepto de asociación libre fue en 1909 en las conferencias sobre psicoanálisis llevadas a cabo en Estados Unidos; sin embargo, cuando redactó en 1894 el historial de Emmy Von N, realizó anotaciones sobre como a la paciente le enojaba que la estuviera interrumpiendo constantemente y como ella realizaba comentarios o hacia platicas a partir de lo que habían trabajado en sesiones anteriores.

...la conversación que sostiene conmigo mientras le aplican los masajes no es un despropósito, como pudiera parecer; más bien incluye la reproducción, bastante completa de los recuerdos e impresiones nuevas que han influido sobre ella desde nuestra última plática, y a menudo desemboca, de una manera enteramente inesperada, en reminiscencias patógenas que ella apalabra sin que se lo pidan. Es como si se hubiera apoderado de mi procedimiento y aprovechara la conversación, en apariencia laxa y guiada por el azar, para complementar la hipnosis.” (Freud, 1895b, p. 78)

A partir de esto se puede ver como ya desde esos años se encuentran algunos antecedentes del método de asociación libre. En distintos textos de Freud se puede ver esto, por ejemplo, en *Las neuropsicosis de defensa* usa el termino análisis psíquico y análisis hipnótico; en 1896 aparece por primera vez el termino psicoanálisis en francés y posteriormente en alemán; en 1898 Freud se refiere al método psicoanalítico sin describirlo totalmente pero señalando algunas especificaciones sobre a qué personas podía tratarse mediante este método y las limitaciones que presentaba; pero, en realidad la primera descripción de este nuevo método la ofrece Freud en *La interpretación de los sueños*.

Para que pueda observarse mejor a sí mismo con atención reconcentrada es ventajoso que (el paciente) adopte una posición de reposo y cierre los ojos; debe ordenársele expresamente que renuncie a la crítica de las formaciones de pensamiento percibidas. Entonces se le dice que el éxito del psicoanálisis depende de que tome nota de todo cuanto le pase por la cabeza y lo comunique, y que no se deje llevar, por ejemplo, a sofocar una ocurrencia por considerarla sin importancia o que no viene al caso, u otra por parecer disparatada. Debe conducirse con sus ocurrencias de manera totalmente neutral; es que cada crítica es la culpable de que el no haya podido descubrir ya la resolución buscada del sueño, de la idea obsesiva, etcétera. (Freud, 1900, p.123).

Si bien ofrece la primera descripción hay que recalcar nuevamente que es hasta 1909 cuando emplea como tal el concepto de Asociación Libre. Respecto a todo esto en 1903 Freud escribe un artículo titulado *El método psicoanalítico de Freud*, es en ese trabajo donde ofrece una descripción definitiva del método psicoanalítico.

El método catártico ya había renunciado a la sugestión; Freud emprendió el segundo paso; abandonar la hipnosis. He aquí el modo en que hoy trata a sus enfermos: sin ejercer sobre ellos ninguna influencia de otra índole, los invita a tenderse cómodamente de espaldas sobre un sofá, mientras él, sustraído a su vista, toma asiento en una silla situada detrás. Tampoco les pide que cierren los ojos, y evita todo contacto y cualquier otro procedimiento que pudiera recordar a la hipnosis. Una sesión de esta clase transcurre como una conversación entre dos personas igualmente alertas, a una de las cuales se le ahorra todo esfuerzo muscular y toda impresión sensorial que pudiera distraerla y no dejarle concentrar su atención sobre su propia actividad anímica. (Freud, 1903, p 238).

Es en este punto cuando Freud ya tiene bien definido el método psicoanalítico; ya dejó totalmente de lado el contacto físico; ya no le pide al paciente que cierre los ojos y de esta forma quedan totalmente superados los anteriores métodos (Perrés, 1998).

Retomando la producción teórica de Freud, es en 1898 cuando ya tenía un primer esbozo de la interpretación de los sueños, un poco antes de 1900 había completado dicha obra y decide publicarla hasta principios de ese año para que coincidiera con el inicio del nuevo siglo. Esta es una obra fundamental para el psicoanálisis ya que a partir de esta es que Freud puede demostrar la existencia del inconsciente y como se expresa. Es aquí también donde propone la división del aparato psíquico en tres instancias: inconsciente, preconscious y consciente, estas pasarían a ser denominadas como la primer tópica. En esta obra Freud explica como los aspectos inconscientes de las personas se dejan entrever en los sueños, cuando las personas sueñan sus defensas psíquicas se encuentran bajas, a estas se les conoce como censura, es justo aquí donde emergen las fuerzas provenientes del inconsciente, dicho deseo inconsciente es denominado como contenido latente, el contenido manifiesto del sueño es la forma en la que se representa ese deseo inconsciente (Freud, 1900).

Siguiendo la línea sobre las expresiones del inconsciente en 1901 Freud publica *Psicopatología de la vida cotidiana*, en este trabajo examina las equivocaciones en el habla, errores por acción u omisión y otros tipos de deslices y equivocaciones

como manifestaciones del inconsciente. Posteriormente en 1905 publica *El chiste y su relación con lo inconsciente* donde demuestra la semejanza que existen en el mecanismo de los chistes, la de los actos fallidos y la de los sueños como expresiones del inconsciente (Fine, 1979).

La otra gran línea sobre la que Freud siguió teorizando fue la sexualidad, es debido a sus descubrimientos en cuanto al origen sexual de las neurosis que comienza a investigar la sexualidad infantil, al trabajar con sus pacientes tratando de descubrir cuál era la situación sexual que desencadenaba la neurosis llegaban hasta recuerdos de la infancia.

En la busca de las situaciones patógenas en que habían sobrevenido las represiones de la sexualidad, y de las que surgieron los síntomas como formaciones sustitutivas de lo reprimido, nos vimos llevados a épocas cada vez más tempranas de la vida del enfermo, hasta llegar, por fin, a su primera infancia. (Freud, 1925, pp. 31,32).

Sin embargo Freud tropezó con una situación que puso en duda esta teoría y que lo hizo cuestionarse todo lo que había descubierto hasta el momento, esto fue el hecho de que los relatos de seducción temprana que contaban sus pacientes eran meras fantasías, nunca habían ocurrido en el plano real sin embargo para ellos existía en el plano psíquico.

Cuando después hube de discernir que esas escenas de seducción no habían ocurrido nunca y eran solo fantasías urdidas por mis pacientes, que quizá yo mismo les había instilado, quede desconcertado un tiempo... Cuando me sosegué, extraje de mi experiencia las conclusiones correctas, a saber, que los síntomas neuróticos no se anudaban de manera directa a vivencias efectivamente reales, sino a fantasías de deseo, y que para la neurosis valía mas la realidad psíquica que la material. (Freud, 1925, p. 38).

En 1905 publica *Tres ensayos de teoría sexual*, texto en el cual queda manifestada su teoría de las pulsiones sexuales, a partir de esto Freud realiza uno de los planteamientos más revolucionarios en cuanto a la concepción del ser humano, esto es la idea de que ya en la infancia existía la sexualidad y que la

sexualidad no solo se refería al sentido genital de la palabra, sino que existía la denominada psicosexualidad.

Fine (1979) explica que Freud extendió el concepto de sexualidad a psicosexualidad y que a partir de esto extendió la sexualidad a todo placer físico, al cariño y al amor.

Freud teorizó que la sexualidad era una tendencia instintiva básica y que de ella se podían derivar los demás instintos, esta tendencia sexual instintiva se apoyaba al principio en otras funciones importantes para la conservación de la vida, explica que “La función sexual estaba presente desde el comienzo; primero se apuntalaba en las otras funciones de importancia vital, y luego se independizaba de estas” (Freud, 1925, p. 33).

En un principio estas pulsiones sexuales encontraban su objeto en el propio cuerpo, es decir la función sexual era autoerótica, posteriormente se centraba en un objeto externo. Es en esta parte donde Freud teoriza que el primer objeto erótico después de la etapa del autoerotismo es la madre, a través del órgano alimenticio. Posteriormente desarrollaría el concepto de complejo de Edipo, este complejo se basa en el hecho de que el niño concentra sus deseos sexuales sobre la madre y hacia su padre concentra impulsos hostiles al verlo como un rival, así de esta forma el primer objeto a quien se dirigen los impulsos sexuales es la madre (Freud, 1925)

Es en esta misma obra donde Freud aborda el desarrollo psicosexual, en la primera infancia la sexualidad infantil pasa por los estadios oral, anal, genital y posteriormente fálico. Después de esto la persona entra en un periodo denominado como Latencia que va de los 6 a los 12 años aproximadamente, posteriormente en la pubertad que es de los 12 a los 15 años aproximadamente, para Freud el final y el inicio de estos estadios no siempre se daba específicamente en una edad. De igual forma desarrolla la teoría de que a través de este desarrollo psicosexual existen puntos de fijación a los que la persona posteriormente regresa, dependiendo el punto de fijación va a ser la neurosis que la persona va a presentar y entre más antiguo sea dicho punto de fijación de mayor gravedad será la neurosis. (Freud, 1925)

En cuanto a la teorización sobre la terapia basada en la transferencia y la resistencia, Freud (1925) comenta que el uso del método de asociación libre da cuenta de estas dos cosas. Sobre la resistencia explica que el sujeto al estar dentro de la situación analítica producirá material que contenga lo inconsciente reprimido o que haga alusión a eso, mientras más grande sea la resistencia, más se alejara la producción sustitutiva de lo inconsciente reprimido; en cuanto a la transferencia menciona que sin ella no hay análisis posible, la describe de la siguiente forma.

En todo tratamiento analítico, y sin que el médico lo promueva en modo alguno, se establece un intenso vínculo de sentimiento del paciente con la persona del analista, vínculo que no haya explicación alguna por las circunstancias reales. Es de naturaleza positiva o negativa, varía desde el enamoramiento apasionado, plenamente sensual, hasta la expresión extrema de rebeldía, encono y odio. (Freud, 1925, p. 40).

Siguiendo la descripción de la transferencia explica que el análisis no la crea, sino más bien la revela y la aísla. El fenómeno de la resistencia es meramente humano y en general es el mecanismo detrás de las relaciones interpersonales. El uso de la transferencia dentro del análisis es la principal herramienta para la cura, se trata de hacer consciente para el paciente dicha transferencia, en la transferencia que hace hacia el analista revive las relaciones sentimentales más antiguas de la infancia, al emerger de nuevo dichos sentimientos y teniendo la transferencia aislada en la situación analítica es posible encontrar la cura (Freud, 1925).

En relación a todo lo anteriormente puntualizado, Fine (1979) menciona que la disciplina pura en la que Freud pensaba para finales de la década de 1890 y que podría recibir el nombre de primer sistema psicoanalítico descansaba en tres bases: Lo inconsciente, la teoría de la libido y la terapia basada en la transferencia-resistencia; precisamente se le podía llamar sistema porque las tres funcionan entre sí.

Se le puede llamar sistema porque las tres bases se vinculan entre sí de manera estrecha. Los impulsos libidinales se reprimen a lo inconsciente a fin de evitar la angustia. Puesto que las fuerzas inconscientes predominan, una terapia racional simple no producirá efectos; en cambio, el terapeuta tiene que elaborar la transferencia (sentimientos hacia el terapeuta) y las resistencias que

impiden al paciente percatarse de sus impulsos libidinales u otros impulsos prohibidos. (p. 44).

En este punto se conjuntan las ideas expuestas en *La interpretación de los sueños* y *Psicopatología de la vida cotidiana* sobre las expresiones del inconsciente; las plasmadas en *Tres ensayos de teoría sexual* con todo lo concerniente a la sexualidad infantil y al desarrollo psicosexual; los descubrimientos clínicos respecto a las psiconeurosis y neurosis actuales; y por ultimo lo relacionado a la parte metodológica y técnica de la transferencia, la resistencia y la asociación libre. Freud (1925) concibió que ya en 1900 los 3 procedimientos técnicos que utiliza para descubrir los contenidos inconscientes son, la asociación libre, la interpretación de los sueños y la atención a los actos fallidos.

De esta forma es que ya existe una psicología nueva como tal, el psicoanálisis, a partir de aquí Freud comenzaría a realizar modificaciones a algunos aspectos que componían su teoría y a profundizar en otros. Algunas de las modificaciones que realizó a sus antiguas teorías fueron influenciadas por las ideas de los seguidores que ya comenzaba a tener.

La historia del psicoanálisis se divide, para mí, en dos periodos, prescindiendo de su prehistoria catártica. En el primero me hallaba totalmente aislado, y tenía que llevar a cabo toda la labor. Este periodo duro desde 1895 hasta 1907. En el segundo, que se extiende desde esta ultima fecha hasta la actualidad, han ido creciendo en importancia las aportaciones de mis discípulos y colaboradores... (Freud, 1925, p. 62).

Es importante mencionar que a partir de las modificaciones que Freud introdujo comenzaron a existir algunas dificultades para la teoría psicoanalítica que se quedaron sin resolver, por ejemplo lo concerniente a la teoría de la libido, actualmente diversos autores siguen debatiendo si esta es una energía psíquica o biológica.

En 1911 Elabora el principio de placer y principio de realidad, Fine (1979) explica que esto sigue la línea planteada por Freud en cuanto a que las neurosis suponen una defensa frente a representaciones inconciliables para la persona, solo que ahora lo aterrizo en el principio de placer y principio de realidad.

Por otra parte como consecuencia de la primera guerra mundial Freud creyó que debía de reelaborar algunas de sus conceptualizaciones teóricas para tratar de explicar lo sucedido. En 1914 escribe el ensayo *Narcisismo*, Fine (1979) explica que aquí Freud reelaboró algunas de sus ideas respecto a la sexualidad, en un principio el padre del psicoanálisis había puesto más énfasis en las manifestaciones sexuales dejando de lado lo relacionado a las relaciones de objeto, sería precisamente en este ensayo donde trabajaría esto último.

He aquí, en lo esencial, las nuevas tesis del ensayo de 1914:

1. Presenta la libido como una fuerza susceptible de variación cuantitativa, cuyas mudanzas explican las manifestaciones de la psicosexualidad. Es la teoría de la libido propiamente dicha, que Freud extrajo de su ensayo de 1914 y bajo ese título la incluyó en todas las posteriores ediciones de *Tres ensayos*
2. Contiene la primera presentación sistemática de la elección de objeto
3. Establece los diversos significados de "Narcisismo", concepto clínico de enorme fecundidad.
4. Brinda una clasificación nueva de los seres humanos sobre una base terapéutica: la división en neurosis narcisistas, en que el paciente es incapaz de establecer un vínculo con el terapeuta, y neurosis de transferencia, en que si es capaz de hacerlo. Vastas consecuencias conllevaba la idea de que los seres humanos podían ser clasificados con arreglo a sus reacciones terapéuticas
5. Introduce por primera vez el concepto de un ideal del Yo que luego se rebautizó superyó, uno de los óptimos frutos del genio de Freud. (Fine, 1979, vol II, p. 93).

Fine (1979) de igual manera describe que una de las acciones que más ha desconcertado a los teóricos del psicoanálisis es el hecho de que Freud en este ensayo generó su teoría de la libido y posteriormente la insertó a la antigua teoría de los instintos que ya tenía, esto ha creado muchas discusiones y controversia. Otro aspecto importante a notar es la separación entre neurosis narcisistas y de transferencia debido a que esto generaba una división entre los pacientes que podían ser analizados y los que no, la neurosis de transferencia era aquella que se

presentaba durante el proceso analítico y que permitía que el paciente encontrara la cura, los pacientes que no lograban hacer transferencia eran diagnosticados con neurosis narcisista e imposibles de analizar.

Es en este punto cuando Freud comenzó a interesarse en que el psicoanálisis tuviera un mayor entendimiento respecto de las pulsiones, Strachey (1992) menciona que Freud ya en el anteriormente mencionado ensayo del narcisismo se quejaba de la falta de una doctrina de las pulsiones. En 1915 Freud decidió realizar una descripción detallada sobre sus teorías psicológicas y publica una serie de ensayos que serían conocidos como *Trabajos sobre metapsicología*. En un principio se tenía pensado que fueran doce; sin embargo, solo vieron la luz cinco de ellos. Dentro de estos se encuentra *Pulsiones y destinos de pulsión*, un ensayo en donde conjunta y desarrolla todo lo referido a las pulsiones.

Cuando se habla de metapsicología freudiana, se está hablando de la parte teórica que compone al psicoanálisis, Assoun (2006) explica que la metapsicología expresa la ambición de una psicología científica y para este autor la pulsión es su concepto fundamental. Esto debido a que la pulsión abarca el proceso de desarrollo de la metapsicología desde sus primeros momentos; hace inteligibles los conceptos de represión e inconsciente y porque comprender el término pulsión significa entender toda la explicación metapsicológica.

A pesar de lo anterior mencionado desde años atrás se encuentran antecesores del concepto de pulsión, antes de aparecer el término Trieb, hacía mención al principio de constancia como equilibrio energético. La pulsión aparece como un concepto destinado a dar cuenta, a través de la hipótesis de un montaje específico, de las formas de relación con el objeto y de las múltiples formas de búsqueda de la satisfacción. En *Tres ensayos de teoría sexual*, Freud introdujo también las características de la pulsión como fuente, objeto y fin, y es en *Pulsiones y destinos de pulsión* cuando añade el factor cuantitativo económico de empuje a las características anteriores. La naturaleza de la pulsión viene determinada por su parcialidad; es decir por ser esencialmente parcial; su carácter inacabado y sus diferentes destinos: inversión, reversión, represión, sublimación. El hablar sobre la noción de pluralidad pulsional supone la oposición, dualidad que se enfrenta. La teoría de las pulsiones en Freud fue siempre dualista, en la primera teoría pulsional

existían pulsiones sexuales y pulsiones del Yo o de autoconservación (Sánchez, 2009).

Se puede mencionar que hasta el momento la pulsión se concibe como lo hace Dessal (2014) en el libro que escribe con Zygmunt Bauman, en el menciona lo siguiente.

...la pulsión, cuyo rasgo más sobresaliente es el carácter acéfalo de su funcionamiento. En otros términos, la pulsión es una fuerza que no está comandada por nadie. Al contrario, el sujeto primigenio, no solo goza de libertad alguna en la búsqueda de satisfacción, sino que por definición es esclavo de un impulso que lo empuja hacia un placer cuya naturaleza es al mismo tiempo paradójica, puesto que para nada se confunde con lo bueno o lo agradable. De tal modo que la renuncia a la satisfacción impuesta por el proceso de la cultura provoca exactamente una pérdida de libertad, así como tampoco una ganancia de seguridad. Ambos resultados pueden parecer hechos objetivos, pero la realidad que Freud nos ha querido mostrar es muy distinta. En primer lugar, porque todo aquello a lo que renunciamos nos retorna bajo formas insospechadas. Y en segundo lugar, porque la seguridad del lazo social es apenas un espejismo, una fina capa de polvo a la que el viento de la historia puede fácilmente barrer. (p 49).

Entender la pulsión también implica entender las partes de las cuales se compone, de este modo Strachey (1992) explica que en un principio Freud no diferenciaba entre pulsión y su agencia representante psíquica, según el autor parecía que consideraba a la pulsión en sí como el representante psíquico de fuerzas somáticas. Posteriormente Freud marcaría la distinción entre pulsión y su agencia representante psíquica explicando que solo la agencia representante puede pasar a formar parte de la consciencia, esta agencia es una representación o grupo de representaciones investidas desde la pulsión con cierto monto de energía psíquica, puede ser libido. Estas dos posiciones se pueden encontrar a lo largo de los textos de Freud, sin embargo el segundo es el que predomina. Para Strachey el concepto de pulsión como tal apareció relativamente tarde en el desarrollo del psicoanálisis, apenas en *Tres ensayos de teoría sexual* se hablaba de pulsión sexual; sin embargo, al igual que Sánchez (2009), explica que solo es cuestión

terminológica ya que expresiones como excitación, representaciones afectivas o mociones de deseo eran antecesores de la pulsión. Para Strachey (1992) posiblemente los problemas a la hora de definir la pulsión tengan que ver precisamente con su naturaleza como algo situado en el límite de lo somático y lo psíquico.

En su libro *Figuras del psicoanálisis volumen Assoun* (2006) explica que Freud fue construyendo el concepto de pulsión intentando llenarla de contenido desde diferentes lados, este autor recapitula las características de las distintas definiciones dadas por Freud de la siguiente forma:

- Es una excitación para lo psíquico.
- La pulsión es un concepto fronterizo entre lo psíquico y lo somático.
- El concepto de pulsión se tiene que discutir en relación a los términos de impulso, meta, objeto y fuente.
- Las pulsiones pueden retrotraerse a las llamadas pulsiones fundamentales, de igual forma unas serian pulsiones del Yo y otras pulsiones sexuales.
- Las características de las pulsiones sexuales son su diversidad y devenir, o sea sus posibles destinos.

Respecto a todo lo anterior mencionado sobre la pulsión, Assoun (2006) da una definición muy completa especificando que “En efecto, la pulsión se define...por medio de una noción fisiológica (excitación), condición necesaria pero no suficiente, puesto que esta excitación se transforma en “pulsión” precisamente al acceder al nivel psíquico...Es, pues, una frontera, que vuelve impracticable un “dualismo” entre “alma y cuerpo”, se pasa así de lo “psíquico” a lo “anímico”..., pero la pulsión participa simultáneamente de lo” somático”” (p. 189). En esta increíble definición de Assoun se puede ver reflejado todo lo anteriormente mencionado respecto la pulsión, exponiendo al mismo tiempo la complejidad de este concepto.

Freud En 1920 escribe *Más allá del principio del placer* y es en esta obra donde hace un cambio a su teoría de los instintos, menciona que existen dos tipos de instintos principales los denominados Eros o instinto de vida y Tánatos o instinto de muerte. Fine (1979) explica que la teoría de los instintos de 1905 de Freud no tenía gran diferencia con la de los pensadores de su tiempo, la única diferencia era que el

ponía el énfasis en la sexualidad como base instintiva de los demás instintos y que es precisamente en Mas allá del principio del placer donde hace la última revisión.

Debido a los estragos de la guerra Freud fue prestando más atención a las tendencias destructivas y sádicas de las personas, en primera instancia los situó como derivados de la sexualidad pero posteriormente los atribuyo a la lucha del Yo por preservarse a sí mismo.

1.4 Segunda tónica.

Strachey (1992) explica que en el 7mo Congreso Psicoanalítico Internacional de Berlín, celebrado en 1922, Freud leyó un trabajo titulado *Consideraciones sobre lo inconsciente*, según él en ese trabajo Freud preanuncia a grandes rasgos las ideas que posteriormente se encontrarían en *El yo y el ello*. Ahí queda explicado que las razones por las que Freud decide reorganizar el aparato psíquico en nuevas instancias responden a los problemas que generaba el término inconsciente, ya que este término se usaba para designar dos cosas distintas. Strachey (1992) comenta que el psicoanálisis al estar ligado a la histeria en sus inicios, tenía postulados fuertemente basados en la teoría de la represión, existía una parte que era la que se reprimía y la otra que era la fuerza represora, entonces era fácil pensar que eso que sufría la represión se transformaba en lo inconsciente, mientras que la otra parte que era la que reprimía se equiparaba con la conciencia o la persona, de esta forma quedaban el inconsciente y el Yo. Los problemas surgieron cuando por un lado se utilizo la palabra inconsciente de forma descriptiva para designar las cualidades de un estado psíquico y por el otro se usaba con una connotación dinámica que atribuía a ese estado psíquico una función. En todas estas cuestiones lo que estuvo en juego fue la naturaleza tónica del aparato psíquico, la antigua división en consciente, preconsciente e inconsciente ya no era lo suficientemente funcional para el psicoanálisis, debido al desarrollo teórico de nuevos conceptos que permitían entender diferentes y novedosos procesos psíquicos. Strachey (1992) describe que cuando Freud reestructuro el aparato psíquico la comprensión de este se volvió más esclarecedora.

Freud retomo el concepto de Ello de Georg Groddeck quien era un medico de Baden Baden y con el que posteriormente compartió una fluida correspondencia. A

su vez las ideas de Groddeck y posteriormente de Freud sobre el Ello encuentran sus raíces en algunos planteamientos de Nietzsche, el mismo Freud reconoció esto.

El padre del psicoanálisis adoptó el Ello de Groddeck y lo reformuló dándole un significado diferente y más preciso, en parte esta nueva instancia vino a aclarar el aspecto dinámico del inconsciente.

El Yo a lo largo de la creación teórica de Freud no tuvo gran desarrollo, él lo definía por un lado como el sí mismo de las personas, incluyendo su cuerpo y por el otro como una instancia de la psiquis con atributos y funciones específicas, trató de definirlo de esta forma en su *Proyecto de psicología para neurólogos* (Strachey, 1992). Este mismo autor menciona que fue hasta los trabajos sobre el narcisismo cuando Freud teorizó sobre el Yo, en su trabajo de *Lo inconsciente* de 1915 Freud designó el sistema Cc, posteriormente las funciones que eran atribuidas a ese sistema formarían parte del Yo.

Strachey (1992) considera que fue la revisión de una de esas funciones la que traería grandes resultados, esta función era la de la autocrítica. Desde sus trabajos sobre las neuropsicosis de defensa Freud ya había teorizado sobre el sentimiento de culpa, pero como explica Strachey, fue gracias al concepto de narcisismo que pudo comprender el mecanismo de estos autorreproches.

En la sección III de Introducción del narcisismo Freud teoriza que el narcisismo de la infancia es remplazado en el adulto por una devoción a un Yo Ideal formado en su interior, también que existe una instancia encargada de observar al Yo midiéndolo con el Yo ideal (Strachey, 1992).

Para cuando *El yo y el ello* fue publicado ese distingo entre el Ideal del Yo y la instancia encargada de observar su cumplimiento ya había sido diluido, citando nuevamente a Strachey (1992) aclara que Freud consideraba que una de las funciones del Super Yo es ser portador del ideal del Yo con el que el Yo se mide. Este super Yo es la tercera instancia formulada por Freud y es el resultado de la transformación de las primeras investiduras de objeto del niño en identificaciones, en anteriores trabajos Freud abordó esta situación pero fue hasta *El yo y el ello* cuando alcanzó su punto más esclarecedor (Strachey, 1992).

En 1923 Freud publica la obra ya mencionada, *El yo y el ello*, aquí quedaría reformulada la estructura del aparato psíquico, las instancias que lo componen ahora serían el Ello, el Yo y el Super Yo. Cada una de estas tendría distintos procesos y características específicas, en el Ello se encuentran los aspectos más primitivos del ser humano, lo reprimido e inaceptable por el Yo de la persona, esta instancia es totalmente inconsciente e inaccesible para la parte consciente del aparato psíquico. En segundo lugar está el Yo, esta sería la parte más consciente de las tres; sin embargo hay que aclarar que no todo el Yo es consciente, también consta de partes inconscientes. Por último el Súper Yo está formado por todas las reglas sociales y morales que son transmitidas por los padres o por las figuras de autoridad durante la infancia de la persona, es el denominado heredero del complejo de Edipo, la correcta resolución del Edipo lleva a la identificación del niño con el padre y a la creación del Super Yo.

Fine (1979) menciona que en *el Yo y el Ello* Freud enunció el conflicto final dentro de la psique humana: el Yo contra el Ello

1.5 Entre lo biológico y lo psíquico.

Después de haber hecho una historización y descripción de la teoría psicoanalítica, queda claro que el psicoanálisis es un método encaminado a tratar padecimientos psíquicos, esto se hace mediante el análisis de las resistencias y transferencias del paciente, permitiéndole al analista generar una interpretación de la vida inconsciente de la persona y así ayudándole a visibilizar el conflicto con el fin de que pueda posicionarse de distinta forma frente a él. A pesar de esto es innegable que a lo largo de su desarrollo y en sus distintos niveles, en el psicoanálisis se halla una conjunción tanto de aspectos psíquicos como somáticos; y que este nace a partir de la búsqueda de tratamiento y explicación de las enfermedades denominadas nerviosas (enfermedades llamadas así porque se pensaba que su origen se encontraba en el sistema nervioso), en especial de una enfermedad que predominantemente presentaba síntomas somáticos, este padecimiento era la histeria. De esta forma el psicoanálisis queda anclado desde su inicio al abordaje de algunas neurosis que presentaban síntomas somáticos y es precisamente que tomando como base la teorización sobre estos padecimientos,

entre otras cosas, que algunos autores en psicopatología comenzaron a realizar sus propuestas.

Dentro de la teoría psicoanalítica Freudiana existen dos neurosis que se encuentran muy relacionadas a la problemática de la relación psique soma, estas son la histeria de conversión y la neurosis de angustia. Freud categorizó a la histeria dentro de las psiconeurosis, estas se dividían en dos grupos, neurosis obsesiva e histeria; a su vez la histeria se divide en histeria de angustia e histeria de conversión, es precisamente esta última la que presenta síntomas somáticos. Por otra parte poco antes de la publicación de *Estudios sobre la histeria*, Freud comenzó a interesarse en el estudio de la neurastenia, volteando su mirada hacia las causas actuales de las neurosis; es así, que al aislar los síntomas de la neurastenia auténtica, surge una nueva neurosis denominada como neurosis de angustia, esta presenta síntomas somáticos y se encuentra junto con la neurastenia dentro de la categoría de las neurosis actuales. Aunque Freud no trabajó nunca las enfermedades psicopatológicas, estas dos neurosis con síntomas somáticos fueron motivo de reflexión y abordaje por parte del autor y desde el psicoanálisis y al puntualizar lo psicosexual de estos síntomas deviene como problemática psicopatológica en otros autores.

1.5.1 Histeria de conversión.

La historia de Freud y del psicoanálisis está ligada indiscutiblemente a la histeria, es sobre todo en sus inicios donde más ocupa un lugar central esta enfermedad, desde que Freud viaja a París para aprender de Charcot ya tenía la vista puesta en ella. Por estos años Freud comenzó a entender que la base etiológica de la histeria no se encontraba en la parte física del cuerpo, estas ideas comenzaron a tener mayor fuerza a su regreso de París influenciado por el trabajo de Charcot y por el uso del hipnotismo.

Es así que al regresar de París presenta ante la sociedad médica de Viena su trabajo titulado *Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico*. Aquí se puede apreciar como Freud comienza a entender la histeria de una forma diferente a como se hacía en ese tiempo, explica que la histeria también se presenta en hombres y que los síntomas del paciente no tienen ninguna base fisiológica.

A pesar de estas nuevas ideas Freud seguía vinculado a sus explicaciones de corte fisiológico, él consideraba que los síntomas psíquicos eran debido a alteraciones en las excitaciones del sistema nervioso, más allá de eso no podía dar otra explicación llegando a admitir que faltaba trabajo respecto a dichos síntomas, lo importante aquí es que aun con esto seguía pensando en que la etiología de la histeria estaba en lo psíquico.

Como es sabido, los síntomas de afecciones orgánicas espejan la anatomía del órgano central y son las más confiables fuentes para nuestras noticias sobre este último. Por eso se debe rechazar la idea de que habría en la base de la histeria una posible perturbación orgánica... Junto a los síntomas físicos de la histeria cabe añorar una serie de perturbaciones psíquicas, en las que ciertamente algún día se descubrirán las alteraciones características de esta enfermedad, pero cuyo análisis apenas ha sido abordado hasta ahora. Se trata de alteraciones en el decurso y en la asociación de representaciones, de inhibiciones de la actividad voluntaria, de acentuación y sofocación de sentimientos, etc., que se resumirían, en general, como unas modificaciones en la distribución normal, sobre el sistema nervioso, de las magnitudes de excitación estables. (Freud, 1886, pp. 53,54)

Estas ideas respecto a la sintomatología de la histeria las describe en un artículo titulado *Histeria*, ahí Freud menciona una frase en la que queda explícito que él va entendiendo la influencia existente de los procesos psíquicos sobre los procesos físicos:

Quizá quepa destacar todavía que en la histeria el influjo de procesos psíquicos sobre los procesos físicos del organismo está acrecentado (como en todas las neurosis), y que el enfermo de histeria trabaja con un excedente de excitación en el sistema nervioso, el cual se exterioriza ora inhibiendo, ora estimulando y es desplazado con gran libertad dentro del sistema nervioso. (Freud, 1888, p. 54).

Ya en 1890 Freud se circunscribe al hecho de que la base etiológica de la histeria se encuentra en la parte psíquica, en ese año publicó un trabajo llamado *Tratamiento Psíquico (tratamiento del alma)* que formó parte de un manual de divulgación científica. Este trabajo es importante ya que aquí Freud explica que

“Tratamiento psíquico” quiere decir, más bien, tratamiento desde el alma- ya sea de perturbaciones anímicas o corporales – con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre” (Freud, 1890, p. 115). La concepción de este tratamiento “desde el alma” es la completa confirmación de que Freud entendió que tanto el origen como la cura de la histeria se dan desde lo psíquico.

Freud entonces se encamina a la comprensión e intenta buscar formas de tratamiento de los síntomas histéricos ya teniendo en consideración la parte psíquica, incluso menciona que los Legos no muestran respeto por los síntomas de este tipo y dice que “... es una evidente injusticia, cualquiera que sea su causa, aun la imaginación, los dolores no dejan de ser menos reales ni menos fuertes” (Freud, 1890, p. 120).

Ya en 1893 Freud comenzó a realizar escritos preliminares para *Estudios sobre la histeria*, entre las ideas más destacadas de esos bosquejos se encuentra el hecho de que Freud diferenciaba entre el ataque histérico y los síntomas histéricos permanentes, sin embargo para los dos casos explica que “*Deviene trauma psíquico cualquier impresión cuyo trámite por trabajo de pensar asociativo o por reacción motriz depara dificultades al sistema nervioso*” (Freud, 1892a p. 190).

Se puede apreciar como por un lado Freud trata de establecer la forma en la que se puede presentar la histeria y por otro como a pesar de entender los procesos psíquicos detrás de esta sigue apelando al sistema nervioso, esto último incluso queda manifestado en *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* donde compara las parálisis de origen orgánico y las de origen histérico, este escrito también persigue un mejor entendimiento sobre la histeria y su etiología, comienza con una visión más fisiológica pero al final se puede apreciar un vuelco total hacia lo psíquico. La siguiente frase de Freud es interesante ya que hace pensar que el desarrollo del concepto de histeria de conversión era algo inevitable, y más inevitable el hecho de que lo retomaran después los teóricos en psicopatología.

Yo afirmo, por el contrario, que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que *la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la*

anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella. (Freud, 1893a, p. 206)

Para el final de este trabajo Freud concibe las parálisis histéricas (el mismo mecanismo serviría para otros síntomas) como el resultado de una asociación subconsciente de la representación del órgano con el recuerdo traumático, al órgano estar asociado con esa representación, no puede entrar en asociación con otra más correcta.

He ahí la solución del problema que nos hemos planteado, pues en todos los casos de parálisis histérica uno halla que *el órgano paralizado o la función abolida están envueltos en una asociación subconsciente provista de un gran valor afectivo, y se puede mostrar que el brazo se libera tan pronto como ese valor afectivo se borra.* (Freud, 1893a, pp. 208,209).

Así quedaban explicadas las parálisis histéricas, su formula sería básicamente igual en los demás síntomas histéricos. Freud seguiría desarrollando esta idea posteriormente, en el mismo año de 1893 da una conferencia en una reunión del Club Médico de Viena, esa conferencia figura en las obras completas de Freud como *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos*, en ella expresó las ideas que después quedarían plasmadas en *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar* (que es la primer parte de *Estudios sobre la histeria*). A pesar de que el contenido no varía mucho es mejor tratarlos de manera separada. Algo que merece ser puntualizado es que aunque Freud conocía a Breuer desde antes de partir a París, fue después de su regreso que empezaron a tener más contacto, ya para este año estaban reuniendo material y preparándose para las publicaciones que realizarían juntos.

En la conferencia Freud (1893c) explica que los síntomas histéricos ocurren debido un proceso de asociaciones, si la hipnosis por medio de la sugestión a través de la palabra puede reproducir los síntomas que originalmente provocaron un trauma, esto quiere decir que una representación semejante o el estado en el que se encuentra la persona en hipnosis, son parecidos a la representación o estado en el que se encontraba cuando se dio el trauma. Concluye que esa explicación de Charcot, explica los síntomas de la histeria traumática (se refiere a la histeria provocada por traumas corporales), sin embargo no los explica para la histeria

espontanea o común, la diferencia radica en que en la segunda el trauma tiene toda una historia.

Existe una total analogía entre la parálisis traumática y la histeria común, no traumática. La única diferencia es que allí intervino un gran trauma, mientras que aquí rara vez se comprueba un solo gran suceso, sino que se asiste a una serie de sucesos plenos de afecto: toda una historia de padecimiento. (p. 32)

Como se puede ver Freud seguía describiendo el origen de los síntomas histéricos como una asociación que contaba con toda una historia, pero ya en esta misma conferencia al comentar algunas partes de los historiales clínicos que después incluirían en *Estudios sobre la histeria*, como el de Anna. O. y el de Emmy Von N. comienza a mostrar los primeros acercamientos hacia una naturaleza simbólica de los síntomas.

No en todos los casos es tan trasparente la determinación del síntoma por el trauma psíquico. A menudo, ella solo consiste en una referencia simbólica, digamos así, entre el ocasionamiento y el síntoma histérico. Esto es particularmente valido para los dolores. Así, una enferma padecía de penetrantes dolores en el entrecejo. La razón era que una vez, de niña, su abuela la escudriño “penetrándola” con la mirada. (p. 35)

Incluso explica que esta simbolización es una especie de comunicación debido a que “Existe, por así decir, un propósito de expresar el estado psíquico mediante uno corporal, para lo cual el uso lingüístico ofrece los puentes” (p. 35).

Freud (1893c) describe que en el proceso de la histeria un cuerpo patológico sirve de enlace entre el trauma psíquico y el fenómeno histérico, precisamente este “cuerpo” sería el afecto no abreaccionado del paciente, mediante el método hipnótico se buscaba que el paciente recordara cual era la génesis del síntoma, pero a su vez esto también servía como método terapéutico ya que ayudaba a abreaccionar el afecto cuando el paciente lograba verbalizar o realizar motoramente lo estancado. Aun con todo lo desarrollado hasta aquí Freud seguía buscando una base fisiológica

que concordara con sus explicaciones psicológicas, explica que los recuerdos traumáticos son tan intensos después de tanto tiempo debido a que las impresiones psíquicas producen en el sistema nervioso un incremento de la suma de excitación, el acrecentamiento de esa excitación ocurre mediante vías sensoriales, su empequeñecimiento por vías motrices, las personas en afán de mantener su salud tratan de disminuir ese excedente. Existen dos condiciones bajo las cuales los recuerdos se convierten en patógenos, una es según el contenido del recuerdo, el trauma fue tan grande que el sistema nervioso no pudo tramitarlo y la otra es una predisposición por parte de la persona, estas dos condiciones son las líneas teorizadas por Freud respecto a lo sexual y la defensa, y por Breuer sobre los estados hipnoides. Estas dos líneas fueron desarrolladas posteriormente, cabe mencionar que en esta conferencia Freud ya manejaba que el decremento de la suma de excitación podía llevarse a cabo mediante la palabra sustituyendo a la acción motriz (método catártico).

Ya en *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar*, Freud (1895b) desarrolla de manera más extensa las ideas expuestas en la mencionada conferencia, aquí explica el proceso de la catarsis, la abreacción de los afectos y el cómo esto está enfocado al tratamiento de la histeria.

Siguiendo con las líneas planteadas por Freud y Breuer existen dos tipos de situación que impidieron que el afecto pudiera ser abreaccionado, la primera es debido al contenido de las representaciones que pudieron ser cosas penosas, cuando alguien pierde a la persona amada o cuando circunstancias sociales no lo permiten y la segunda es un estado de predisposición por parte de la persona, pueden ser algún estado psíquico en el que se encontraba cuando aconteció el trauma, son los denominados estados hipnoides.

Como es sabido Freud se desprendió de la teoría de los estados hipnoides, enfocándose en su teoría de las defensas, pero las ideas de Breuer fueron importantes de cierta forma ya que prepararon el terreno para la entrada de una segunda conciencia enmarañada en el proceso de la histeria, Freud la denominaba como "double conscience", en esos momentos lo identificaban con los estados hipnoides propuestos por Breuer, pero parece que este fue el principio para la inclusión del yo y de lo inconsciente dentro de la conversión histérica, ya que precisamente las asociaciones que se daban en esos estados hipnoides apuntan a explicar la histeria de conversión.

El problema de averiguar porque las “asociaciones patológicas” que se forman en esos estados son tan solidas e influyen sobre los procesos somáticos con esa intensidad, mucho mayor de la que solemos hallar en las representaciones, coincide con el problema de la eficacia de las sugerencias hipnóticas en general. (Freud, 1895b, p. 38)

Como ya se menciona anteriormente, la teoría psicoanalítica se fue conformando en varios niveles y a partir de distintas cosas que ocurrían a la vez, por esa razón aunque Freud tenía las concepciones hasta aquí descritas no era la única línea en la que desarrollaba trabajo. A partir de su experiencia clínica Freud comenzó a entender a las neurosis como un tipo de defensa ante ciertas representaciones, representaciones inconciliables para las personas, de igual forma comenzó a entender la importancia de la sexualidad en el desarrollo de los traumas neuróticos.

En 1894 Freud escribió *Las neuropsicosis de defensa*, en este trabajo usa por primera vez el término de histeria de conversión, lo usa al tratar de explicar las diferencias entre los procesos de la histeria, las fobias y las representaciones obsesivas, el creador del psicoanálisis propone que “En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es *trasponer (umsetzen) a lo corporal la suma de excitación*, para lo cual yo propondría el nombre de *conversión*” (Freud, 1894b, p. 50). La conversión puede ser total o parcial, esta sobreviene en la inervación motriz o sensorial que tenga conexión más íntima con la vivencia traumática, el Yo queda libre de contradicción pero con el precio de un símbolo mnémico que se queda en la conciencia y que es una especie de parásito que se quedara ahí hasta que se provoque una conversión inversa, respecto a esa marca mnémica menciona que “En tales condiciones, la huella mnémica de la representación reprimida (esforzada al desalojo) no ha sido sepultada (*untergeben*), sino que forma en lo sucesivo el núcleo de un grupo psíquico segundo” (Freud, 1894b, p. 51).

Se puede ver como la explicación de Freud sobre la histeria de conversión está más encaminada a esta como resultado de una represión a favor de la defensa del estado psíquico de la persona, recordando que se busca que el sistema nervioso mantenga en los niveles más bajos la excitación y por otra parte maneja el hecho de que ese síntoma es la representación de algo.

Así mismo precisa que la histeria de conversión también se da porque existe una especie de agrandamiento del terreno preparado por el momento traumático, esto ocurre gracias a la aparición de otros momentos similares que Freud denomina “traumáticos auxiliares”, en esas situaciones las representaciones atraviesan la barrera que la voluntad había creado, aportan nuevo afecto e imponen por un momento el enlace asociativo de los dos grupos psíquicos. Según Freud (1894) el factor que caracteriza a la histeria no es la escisión de consciencia sino la aptitud para la conversión, aptitud conformada por una específica habilidad, comenta que “...tenemos derecho a citar como una pieza importante de la predisposición histérica, que por otra parte no es desconocida, la capacidad psicofísica para trasladar a la inervación corporal unas sumas tan grandes de excitación” (p. 52). El uso de la palabra psicofísica denota que Freud fue sabedor de la relación e influencia de lo psíquico sobre lo físico ya desde ese entonces.

Siguiendo con la defensa, explica que según la forma en la que se presenta es precisamente la neurosis que emergerá, en la conversión histérica la persona en forma de defensa reprime la representación pero el afecto se convierte hacia lo somático. En la carta 18 a Fliess, se puede apreciar como Freud (1894a) define la forma en la que el afecto se relaciona con la histeria de conversión, escribió a su amigo que tenía noticia de 3 mecanismos para explicar las neurosis y que se aproximaba a puntos de vista generales: a) mudanza de afecto histeria de conversión, b) desplazamiento de afecto, representaciones obsesivas y c) permutación de afecto neurosis de angustia melancolía. Es esa mudanza del afecto desde lo psíquico a lo somático lo que provoca la conversión.

En 1895 Freud escribe en colaboración con Breuer *Estudios sobre la histeria*, este fue dedicado totalmente a la histeria, trataron de explicar la etiología de esta, los mecanismos que hacen emerger los síntomas y finalmente un tratamiento eficaz para combatirla. Breuer presenta un historial clínico, el de Anna O. y Freud cuatro, en ellos se pueden encontrar explicaciones y ejemplos de síntomas somáticos generados por la conversión, algunos ejemplos pueden ayudar a entender mejor como ocurre la conversión en la histeria:

- A. Cuando Breuer explica la formación del síntoma de la parálisis y la anestesia en el brazo de Anna O. describe que se realizó una asociación entre determinada representación psíquica (la alucinación de la serpiente) y las sensaciones de su brazo en esos momentos (se le había quedado dormido

por haberlo dejado recargado en la silla) posteriormente cuando ella veía algo con forma parecida a la de una serpiente el síntoma reaparecía. La contractura y la alucinación de la serpiente emergían solo durante los estados hipnoides en los que estaba la paciente, esto era en la noche (Freud, 1895b). Si bien esta explicación está más apegada a la concepción de los estados hipnoides, la importancia de este historial clínico, según Breuer, es la transparencia que permite para explicar la génesis de los síntomas histéricos, esto ayudaría a entender todo el proceso de la conversión en la histeria.

- B. En cuanto a Emmy von N, Freud (1892b) describe cómo se generó un tic que la paciente producía con la boca, él preguntó a la paciente en estado de vigilia cuando comenzó el tic, ante esto la paciente no recuerda, pero cuando Freud se lo pregunta en estado hipnótico cuenta la historia de que su hija enferma por fin se había quedado dormida y que no quería despertarla entonces sin querer realizó el sonido con la boca, posteriormente este desapareció y regresó en una ocasión que viajaba en carruaje y un rayo había caído sobre un árbol del camino, ella pensó para sí misma "Ahora no tienes que gritar, pues se asustarían los caballos" entonces el tic reapareció y se le quedó.

Aun aquí Breuer y Freud seguían tratando de ligar sus explicaciones a nociones fisiológicas. Breuer explica estos procesos haciendo una comparación entre el sistema nervioso y un sistema eléctrico afirmando que en los sistemas eléctricos cuando se vencen las resistencias es debido a que existen puntos con cierta debilidad que dejan pasar la electricidad, en el cuerpo humano la excitación nerviosa del cerebro producida por el afecto no pasa al sistema vegetativo de las personas debido a ciertas resistencias, solo cuando se vencen esas resistencias es cuando se comprometen los órganos periféricos (Freud, 1895b). Para Breuer en estas premisas se puede ver cómo se va conformando un síntoma histérico, primero existe una variación en los niveles de excitación nerviosa y tiene que existir una predisposición por parte de la persona para que ciertos sistemas se vean comprometidos, puede ser una antigua enfermedad por ejemplo en el corazón o en el aparato digestivo o estados excitativos de larga duración, al aflorar una representación que ha dejado una huella en la persona, esta representación trae consigo la renovación del afecto original de dicha huella, la intensidad del afecto

depende de si originalmente había sido abreaccionado o no y de qué forma “Si el afecto originario no se aligero en el reflejo normal, sino en un “reflejo anormal”, también este es vuelto a desencadenar por el recuerdo; la excitación que parte de la representación afectiva es “*convertida*” (Freud) en un fenómeno corporal” (Freud, 1895b, p. 217)

Como dato aclaratorio en la cita anterior el nombre de Freud aparece entre paréntesis, esto porque Breuer manejaba el hecho de que el concepto fue acuñado por Freud, mas adelante este ultimo aclararía que eso solo sería en cuanto al nombre porque el desarrollo teórico fue llevado a cabo por los dos.

Breuer (1895b) explica que la conversión no permite el drenado del afecto, se hace una especie de sustitución, la representación original no produce el afecto que en su momento se presentaba, ahora en lugar de eso se presenta el reflejo anormal y de esta forma “La “conversión histérica” es en tal caso completa; la excitación originariamente intracerebral del afecto ha sido trasmudada en el proceso excitatorio de vías periféricas; la representación originariamente afectiva ya no convoca al afecto, sino solo al reflejo anormal” (p. 218).

Freud (1895b) decidió tratar las neurosis en general con el método de Breuer, mediante esto pudo ir entendiendo la naturaleza de cada neurosis, explica que distintos cuadros clínicos se agrupaban dentro de la histeria aunque en realidad no pertenecían a ella, esto pasaba porque la histeria era la neurosis más antigua. Freud (1895b) describe como al usar el método catártico pudo eliminar algunos síntomas histéricos pero dicho método “...no influye sobre las condiciones causales de la histeria, y por tanto no puede impedir que en lugar de los síntomas eliminados se generen otros nuevos” (p. 269).

Esto es muy importante ya que se entiende que la importancia en estos años recaía en aliviar los síntomas del paciente, todavía no se podía atacar la causa de las neurosis, mas adelante en efecto esto se lograría gracias a la constitución del psicoanálisis como tal, pero con un gran precio, la disminución del interés de las expresiones corporales de lo psíquico y el tratamiento enfocado directamente a dichas expresiones. Aun con esto Freud tenía cierta preocupación por los síntomas corporales de las personas, incluso llego a decir que se puede conjuntar el método catártico con métodos corporales.

Sin embargo, lo contrario es cierto; mediante esa combinación entre las terapias de Breuer y de Weir Mitchell, uno obtiene toda la mejoría corporal que se espera de esta última, así como un amplio influjo psíquico, como jamás se lo produciría en la cura de reposo sin psicoterapia. (Freud, 1895b, p. 274)

En *Estudios sobre la histeria* Freud, describe la histeria de conversión desde su visión de las resistencias.

...he mostrado como a raíz del trabajo terapéutico uno se ve llevado a la concepción de que la histeria se genera por la represión, desde la fuerza motriz de la defensa, de una representación inconciliable; de que la representación reprimida permanece como una huella mnémica débil (menos intensa), y el afecto que se le arranco es empleado para una inervación somática: conversión de la excitación. (Freud, 1895b, pp. 290, 291).

Freud (1895b) explica que las representaciones penosas contrastantes que son rechazadas por la conciencia de la persona son precisamente las que en un estado de predisposición (como el cansancio de Emmy Von N.) hallan el camino a la inervación corporal.

Cuando Freud cae en cuenta de que no todas las personas podían ser hipnotizadas, elaboro la idea de que en realidad ese “no poder ser hipnotizadas” era un “no querer ser hipnotizadas”, es así que comenzó a trabajar únicamente pidiendo a las personas que se recostaran y que cerraran los ojos, como ya se menciona en la primer parte de este trabajo esto arrojó nuevos intereses teóricos, esto fue el hecho de que en el paciente existía una defensa. En sus intentos de dejar la hipnosis desarrollo la técnica de la mano en la frente, describe varios casos donde uso este método, en todos esos casos se presentaron síntomas somáticos, como toz o dolor abdominal, y todos tenían como base el mecanismo psíquico de la histeria (Freud, 1895b). Cuando usa la técnica de presión en la mano la representación original no acude de inmediato, en su lugar se presenta toda una serie de asociaciones y por lo general la representación que acude de primera mano solo es algo relacionado con la representación original, la forma en la que se presentan los síntomas es igual que la de las respuestas evocadas en el paciente por medio de esa técnica, la única diferencia es que al parecer los síntomas histéricos aparecen espontáneamente, pero en ellos también existe una cadena que los asocia.

La diferencia reside solo en el afloramiento en apariencia espontáneo de los síntomas histéricos, mientras que uno se acuerda bien de haber provocado las escenas y ocurrencias. Pero, en la realidad, una serie ininterrumpida lleva desde los *restos mnémicos* de vivencias y actos de pensamiento henchidos de afecto hasta los síntomas histéricos, sus *símbolos mnémicos*. (Freud, 1895b, pp. 301, 302).

Entonces los síntomas histéricos contienen símbolos mnémicos que llegaron ahí desde los restos mnémicos de vivencias o actos de pensamiento llenos de afecto, los síntomas serían un símbolo de dichos actos o vivencias. En el análisis de estos procesos la ilación es perseguida desde lo consciente hasta lo inconsciente y en el caso de los síntomas de la histeria de conversión Freud (1895b) describe que cuando el terapeuta se acerca a la parte más profunda del recuerdo patógeno, los síntomas se incrementan alcanzando su punto máximo justo antes de la enunciación del paciente “Así se cobra una impresión plástica de que el “vomitar” reemplaza a una acción psíquica (aquí, la de declarar), tal como lo afirma para la histeria la teoría de la conversión” (p. 301).

Contando ya con el aspecto simbólico y el inconsciente dentro de la explicación de la conversión histérica, junto con las explicaciones fisiológicas de esta (cambios en los procesos de excitación del sistema nervioso, basados en los cambios en las cantidades de afecto que padecían las personas), Freud seguiría teorizando sobre las neurosis como defensas hacia representaciones inconciliables.

En el *Manuscrito K* se explica que se podía establecer una comparación entre histeria, neurosis obsesiva y una especie de paranoia, la primera es del conflicto. Son deformaciones de estados psíquicos normales y se producen a partir de traumas sexuales infantiles, la defensa del Yo es algo normal, pero esta se vuelve nociva cuando una representación psíquica actual recuerda el acontecimiento traumático, entonces este recuerdo genera de nuevo displacer, y no solo eso, sino que el displacer generado es mayor al que se generó en la primera ocasión. Las diferencias entre las neurosis son principalmente en la forma en que lo reprimido retorna y la forma en la que se desarrolla el síntoma; pero, lo que define a la neurosis en sí es la forma en la que se lleva a cabo la represión. Freud (1896b)

La forma en la que interviene el aumento de excitación en el proceso de conversión se puede leer en la *Carta 46*, esta se presenta al despertar un recuerdo sexual de la infancia, impide que se realice una tramitación en lo psíquico y ahí es cuando ocurre la conversión, el excedente sexual necesita la defensa para que se produzca una represión. Las escenas de la histeria ocurren en el primer periodo de la infancia, menos de 4 años, es por eso que los restos mnémicos no se pueden traducir a palabras, la conjunción del excedente sexual y la defensa impiden la traducción y se da la conversión (Freud, 1896a).

Hasta aquí aun existía interés respecto a los síntomas histéricos, sin embargo poco a poco Freud comenzó a centrar mas su atención en las defensas y por ende en los aspectos psíquicos de las neurosis, esto dejo a la histeria de conversión en una especie de abandono, la teorización respecto de esta siguió casi igual, lo más importante es que se volteo la mirada hacia los aspectos simbólicos de los síntomas.

En *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*, Freud explica el caso de Anna O. en términos un poco diferentes, describe como los síntomas de los pacientes son restos y más importante símbolos mnémicos de las vivencias de las personas, maneja los síntomas como simbolismos y usa algunos ejemplos de monumentos para explicar esto diciendo que “Sus síntomas son restos y símbolos mnémicos de ciertas vivencias (traumáticas). Una comparación con otros símbolos mnémicos de campos diversos acaso nos lleve a comprender con mayor profundidad este simbolismo” (Freud, 1910a, p. 13). Esas reminiscencias en parte constituyen lastres anímicos y fuentes de constante excitación y por otro lado son una trasposición a inervaciones e inhibiciones corporales, esto es lo que constituía los síntomas corporales de la histeria. Freud (1910a) explica que es normal que una parte de la excitación anímica encuentre salida en la inervación corporal, lo llama expresión de las emociones, sin embargo en la histeria de conversión esa expresión es más intensa, cuando el camino seguido por dicha corriente se divide en dos, uno de los canales se verá saturado cuando encuentre un obstáculo en el otro. Algo importante de mencionar es que Freud ya con una teoría mayormente psicológica y más solida, da mayor jerarquía a la parte psíquica “Lo ven ustedes; estamos en vías de obtener una teoría puramente psicológica de la histeria, en la que adjudicamos el primer rango a los procesos afectivos” (Freud, 1910a, p. 15).

Este interés de lo psicológico sobre lo somático se ve reflejado en el cambio de técnica terapéutica y en el hecho de que existían nuevas cosas por aprender para la teoría psicoanalítica, estas cosas eran precisamente los aspectos simbólicos tanto en los sueños como en el inconsciente.

La técnica psicoanalítica se propone hoy dos objetivos: ahorrar esfuerzos al médico y abrirle al enfermo un acceso irrestricto a su inconsciente. Como ustedes saben, se ha producido un cambio de principio en nuestra técnica. En la época de la cura catártica teníamos por meta el esclarecimiento de los síntomas; luego dimos la espalda a estos...ahora, empero, orientamos directamente el trabajo hacia el hallazgo y la superación de las "resistencias". (Freud, 1910b, p. 136).

En la cita anterior se puede apreciar cómo se cambia el interés de los síntomas histéricos hacia descubrir las resistencias del paciente, el mismo Freud comenta que le dieron la espalda a los síntomas de la histeria, entre ellos los síntomas somáticos, ahora se busca superar la resistencia para que el paciente pueda conocer de lleno su inconsciente, ¿pero porque dejar de lado la parte de los síntomas somáticos? Tal vez a Freud nunca se le ocurrió que el esclarecimiento de esos síntomas todavía entraba dentro de lo que se tenía que comunicar al paciente.

Con todo lo anterior Freud reconoce que sus trabajos partieron precisamente del tratamiento de la histeria de conversión, en sus palabras explica que "Hemos partido de la terapia de la histeria de conversión; en el caso de la histeria de angustia (las fobias) debemos modificar algo nuestro procedimiento" (Freud, 1910b, p. 137).

Lo importante de la cita anterior es precisamente eso, el hecho de que Freud sitúa al tratamiento de la conversión histérica como punto de partida para la terapia psicoanalítica, si bien en un principio simplemente se denominaba como histeria, el interés hacia esta siempre estuvo relacionado con los llamativos síntomas que presentaba, síntomas que justamente eran somáticos, es difícil pensar que el desarrollo del concepto de conversión histérica no se hubiera dado.

Poco a poco Freud fue poniendo mayor énfasis a los fenómenos psíquicos, por esa razón la histeria de conversión dejó de estar en el centro de atención, también esto tiene que ver en parte con la superación del método catártico a favor del

método psicoanalítico, ya no se busca encontrar el desarrollo del síntoma, ni encontrar a través de un síntoma somático la problemática psíquica, en psicoanálisis todo se desarrolla en el plano psíquico.

Con base en lo anterior revisado sobre el desarrollo que tuvo la histeria de conversión puede decirse que es un proceso defensivo en el cual se da una mudanza de afecto desde lo psíquico a lo corporal, los síntomas constituyen la expresión de un símbolo mnémico que contiene restos de huellas mnémicas provocadas por traumas sexuales que la persona no pudo tramitar.

Algunos autores enfocados en la psicopatología de la época de Freud y otros posteriores a él desarrollaron sus concepciones basándose en la histeria de conversión, entre otros postulados claro está, ya que esta vino a ser el primer modelo psicoanalítico de cómo aspectos psíquicos influenciaban en la parte somática. El tener una amplia visión de este fenómeno ayuda a entender el porqué algunos psicoanalistas enfocados en psicopatología se basaron en estas ideas para desarrollar sus propias teorizaciones.

1.5.2 Neurosis de angustia.

A partir de los casos que Freud trató fue descubriendo que en la mayoría de los pacientes entraba en juego el aspecto sexual en la génesis de las neurosis, durante el periodo anterior a *Estudios sobre la histeria* Freud se dedicó a enumerar casos para dicha publicación, debido a esto comenzó a tener cierto interés por la neurastenia, es así que voltea la mirada hacia la vida sexual actual de las personas, en la mayoría de los casos una vida sexual perturbada se encontraba detrás de los síntomas neurasténicos, Freud cayó en cuenta de que dichos síntomas se conjugaban alrededor de un estado psíquico específico, este era el estado de angustia, a partir de esto decide aislar dichos síntomas y crea una nueva neurosis, la neurosis de angustia.

Ya desde el año de 1892 en el *Manuscrito A* Freud plasma sus dudas respecto a la etiología de la neurastenia y la neurosis de angustia, pero es hasta 1893 que en el *Manuscrito B* manifiesta su interés por la angustia que se presenta en la neurastenia, explica que un nivel de rebajamiento de la conciencia de sí mismo, una expectativa pesimista y una inclinación a representaciones penosas contrastantes son

características en la neurastenia, pero se pregunta si el hecho de que exista la angustia en gran medida, sin que aumenten estos síntomas, daría pie a separar una nueva entidad nosológica de la neurastenia, al final lo haría y esta sería la neurosis de angustia que se puede presentar en forma de ataque o en estado permanente igual que la histeria (Freud, 1893b). En algunas cartas a Fliess (cartas 14, 18 y 21) Freud le describe algunos historiales sobre neurosis de angustia y como estos se relacionan con la vida sexual perturbada, generando a su vez síntomas somáticos, también le explica que el afecto sufre una permutación.

Es hasta 1894 que Freud describe más detalladamente la neurosis de angustia, en el *Manuscrito E ¿Cómo se genera la angustia?* menciona que la fuente de angustia no debe buscarse en lo psíquico sino en lo físico, lo que produce angustia es un factor físico de la vida sexual, explica como llego a esta conclusión.

Un segundo punto firme, de extrema importancia, se me ofreció mediante la siguiente observación: la neurosis de angustia aqueja tanto a mujeres anestésicas en el coito normal como a las sensibles. Esto es muy asombroso, pero solo puede tener el sentido de que la fuente de la angustia no ha de buscarse dentro de lo psíquico. Por tanto, se sitúa en lo físico, lo que produce angustia es un factor físico de la vida sexual. (Freud, s.f.b, p. 229).

La tensión física se acumula ya que no hay una descarga sexual, la neurosis de angustia al igual que la histeria son neurosis de estasis, la angustia se muda desde la tensión física. Dicha tensión física es percibida como una energía cambiante que solo cuando entra en ciertos niveles alcanza a los grupos de representaciones psíquicas, es así que a partir de cierto valor despierta libido psíquica (Freud, s.f.b). El conflicto se genera ya que “Si la reacción específica no puede producirse, crece desmedidamente la tensión psicofísica (el afecto sexual), se vuelve perturbadora...” (Freud, s.f.b, p. 232). En esta cita Freud usa de nuevo la palabra “psicofísica” que expresa la forma en la que él entendía la relación psique soma.

En una parte del ya mencionado *Manuscrito E*, Freud explica porque la tensión psicofísica puede provocar angustia, esa parte es algo rara, un poco contradictoria y oscura, como dice Strachey (1992) en algunas partes de la obra de Freud pareciera que primero menciona no saber porque el afecto provocado por la tensión física no

se enlaza a representaciones psíquicas y en el siguiente párrafo se presenta la respuesta a esta cuestión.

Ahora bien, en la neurosis de angustia esa mudanza sobreviene; por eso, ahora nos aflora el pensamiento de que ahí se trataría del siguiente descarrilamiento: la tensión física crece, alcanza su valor de umbral con el que puede despertar afecto psíquico, pero *por razones cualesquiera el anudamiento psíquico que se le ofrece permanece insuficiente* [cursivas añadidas], es imposible llegar a la formación de un *afecto sexual* porque *faltan para ello las condiciones psíquicas* [cursivas añadidas]: así la tensión física no ligada psíquicamente se muda en...angustia. (Freud, s.f.b, p. 232).

La anterior cita puede parecer muy sencilla pero si se consideran varias cosas puede ser mejor entendida, en primer lugar Freud siempre trato de tener una base teórica firme para exponer sus ideas, muchas de sus teorizaciones las había pensado antes de publicarlas, lo hacía solo hasta que estaba seguro; sin embargo se pueden rastrear esbozos a lo largo de sus trabajos, por ejemplo desde antes de *Estudios sobre la histeria* a Freud ya le resonaba la neurosis de angustia, pero fue años después cuando publico trabajos sobre esta, por otra parte si bien Freud ya contaba con una visión de corte energético posiblemente no pudo comprender totalmente el proceso de la neurosis de angustia debido a que no contaba con el marco conceptual de la primera tópica. Freud (s.f.b) menciona que la mudanza es en angustia debido a que las respuestas físicas de este estado siguen los mismos caminos que sigue la enervación de la tensión psicosexual, al igual que en la histeria también existe una especie de conversión en la neurosis de angustia.

En el *Manuscrito F* se puede leer algo interesante porque Freud alude a una especie de inhabilidad psíquica, aquí describe dos historiales clínicos, en el primer historial anota que no hay dominio psíquico de las excitaciones somáticas y propone que “En suma, el señor K, se ha atraído una debilidad sexual psíquica porque estropeo su gusto del coito, y, con una salud psíquica y una producción de estímulos sexuales intactas, ello dio ocasión para la génesis de la angustia” (Freud, 1894c, pp. 236,237).

Posteriormente Freud incluiría a su teorización el hecho de que las fobias forman parte de la angustia, es por esa razón que en algunas neurosis de angustia es común que se presenten fobias.

Entre 1894 y 1895 Freud escribe el trabajo donde esclarecería todas sus ideas respecto a la neurosis de angustia este es *Sobre la justificación de separar la neurastenia de la neurosis de angustia*. Freud (1895c) propone fraccionar la neurastenia, basándose en el hecho de que muchos de los síntomas que esta presenta tienen un enlace recíproco y que sus mecanismos y etiología difieren de los síntomas de la neurastenia común, de igual forma pretende agrupar, siguiendo como línea la melancolía, otras neurosis junto con estos síntomas ya mencionados. A todos estos síntomas que se pueden agrupar alrededor de la angustia los denomino como neurosis de angustia. En esta se presentan la expectativa angustiada, se refiere a que las personas perciben situaciones o representaciones de forma pesimista, es de tipo compulsivo, Freud pone como ejemplo a la hipocondría.

Esta expectativa angustiada es el núcleo de la neurosis de angustia, Freud (1895c) explica que la expectativa de angustia es un quantum que flota libremente esperando a enlazarse con la representación que mejor le convenga, cuando irrumpe en la consciencia sin asociarse a una representación se presenta un ataque de angustia, también puede conectarse con la perturbación de alguna función corporal. De igual forma en la neurosis de angustia se suelen desarrollar fobias que se vuelven compulsivas cuando se le suma la reminiscencia de alguna vivencia que tuvo la persona en la que se exteriorizó su angustia, esas impresiones solo permanecen vigentes en las personas que efectivamente tuvieron una expectativa de angustiada. Esta neurosis guardaba una estrecha semejanza con la histeria de conversión, Freud explica que “Otra semejanza con la histeria se produce por sobrevenir en la neurosis de angustia una suerte de *conversión* a sensaciones corporales que de ordinario podrían pasar inadvertidas; por ejemplo, una conversión a los músculos reumáticos” (Freud, 1895c, p. 99).

La etiología de la neurosis de angustia, tiene que ver con influjos de la vida sexual, sobre todo con prácticas interrumpidas de esta como coitos interruptus, eyaculación precoz o abstinencia (por voluntad o no) por mencionar algunos, afecta tanto a mujeres como hombres. Esta neurosis es provocada por una acumulación de

excitación y es la angustia presentada en esta neurosis la que no permite la derivación psíquica, también a esto se suma que la angustia se conjuga con el aminoramiento de la libido sexual, o sea del placer psíquico. La acumulación de dicha excitación sería de origen somático, una excitación somática de naturaleza sexual, esta excitación se desvía de la parte psíquica y no es usada de forma adecuada (Freud, 1895c).

Freud (1895c) describe que cuando la tensión sexual llega a volverse estímulo psíquico, en ese momento el grupo de representación sexual es llenado de energía y así se genera el estado de tensión libidinosa entonces ahora se necesita un alivio psíquico, para que ese alivio sea posible es mediante algo que denomina acción adecuada, esa acción consiste, por un lado, en un acto reflejo espinal que logra el aligeramiento de las terminaciones nerviosas y por el otro en los preparativos psíquicos que deben provocar ese acto reflejo, esto es en el caso del varón, para el caso de la mujer sería igual solo que Freud no sabía cuál sería el análogo en la mujer de la distensión de las vesículas seminales. Este proceso es el que debería darse para que la tensión sexual siga su procesamiento normal y no aparezca la neurosis de angustia

A lo largo de las explicaciones freudianas se pueden ver esbozos sobre como es la insuficiencia psíquica la que impide el control de la excitación sexual, por ejemplo en la explicación que Freud da sobre la senescencia.

La angustia en la senescencia (el climaterio de los varones) requiere otra explicación. Aquí la libido no cede. Pero sobreviene, como durante el climaterio de las mujeres, un acrecentamiento tal en la producción de la excitación somática que la psique prueba ser relativamente insuficiente para dominarla” (p. 110)

Es igual de interesante la descripción que da respecto a la angustia virginal de la mujer ya que ahí explica como la excitación somática no se puede enlazar con las representaciones psíquicas ya que estas no existen. Estos aspectos son interesantes debido a que algunas teorías psicósomáticas que siguen esta línea plantean una especie de inhabilidad psíquica, empobrecimiento psíquico o ausencia de psiquismo como un elemento causante de las enfermedades psicósomáticas. Freud (1895c) explica que la psique cae en el afecto de la angustia cuando no cree

ser capaz de tramitar una reacción que viene desde afuera, excitación exógena y en la neurosis de angustia cuando se nota incapaz de poder reequilibrar una excitación endógena.

Freud (1895c) habla sobre las semejanzas de la neurosis de angustia con otras neurosis, en especial con la neurastenia y la histeria, con la neurastenia se asemeja en que la fuente de la excitación es somática, pero la diferencia es que los síntomas en la neurastenia aparecen por un empobrecimiento de la excitación mientras que en la neurosis de angustia una acumulación de la excitación, respecto a la histeria comparten la similitud que pueden devenir como ataques o síntomas duraderos, incluso menciona que mucho de lo atribuible a la histeria debería ser de la neurosis de angustia, pero la mayor semejanza es en cuanto al mecanismo de estas, en las dos se genera una acumulación de excitación, y una insuficiencia psíquica que provoca los procesos anormales somáticos, la diferencia es que en la neurosis de angustia la excitación es somática mientras que en la histeria es psíquica.

Freud desarrollo un esquema sexual que utilizaba para explicar bajo qué condiciones el grupo sexual psíquico es despojado de su magnitud de excitación, está plasmado en el *Manuscrito G*, explica que puede ocurrir que la energía sexual somática cese o que sea retirada de ese grupo psíquico, en el primer caso se trata de una melancolía genuina, melancolía neurasténica, en el segundo caso ocurre que la tensión sexual es desviada del grupo psíquico, entonces esa energía se emplea de manera diversa en la frontera entre lo somático y lo psíquico. (Freud s.f.a)

En *A propósito de las críticas a la neurosis de angustia* Freud resume la neurosis de angustia diciendo que “Produce neurosis de angustia todo cuanto aparte de lo psíquico la tensión sexual somática, todo cuanto perturbe el procesamiento psíquico de ella” (Freud, 1895a, p. 124).

Puede darse el caso que la etiología ya esté trabajando pero que todavía no se muestre su efecto, entonces la persona no está enferma como tal pero esta predispuesta. La herencia sería una condición y no una causa específica de la aparición de la neurosis de angustia, la causa sería la sexualidad, la condición hereditaria puede no estar presente (Freud, 1895a). Estas ideas quedan explicadas mediante algo que Freud denominó ecuación etiológica.

Hay una parte del texto de Freud titulado *Sobre el psicoanálisis silvestre* que es de interés para este trabajo, ahí Freud menciona que un médico al no saber totalmente la técnica psicoanalítica, prescribe una terapia somática, esto es interesante ya que posiblemente Freud manejaba como terapia somática los cambios que se podían prescribir al paciente respecto a su vida sexual, una modificación de la vida sexual actual, describe que “La dama que consulto al joven médico se quejaba sobre todo de estados de angustia, y entonces, probablemente, el supuso que padecía de neurosis de angustia y juzgo legítimo recomendarle una terapia somática” (Freud, 1910c, p. 224).

Entonces podría definirse a la neurosis de angustia como una neurosis que tiene una etiología de origen somático, la energía producida por perturbaciones en la vida sexual alcanza ciertos niveles de afecto pero no puede llegar a despertar libido debido a que no existen las condiciones psíquicas necesarias, al estar esta energía orbitando sin enlazarse a una representación psíquica provoca síntomas somáticos, para esto primero se muda en angustia.

Freud a lo largo de su carrera se mantuvo un tanto al margen respecto a las neurosis actuales, si bien desarrollo la neurosis de angustia introdujo cambios en esta teoría, esos cambios están plasmados en *Inhibición, síntoma y angustia*, llegando Freud muchas veces a afirmar que al no tener la neurosis de angustia una etiología psíquica era de poco interés para el psicoanálisis. Strachey (1992) explica que Freud a lo largo de su vida siguió sosteniendo la etiología química de las neurosis actuales, el mismo Freud en su autobiografía menciona que posiblemente alguien después de él pueda seguir desarrollando el problema de este tipo de neurosis.

Lo expuesto en este capítulo en cuanto a la historia y descripción de la teoría psicoanalítica en general y posteriormente respecto a las neurosis conceptualizadas por el psicoanálisis que presentaban síntomas somáticos y que tienen un mayor vínculo con los planteamientos sobre psicósomática, ayudará a entender de mejor forma las propuestas teóricas en psicósomática de algunos autores posteriores a Freud que extendieron algunos conceptos psicoanalíticos para enfocarlos al abordaje de las enfermedades orgánicas.

CAPITULO 2

GEORG GRODDECK Y WILHELM REICH: NUEVAS VISIONES SOBRE LO ORGANICO.

Si bien Freud comenzó tratando los síntomas somáticos de la histeria de conversión a través del método catártico y posteriormente desarrollo el concepto de neurosis de angustia, la cual presentaba también síntomas somáticos, poco a poco fue cambiando su interés por estos aspectos de las neurosis centrándose mayormente en la parte psíquica. Sin embargo las propuestas de Freud serían retomados posteriormente por algunos psicoanalistas interesados en la psicósomática. Antes de que existiera un desarrollo más grande sobre aspectos psicósomáticos, hubieron dos autores que dedicaron su trabajo a la relación mente cuerpo o psique soma, extendiendo algunos conceptos e ideas psicoanalíticas hacia el abordaje de enfermedades orgánicas, ellos fueron Georg Groddeck y Wilhelm Reich, en este trabajo se recuperan por su importancia como pioneros para el estudio de las enfermedades orgánicas.

A Groddeck muchas veces se le reconoce como el padre de la psicósomática mientras que el trabajo de Reich desembocó en teorías con muchos adeptos como la bioenergética. Ellos retomaron en diferente grado lo planteado por Freud y crearon concepciones totalmente nuevas y revolucionarias, que en esos tiempos resultaron perturbadoras para algunos analistas; Groddeck nunca fue bien recibido en las instituciones oficiales de psicoanálisis, fue incluido gracias a la influencia de Freud, por otro lado Reich incluso fue expulsado de la Sociedad Psicoanalítica Internacional.

En su libro *Pensar lo somático* Sami Ali (1991) explica que Freud trazo el camino a seguir para el abordaje de las enfermedades psicósomáticas, es un modelo bidimensional que trata de unificar dos tipos de somatizaciones, la conversión que se da en la histeria y la somatización de la neurosis de angustia, sin embargo existía un problema en este modelo bidimensional, explica que Freud concebía a las neurosis actuales como una fase preliminar de las psiconeurosis “Mas que de una sucesión en el tiempo, se trata de una superación y una conservación, encerrando cada una de las psiconeurosis un “Núcleo de neurosis actual”” (p. 18)

Esta forma de entender la relación entre los dos tipos de neurosis creaba una contradicción para el modelo freudiano, en las neurosis actuales la sexualidad es propiamente genital, mientras que en las psiconeurosis es pregenital, situar a las neurosis actuales como antecesoras de las psiconeurosis es situar lo genital antes de lo pregenital. Históricamente esa situación fue el punto de partida de dos interpretaciones diferentes, una fue la de Groddeck y otra la de Reich (Ali, 1991). Cada uno de estos dos autores siguió una línea diferente dándole mayor importancia a lo psiconeurotico o a lo actual, es así que sus trabajos y sus teorizaciones se basan en uno de estos dos modelos de somatización, Groddeck en el modelo de la conversión histérica y Reich en el de la neurosis de angustia.

3.1 Georg Groddeck.

Georg Groddeck es conocido como el padre de la psicósomática y fue considerado por Freud como un psicoanalista sin haber pasado por previo análisis. Como explican Grossman y Grossman en el libro de *El psicoanalista profano*, en el que hablan de la vida y obra de Groddeck, este se presentó como tal en el congreso de La Haya el 9 de septiembre de 1920, él “Subió a la plataforma, miro con cierto desafío al auditorio y dijo precisamente lo que no debía. “Yo soy un analista profano”” (Grossman y Grossman, 1967, p. 74)

Groddeck nació el 13 de octubre de 1866, fue el quinto y último hijo, su padre era médico y fue quien decidió que su hijo sería médico también. A Groddeck le gustaba ver como su padre atendía a sus pacientes, este poseía mucho tacto, amabilidad y creía que los médicos eran muy rígidos a la hora de seguir las técnicas de la medicina. Un día su padre se desmayó y posteriormente sufrió una parálisis del lado derecho del cuerpo, todo esto debido al ritmo de trabajo que llevaba y a problemas que había tenido la familia. Entre las cosas que Groddeck pudo observar a partir de esa vivencia se encuentra el hecho de que cuando el médico que atendía a su padre entraba al cuarto parecía mejorar pero esto solo duraba mientras permaneciera ahí. A partir de esta experiencia fue que Groddeck decidió que se convertiría en una especie de médico milagroso, él mismo ya de adulto atribuyó a esa fe sin límites respecto a sus habilidades curativas su éxito. Su padre murió tiempo después y esto hizo que Groddeck se decidiera aun más a seguir con su formación médica, también a partir de aquí tuvo una concepción de la muerte como

algo que le provocaba enojo más que tristeza, siempre se esforzó por luchar contra la muerte de sus pacientes hasta el final y cuando sabía que para algunos era inevitable trataba de acompañarlos hasta el último momento. Cuando entro a la universidad Groddeck tuvo contacto con Ernst Schweningen quien era un medico que su padre había admirado, inmediatamente reconoció el potencial de Groddeck y lo adopto como discípulo. Schweningen era un hombre tosco, con un vocabulario no muy refinado y con mucha seguridad, era conocido por sus curas milagrosas (adquirió mucha fama al haber curado al canciller Otto von Bismarck), poco a poco Groddeck adoptaría estas características. En cuanto a sus tratamientos Schweningen prescribía dietas extrañas, realizaba masajes, hidroterapia y ejercicios, también manejaba la idea de que el médico debía imponerse al paciente con la intención verdadera de ayudarlo, posteriormente le enseñaría a Groddeck todo esto. Cuando Groddeck salió de la universidad trabajo con Schweningen en Baden Baden y posteriormente se animo a comprar una casa y abrir su propio sanatorio en la misma ciudad, ahí recibía a sus pacientes y nunca recibió más pacientes de los que pudiera tratar personalmente (Grossman y Grossman, 1967).

Groddeck siguió las enseñanzas de Schweningen pero poco a poco comenzó a comprender otras cosas respecto de sus pacientes, tuvo contacto por primera vez con los aspectos simbólicos de la enfermedad al tratar a la paciente Fräulein G. a quien le disgustaba que él realizara ciertos movimientos con la cabeza u otras partes del cuerpo, de igual forma ella no podía pronunciar ciertas palabras como “taburete”, ni le gustaba que otros las pronunciaran. Groddeck poco a poco comprendió que existía un significado particular para la paciente, también cayó en cuenta de la actitud de esta hacia él, ella le atribuía muchas cualidades que no poseía pero que personas de su infancia sí habían llegado a tener, siguió realizando estas observaciones con otros pacientes.

El concepto de los símbolos no le era nuevo. La literatura estaba llena de símbolos. Pero nunca había conocido a nadie que viviera como si el símbolo tuviera la misma realidad que el objeto externo. Una vez que capto esa realidad, todos los circunloquios de Fräulein G. y sus prohibiciones tomaron un sentido. (Grossman y Grossman, 1967, p. 44)

Como Grossman y Grossman (1967) señalan poco a poco sus métodos fueron cambiando, ya no eran consultas ahora eran conversaciones amenas, en vez de ordenes realizaba preguntas y así poco a poco fue combinando estos nuevos descubrimientos con sus primeros procedimientos.

Groddeck publico en 1913 *Nasamecu*, contracción de una expresión en latín: natura sanat, medicus curat (la naturaleza sana, la medicina cura). Este libro fue pensado en honor a su antiguo maestro Schweninger. Ahí realizo una crítica al psicoanálisis, explicaba que él creía que se convertiría en una especie de tratamiento que cualquier persona intentaría usar sin realmente estar preparado y sin una sincera preocupación hacía los pacientes; sin embargo, realizó estas aseveraciones sin conocimiento sobre el psicoanálisis. Más adelante Groddeck admitiría que compro *Psicopatología de la vida cotidiana* y *La interpretación de los sueños* para comenzar a leer sobre psicoanálisis, aunque no los termino al momento cuando los leyó posteriormente, quedo sorprendido por la concordancia de sus ideas con las de la teoría psicoanalítica. (Grossman y Grossman, 1967)

El 27 de mayo de 1917 Groddeck comenzó a tener correspondencia con Freud, aquí le pidió una disculpa por la crítica antes echa y comenzó a expresarle sus ideas respecto a las enfermedades y la naturaleza simbólica de estas, en esta primer carta Groddeck explica que al atender a una de sus pacientes detecto en ella rasgos que el psicoanálisis explicaba.

Puedo asegurar con toda certidumbre que aquella enferma no conocía ni siquiera la palabra psicoanálisis y casi creo poder decir lo mismo con respecto a mí. Por lo pronto aprendí a través de ella las característica de la sexualidad infantil y del simbolismo, y muy poco después, ya al cabo de unas pocas semanas, me enfrentaba con las nociones de transferencia y de resistencia... (Freud-Groddeck, 1977, pp. 31,32)

Lachica (1999) señala como Groddeck pensaba que era necesario remover los obstáculos que le impedían al paciente alcanzar su sanación, ya que la verdadera sanación era obra de la naturaleza, es por eso que el pedía a sus pacientes que tuvieran una total sumisión a las prescripciones del médico. Groddeck creía que existía una entidad que organizaba las funciones corporales, esta era conocida

como Ello, esta entidad tenía dominio sobre el cuerpo, incluso más que la parte consciente de la persona, llegando a generar las enfermedades.

Siguiendo esta concepción del Ello Grossman y Grossman (1967) explican que esa primer carta es importante ya que en ella se pueden apreciar de forma clara las ideas de Groddeck, aquí define al Ello como una entidad que existe en el hombre más allá de lo corporal o lo anímico.

...había arraigado en mi la convicción de que la distinción entre cuerpo y alma no era más que una distinción nominal e inesencial, y que el cuerpo y el alma constituyen una cosa común, que en ellos se encierra un Ello, una fuerza por la que somos vividos mientras creemos que somos nosotros quienes vivimos. (Freud-Groddeck, 1977, p. 33).

Respecto a estas concepciones Sami Ali (1991) explica que para Groddeck lo psíquico no influía en lo somático ni viceversa, es por eso que a falta de esta causalidad se establece una relación simbólica, el cuerpo simboliza no solo en sus modos de ser sino en su ser mismo, una enfermedad psíquica es a la vez una enfermedad física y viceversa.

Groddeck al contar ya con la aprobación y apoyo de Freud escribió un folleto para la sociedad psicoanalítica, era una reescritura sobre sus ideas que había en la primer carta escrita a Freud, fue llamado *El origen psíquico y el tratamiento psicoanalítico de la enfermedad orgánica*, según Grossman y Grossman (1967) fue la primer investigación real de la psicósomática. Aquí explica como el Ello no solo afecta a los sentidos sino también a los procesos orgánicos y que se protege contra los ataques químicos o bacteriológicos, de esta forma puede propiciar las condiciones para que la gente enferme; por ultimo enuncia que no solo los histéricos deberían ser capaces de enfermar en la forma que lo hacen:

Considero una concepción básica, errónea y peligrosa suponer que solo el histérico tiene el don de enfermarse por cualquier propósito...para exponer en este punto la opinión que se sostiene en este trabajo, diré que su núcleo es que el proceso de conversión debe forzosamente divorciarse del concepto de histeria, debe examinárselo por sí solo, y definírselo más claramente y desde

un punto más favorable, atendiendo a su mecanismo, sus funciones y sus límites básicos. (Groddeck, en Grossman y Grossman, 1967, p. 63).

A partir de esto se puede apreciar como Groddeck se apega al modelo de conversión histérica propuesto por Freud pero lo lleva más allá extendiéndolo fuera de la misma histeria hacia otras enfermedades. Groddeck creía que el síntoma era una expresión simbólica de aspectos inconscientes, una combinación de impulsos instintivos prohibidos y de las fuerzas defensivas que provocaban las distorsiones, por otra parte una de las ideas de Groddeck que hay que puntualizar es el hecho de que lo psíquico no solo genera la enfermedad sino que también propicia la cura.

Freud y Groddeck tuvieron fluida comunicación, incluso el primero se vio influenciado por las ideas del segundo, tanto que más adelante tomaría el concepto de Ello de Groddeck y lo incluiría en su publicación de *El yo y el ello* aunque realizando algunas puntualizaciones sobre las diferencias de sus ideas, esto es importante ya que el uso del Ello por parte de Freud vino a conformar la denominada segunda tópica.

Cuando Groddeck se decidió a escribir el libro de *El Ello*, se retiró a una cabaña que tenía, esto lo hizo en la época de invierno; cuando supo sobre la aprobación de Freud acerca de este nuevo trabajo estaba muy motivado, solo quedaba una cuestión a aclarar, el inconsciente y el Ello. Freud en un principio equiparaba inconsciente y Ello, a pesar de que Groddeck siempre trató de explicar las diferencias, fue hasta este punto donde quedó totalmente claro, incluso Grossman y Grossman (1967) explican que seis meses antes de esto Freud se quejaba del trato que Groddeck daba al inconsciente atribuyéndole una especie de fuerza de autorrealización.

Una cita del prólogo a la segunda edición de la versión en español de *El libro del Ello* escrito por Carlos Castilla del Pino explica muy claramente las diferencias entre el Ello de Groddeck y el de Freud.

Para Freud el *Ello* es un reservorio de energía, de donde proceden las pulsiones de vida y de destrucción. Es pues instintual, no organizado, y la ulterior organización de los mismos ha de proceder de su diferenciación por y en el Yo. Lo que supone de enriquecimiento la sustitución del inconsciente por

el *Ello*, estaría en el hecho de que ya no es solo lo reprimido, sino algo con vida propia, capaz de determinar la propia vida del *Yo*. En Groddeck el *Ello* tiene una amplitud mayor. No es solo libido y destruido es todo lo que en el ser vivo hay de conformador (incluso biológicamente) y, por tanto, con sentido dentro de la estructura y funcionalismo del sistema total. El *Ello* de Groddeck es teleonómico... (Castilla, en Groddeck, 1981, p. 9)

Como explica Lachica (1999) Freud mantuvo cierta distancia respecto las teorías de Groddeck desde el principio de su correspondencia, cuando Freud le responde por primera vez, se puede ver cómo le da más importancia a lo psíquico sobre lo somático manteniéndose apegado a la distinción entre mente y cuerpo.

¿Por qué desde su bonita base se arroja Vd. a la mística, suprime la diferencia entre lo anímico y lo corporal, y se aferra a teorías filosóficas que no vienen al caso? Sus experiencias no conducen sino al reconocimiento de que el factor psic. tiene una importancia insospechadamente grande incluso respecto de la aparición de enfermedades orgánicas. Pero, ¿el solo hecho de que produzca estas enfermedades afecta de algún modo la diferencia entre lo anímico y lo corporal? Tan petulante me parece atribuir un alma a la naturaleza, como desespiritualizarla radicalmente. Dejémosle con su grandiosa diversidad que de lo inanimado asciende a la vida orgánica, y de la vida corporal a lo anímico. Es cierto que el *Ic* constituye la auténtica mediación entre lo corporal y lo anímico, acaso el tanto tiempo buscado "missing link". Más, que al fin lo hayamos descubierto no nos permite ver más lejos. Me temo que sea Vd. también un filósofo y tenga la inclinación monística de menospreciar las bellas diferencias de la naturaleza en aras de la seductora unidad. ¿Acaso con ella nos libramos de las diferencias? (Freud-Groddeck, 1977 p. 39)

A pesar de que Freud siempre mantendría esa posición respecto a la mayor importancia de lo psíquico sobre lo somático, posteriormente estaría de acuerdo con Groddeck en cuanto a que el término inconsciente no era suficiente, tal vez por eso apelo al concepto de *Ello* que Groddeck había desarrollado.

Y para hablar ahora de cuestiones más serias: comprendo perfectamente que a Vd. no le baste el *IC* y considere imprescindible el *Ello*. A mí me sucede lo mismo, solo que tengo un talento especial para conformarme con lo

fragmentario. Pues el inconsciente no es sino algo fenoménico, una indicación a falta de un conocimiento mejor.... (Freud-Groddeck, 1977 p. 66).

Esto desemboca en diferentes concepciones respecto al Ello, Grossman y Grossman (1967) explican que incluso debido a la distinción entre el Ello de Freud y el de Groddeck la traducción para el primero es Id y para el segundo es It.

Groddeck se vio sin duda influenciado por la teoría psicoanalítica y esta retomó algunas de las ideas de Groddeck, a pesar de esto siempre fue visto como excéntrico o alguien con una actitud irrespetuosa hacia los cánones sobre como debería ser un analista, llegó a estar decepcionado de la actitud de los psicoanalistas, decía que muchos de ellos utilizaban conceptos sin realmente entenderlos (Grossman y Grossman 1967).

Groddeck se apego a la búsqueda del significado oculto detrás de las enfermedades orgánicas usando y repensando algunos conceptos de la teoría psicoanalítica para lograrlo, sin embargo en su tiempo su trabajo no fue valorado a pesar de que hoy es imposible hablar de psicósomática sin mencionarlo, desde el modelo de la conversión histérica se lanzo al abordaje de la relación psique soma y dejo toda una obra que constata la relación directa entre psicósomática y psicoanálisis, por último el trabajo de Groddeck ayuda a entender la posición que Freud siempre mantuvo respecto al tema de la relación psique soma.

3.2 Wilhelm Reich.

Wilhelm Reich nació el 24 de marzo de 1897 en Galitzia que se situaba en la parte oriental del antiguo Imperio austrohúngaro. Provenía de una familia acomodada de campesinos, desde pequeño mostro interés por las ciencias naturales. A la edad de dieciocho años entro al ejercito, en 1918 al haber perdido sus bienes por culpa de la guerra se inscribió en la facultad de medicina de la Universidad de Viena. Por esas épocas le gustaba leer sobre biología, filosofía y en gran medida sobre sexología, ya desde esos años creía que la sexualidad era un aspecto fundamental para la vida del ser humano. Se sintió atraído por las ideas de Freud respecto a la sexualidad, sobre todo le atraía lo relacionado a la sexualidad infantil y al hecho de que Freud separo la sexualidad de la actividad reproductiva como tal ampliando la idea que en ese entonces se tenía. En 1919 Reich se convirtió

en jefe del seminario de sexología en su escuela, en ese mismo año fue cuando entro en contacto con Freud y ya para finales de 1920 aun siendo estudiante de medicina se convirtió en miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Viena (Cattier, 1971).

Como Reich explica en su libro *La función del orgasmo*, se sintió atraído por la ideas de Freud sobre la neurosis de angustia, eso más su gusto por las ciencias naturales hizo que se mantuviera más apegado a esta perspectiva en oposición a lo relacionado con las psiconeurosis:

Como lo mencione antes, llegue a Freud a través de la sexología. No es por lo tanto sorprendente que su teoría de las *neurosis actuales* (*Aktualneurosen*), que mas tarde denomine neurosis *estásicas* (*Stauungsneurosen*), me pareciera mucho mas de acuerdo con la ciencia natural que la “interpretación” del “significado” de los síntomas de las “psiconeurosis”. (Reich, 1992, p. 77,78).

Reich (1992) describe que Freud sabia que para el tratamiento de las neurosis actuales era necesaria la modificación de la vida sexual de las personas y que en las psiconeurosis existía un núcleo neurótico actual, esto sería el punto de partida para su trabajo, aunado a esto puntualizo que “No podía existir duda alguna: *Las psiconeurosis tenían un núcleo neurótico-actual, y las neurosis actuales tenían una superestructura psiconeurotica*” (Reich, 1992, p. 79).

Esto se puede entender mejor retomando lo que dijo Ernest Jones, otro discípulo de Freud, él explicó que cuando el proceso analítico lograba dismantelar la estructura psiconeurotica algunas veces se descubría una especie de residuo de neurosis actual, una especie de núcleo alrededor del cual se habían agrupado los síntomas psiconeuroticos.

Reich siguiendo estas concepciones teorizó respecto a la conexión entre las representaciones psíquicas y la excitación somática, quiso comprender su relación. De esta forma entendió que si una idea se dotaba de energía, la excitación aumentaba y hacia a la idea más vivida e intensa, cuando la excitación era disminuida la intensidad de la idea también (Reich, 1992). Lo propuesto hasta aquí, sigue lo formulado por Freud sobre la neurosis de angustia, sin embargo Reich cae en cuenta de que la energía sexual solo puede desviarse si existe una inhibición

psíquica, se sorprendió de que Freud no reparara en ese hecho. Esto presentaba un problema debido al hecho de situar a las neurosis actuales como predecesoras de las psiconeurosis ya que para que surgiera la inhibición debería ya existir un desajuste psíquico, para dar una solución a esto Reich explica lo siguiente.

Una vez que la inhibición ha creado el estasis sexual, este puede a su vez fácilmente aumentar la inhibición y reactiva ideas infantiles, que entonces toman el lugar de las normales....Una vez que eso ha sucedido, se tornan apremiantes; y dado que se encuentran en conflicto con la organización psíquica adulta, deben mantenerse reprimidas. Así, la psiconeurosis crónica con su contenido sexual infantil se desarrolla sobre la base de una inhibición sexual condicionada por las circunstancias presentes y es en apariencia "inofensiva" al comienzo. (Reich, 1992, p 81, 82).

Esta explicación demuestra que las psiconeurosis obtienen su energía de la libido que se encuentra bloqueada en el organismo debido a la inhibición de las circunstancias actuales (Cattier, 1971). Esto tiene cierta semejanza con la idea propuesta por Freud respecto de los traumas sexuales de la infancia, salvo que Reich pone el énfasis sobre la perturbación actual, colocando así la energía de las psiconeurosis como somática, difiriendo de la conclusión final de Freud que decía que la energía responsable era de origen psíquico (fantasías).

Pero por otra parte, las peculiares manifestaciones psíquicas de las histerias y neurosis compulsivas, también parecían brotes malignos sin un fin biológico. ¿De dónde extraían su energía? Indudablemente del núcleo neurótico actual, de la energía sexual bloqueada. Esto y ninguna otra cosa puede ser la *fente de energía* de la psiconeurosis. (Reich, 1992, p. 86)

Todo esto expresa por un lado la posición que Reich sostuvo respecto a las neurosis actuales y su relación con las psiconeurosis dándole mayor peso a lo genital en la génesis de ambas, y por el otro como se mantuvo más próximo a concepciones biológicas en contraposición a las teorizaciones psíquicas manejadas por el psicoanálisis.

A partir de todos estos planteamientos Reich cae en cuenta que la génesis de la neurosis tiene que ver con la falta de potencia orgásmica, explicaba que eso se

debía a que el acto sexual estaba acompañado de significaciones patológicas tanto en la mujer como en el hombre que les impedían alcanzar el orgasmo. Define la potencia orgásmica como la capacidad para dejarse llevar por el influjo biológico sin ninguna inhibición, descargar totalmente la excitación sexual mediante contracciones agradables para el cuerpo (Reich, 1992).

Reich observó que aunque los síntomas neuróticos desaparecían debido al tratamiento analítico, las personas no llegaban a la potencia orgásmica, combinando esto y la importancia que daba a la sexualidad estableció que la tarea más importante del analista era restaurar en el paciente dicha potencia orgásmica, es por eso que se tenía que trabajar sobre las resistencias del paciente, propuso hacerlo poco a poco, yendo de las capas más externas del inconsciente a las más internas. Al mismo tiempo expuso que los analistas no se preocupaban por el comportamiento de los pacientes durante la sesión analítica, el tono de voz, las gesticulaciones o movimientos corporales en general les eran indiferentes (Cattier, 1971).

Lachica (1999) puntualiza que Reich notó que las resistencias más importantes estaban relacionadas con el carácter, este carácter se evidenciaba más en lo que los pacientes hacían que en lo que decían. En un congreso en 1930 Reich (1992) explicó que el carácter se forma como una defensa ante los impulsos inconscientes, las represiones son agrupadas entre sí haciendo que dicho carácter sea un endurecimiento del Yo, este endurecimiento es concretado en tensiones musculares crónicas, estas tensiones son también represiones agrupadas entre sí, el conjunto de tensiones musculares fue denominado por Reich como coraza. Fraenkel (en "El psicoanalista revolucionario", 1976) explica esa coraza diciendo que "Las tasas sexuales resultantes de las tensiones no reabsorbidas por falta de satisfacción orgásmica durante el acto sexual al combinarse con restos no liquidados, forman al acumularse una corteza psicósomática, un verdadero blindaje" (p. 36).

Como ya se mencionó Reich propuso hacer un análisis del carácter yendo de las partes más externas hacia las más internas, Cattier (1971) explica que Reich agregó el carácter a la concepción del aparato psíquico proporcionada por Freud de el Ello, el Yo y el Super Yo.

La originalidad de Reich consiste, por una parte, en introducir una dimensión suplementaria al esquema psicoanalítico de la personalidad añadiéndole el

carácter, y por la otra, en el plano de la técnica terapéutica, dar con las resistencias que acorazan el yo, para llegar hasta las pulsiones del ello. (p. 45)

Es así que Reich relacionaba los distintos caracteres con formas psicocorporales, en su libro *Análisis del carácter*, describe el carácter pasivo-femenino, el histérico, el compulsivo, el fálico narcisista y el masoquista, a pesar de esto Reich nunca dejó una lista como tal de los distintos caracteres por lo que hubo varios intentos posteriores por parte de sus discípulos de agruparlos (Lachica, 1999).

Por último Lachica (1999) explica que la concepción de la naturaleza y función del carácter desarrollada por Reich surgió a partir de su innovación en la técnica psicoanalítica y la importancia que dio a la sexualidad, esto es importante ya que muestra como Reich al igual que Groddeck no se encontraba satisfecho con la técnica psicoanalítica de este tiempo y con la concepción que tenían los psicoanalistas del ser humano.

Reich muchas veces es apreciado como alguien muy lejano al psicoanálisis, si bien en sus principios se interesó por este, poco a poco se fue apartando y centrándose en sus propias ideas y concepciones del ser humano. Como dice François (en "El psicoanalista revolucionario", 1976) Reich renegó del inconsciente Freudiano como instancia psíquica unificadora de fuerzas y significados, lo redujo a sus aspectos pulsionales y después las pulsiones a una única energía eléctrica, de igual forma rechazó la represión de contenidos ligados a afectos a favor de una represión que interviene a nivel orgánico. Comprendía la libido como una fuerza independiente que forma parte del cosmos. Al estar desprovistas sus teorías de todas estas ideas y conceptos psicoanalíticos sería difícil considerarlo un psicoanalista ya que "Reich abandonó el psicoanálisis como el psicoanálisis lo abandonó a él. Se podría tal vez ver en él a una especie de sexólogo revolucionario, lo que le resultaría honroso, porque sería la explicación en esa desoladora especialización" (pp. 155,156).

Si bien es difícil considerar a Reich como un psicoanalista en el sentido estricto, no hay duda en que se formó en el psicoanálisis y gracias a este pudo desarrollar sus ideas como lo hizo. Reich tiene una gran variedad de obras en distintos ámbitos que llegan incluso hasta lo político, una de las razones que dan importancia a su obra es que, al igual que Groddeck, denunció las limitaciones del psicoanálisis de

mantenerse al margen en el abordaje de las enfermedades orgánicas. Reich se lanzó desde la línea de las neurosis actuales aportando un desarrollo a lo propuesto por Freud y tratando de resolver la discusión que había entre neurosis actuales y psiconeurosis.

Es difícil no pensar en si Groddeck y Reich se conocieron, en cuanto a la relación que hubo entre estos dos autores ellos nunca llegaron a conocerse, Reich solo le dedica unas palabras a *El libro del Ello* en *La función del orgasmo*, diciendo que las ideas de Groddeck eran de esas que psicologizan lo somático.

Las ideas de estos dos autores fueron novedosas en su época y en algunos momentos les trajeron el rechazo de otros teóricos en psicoanálisis, a pesar de esto sus propuestas son interesantes y aportaron para comenzar a desarrollar algo nuevo. Este capítulo se realizó por la importancia de Groddeck y Reich como pioneros en la recuperación de algunos aspectos de la teoría freudiana para el abordaje de enfermedades orgánicas, ellos fueron una opción para comenzar a reflexionar algo que no se reflexionaba. El trabajo de Groddeck permitió pensar a futuros autores que en los padecimientos orgánicos se encontraba presente un simbolismo que podía ser interpretado y que existía toda una gama de aspectos inconscientes involucrados en esos procesos, de la misma forma sus ideas sobre ello fueron una nueva visión respecto a la relación psique soma. Por otro lado Reich con un trabajo de corte más energético y con teorizaciones respecto a la sexualidad humana, abrió la posibilidad de pensamiento sobre como las energías somáticas específicas, en este caso las sexuales, pueden influir en el cuerpo en general.

CAPITULO 3

LA PSICOSOMATICA

3. 1 Historia.

Es difícil hablar de una historia de la psicología debido a que es poco posible un acuerdo general sobre qué elementos destacar a la hora de trazar esa historia, esto tiene que ver con el hecho de que la psicología está enmarcada dentro de una problemática un tanto profunda, esto se refleja en la gran diversidad de perspectivas teóricas existentes sobre psicología, que a su vez provocan distintos problemas teóricos; sin embargo, a lo largo de diversas épocas han ocurrido diferentes acontecimientos que ayudan a visualizar puntos de encuentro que permiten trazar y entender dicha historia. La profunda problemática anteriormente mencionada en la que se enmarca la historia de la psicología ha tocado desde hace mucho tiempo al ser humano y tiene que ver con la relación que existe entre mente y cuerpo. Desde hace siglos se ha querido develar la naturaleza de esa relación, saber cómo es la influencia existente entre mente y cuerpo, si son realmente dos cosas separadas o una sola entidad, cual es más importante, entre muchas otras cosas. Todo esto se vuelve más complejo debido a que en psicología, esa problemática es extendida al campo de la enfermedad y por consecuencia al de la medicina, el interés radica en conocer y comprender qué papel juega la relación cuerpo mente en el proceso de enfermar del ser humano, esto es tan trascendente que incluso deriva en cuestionamientos sobre la misma condición humana. Estas ideas y cuestionamientos han sido formulados desde tiempos antiguos, de ahí que las raíces históricas de la psicología se puedan encontrar en autores de antiguas civilizaciones.

Retomando lo anterior López (2005), explica que desde el inicio de la historia de la medicina, la práctica médica y la concepción de la enfermedad, ya existían dos corrientes. Una corriente fue ilustrada por Hipócrates, quien tomaba como objeto al hombre enfermo en su totalidad, de esta corriente es de donde se deriva el pensamiento psicológico moderno. La segunda corriente era representada por Galeno, desde esta perspectiva se le concebía a la enfermedad una existencia autónoma (lesión anatomoclínica, etiología específica) constituida ya en el ámbito mecanicista y positivista.

Siguiendo esto Békei (1984), señala que en la antigüedad la medicina se encontraba muy ligada a la religión, desde esos tiempos existía una corriente empírico-racional que a través de pruebas y errores generaba experiencia, los resultados de estas prácticas estaban bajo la administración religiosa. Esas raíces empíricas y racionales tomadas en su contexto social son la base de la medicina psicosomática actual. Esta misma autora explica que las doctrinas de Hipócrates resumían todo el saber médico de su época y dominaron el pensamiento médico durante dos mil años. Posteriormente la teoría humoral hipocrática, que más tarde fue transmitida por Galeno, fue el único puente que unía la medicina antigua y la moderna. Esta teoría explicaba que la salud y la enfermedad, así como el temperamento y el carácter, dependen de los cuatro humores cardinales que existen en el cuerpo: sangre, linfa, bilis negra y bilis amarilla. Según predominara algún humor el temperamento podía ser sanguíneo, flemático, melancólico y colérico. Estos temperamentos a su vez predisponían a las personas a distintas enfermedades.

La doctrina hipocrática comenzó a perder vigencia cuando la ideología del Renacimiento hizo posible la autopsia y un estudio más preciso sobre el cuerpo, esto dio lugar a conceptos etiológicos más realistas; pero, también más localistas, la antigua teoría humoral era global y aunque según esta, los humores se extendían por todo el cuerpo, la nueva teoría celular sostenía que el asiento de las distintas enfermedades era en determinados órganos. Los métodos para diagnosticar se afinaron y las manifestaciones semiológicas se confrontaban con las comprobaciones anatómicas. A pesar de esto muchas enfermedades no lograban explicarse, ante esta cuestión posteriormente surgió la idea de que algunos cambios y disfunciones morfológicas (con su consecuente disfunción orgánica), podían ser el resultado de fallas en el funcionamiento debido a una tensión emocional (Békei 1984).

Como explica la Fuente (2010) el humanismo y protestantismo prepararon el terreno para el racionalismo. En el siglo XVII, específicamente en 1637, Descartes postula el dualismo existente entre el alma y el cuerpo en su obra *Discurso del método*, el planteamiento de Descartes tiene repercusiones aun en nuestros días y es de importancia para la psicosomática ya que justo trata sobre la relación mente cuerpo. Aunado a esto en 1666 Thomas Sydenham, médico de origen inglés, formuló la idea de que algunas enfermedades eran causadas por agentes

particulares que se encontraban en una lucha contra los poderes curativos naturales del cuerpo. La Fuente también explica que Robert Buton resumió los conocimientos que se habían tenido sobre las neurosis en el renacimiento, la teoría humoral seguía vigente ya que esta se utilizaba para explicar la melancolía.

En cuanto a los enfermos mentales, en la segunda mitad del siglo XVIII fue cuando Felipe Pinel director del hospital La Bicêtre en París, en medio de la ideología revolucionaria del racionalismo y de la actitud científica de la época, logro permiso para comenzar a tratarlos de distinta forma, convencido de que un trato basado en la bondad traería mejores resultados que si se les trataba como criminales o bestias. Tiempo después Pinel fue puesto a cargo del hospital de La Salpêtrière donde aplico la misma reforma (La Fuente, 2010)

Posteriormente en el siglo XIX la concepción médica se vio influenciada por las ideas de Darwin y en mayor medida por la teoría del germen que conformo la concepción de una etiología específica, las figuras centrales en esto fueron Luis Pasteur, Roberto Koch y posteriormente Paul Ehrlich. Aun con lo anterior debido al auge del romanticismo se renovó el valor de la emoción y la imaginación en contraposición contra la ideología racional de la ilustración (La Fuente, 2010)

Como explica La Fuente (2010) durante el siglo XIX, los términos hipocondría, histeria o dispepsia se usaban para designar a diversas enfermedades nerviosas. Ya desde tiempo atrás se creía que padecimientos como la hipocondría o la histeria eran provocados por algunos órganos del cuerpo humano, específicamente los órganos abdominales. Fue hasta 1733 con la publicación del libro de Cheyne titulado *The English Malady or a Treatise of Nervous Disease*, que se comenzó a popularizar en Inglaterra el termino de enfermedad nerviosa. Este término fue restringido únicamente a trastornos sin patología aparente ya que se suponía que eran provocados por trastornos del sistema nervioso. Se les intento explicar cómo alteraciones de la conducción nerviosa, sin embargo los mecanismos mediante los cuales ocurría eran desconocidos y al no encontrar una causa específica se hablaba de predisposición o temperamento nervioso.

Las enfermedades nerviosas se convirtieron en padecimientos que no podían ser comprendidos completamente, ante este panorama distintas disciplinas intentaron buscar explicaciones satisfactorias, es dentro de este contexto donde

empieza a conformarse el psicoanálisis y donde se comienzan a desarrollar nuevas concepciones que permiten repensar la relación pique soma.

La Fuente (2010) explica que la psicología experimental nació como una rama de la fisiología y aquí se conjuntaron los trabajos de distintos autores como Wundt, Watson y posteriormente Skinner. Algunos de estos trabajos se basaron en los de Ivan Pavlov quien mediante experimentos con animales estudio las repercusiones del aprendizaje sobre procesos fisiológicos, de ahí surgió su teoría de los reflejos condicionados.

Por otra parte desde la psiquiatría, que para el siglo XIX alcanzo un estado más científico, se realizaron numerosos intentos de describir y clasificar las perturbaciones mentales, Emil Kraepelin, psiquiatra alemán, a principios del siglo XX realizo una clasificación de las distintas enfermedades mentales que fue muy aceptada. Además de describir y catalogar los psiquiatras se empeñaron en encontrar causas orgánicas específicas de los principales trastornos mentales, estas ideas nacieron en los hospitales dedicados a enfermos mentales (La Fuente, 2010)

Dentro de las enfermedades nerviosas que no tenían una completa y convincente explicación se encontraba la histeria, que sería el punto de partida para novedosas concepciones sobre estas enfermedades. Lain Entralgo (1950), en su libro *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*, explica que la histeria quedo como un padecimiento irreductible al método anatomoclínico, ya que su mecanismo no tenía nada que ver con algún daño en la anatomía cerebral. Justo bajo ese contexto en el cual se quería encontrar explicación para la histeria es donde entra el trabajo de Charcot de intentar perfilarla clínicamente. Para Lain Entralgo (1950), el trabajo de este importante neurólogo se puede dividir en dos periodos, en el primero trató de delimitar el cuadro sintomático de la histeria y en el segundo, de corte mas patogenético, se le ocurrió reproducir artificialmente las parálisis histéricas, a partir de esto descubrió que detrás de su mecanismo se encontraban representaciones dominantes en el cerebro.

Como ya se menciona en el primer capítulo del presente trabajo, Freud fue discípulo de Charcot, ese encuentro fue muy importante ya que todo el trabajo de Freud comenzó a edificarse bajo este panorama de poca comprensión sobre la histeria pero ya contando con la base teórica del neurólogo Parisino, incluso en su

artículo de 1893 titulado *Charcot*, explica que en este punto es donde se conecta el trabajo de Janet (discípulo de Charcot) y el de Breuer, y que esto ayudó a desarrollar la teoría de las neurosis, en ese mismo trabajo Freud hace una equiparación con la explicación medieval religiosa sobre las posesiones demoniacas, solo que ahora en vez de demonios se tenía una explicación psicológica.

Retomando a Lain Entralgo (1950) él describe que Freud con su psicoanálisis fue un parte aguas para las visiones medicas de ese momento, ya que en la segunda mitad del siglo XIX existían tres visiones para entender las neurosis; la primera era el pensamiento anatomoclínico, que se apegaba a alteraciones anatómicas en el cerebro como explicación de las neurosis; el segundo modelo era el fisiopatológico que proponía una explicación de corte más químico y el tercero el etiopatológico que apelaba a causas externas, desde aquí se hablaba de neurosis traumáticas.

Lain Entralgo (1950) explica que a partir de Freud se introdujeron en la medicina cuestiones, que si bien no lo sitúan como el creador de la psicósomática, si podría hablarse de él como un facilitador, estas cuestiones son por ejemplo: el valor concedido a la palabra como eje central en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; haberle dado la importancia necesaria a la vida instintual de las personas mostrando el lazo que existe entre cuerpo y mente; el haber demostrado que ese lazo está compuesto por una influencia entre estos dos componentes; y tal vez lo más importante, haber mostrado la existencia del inconsciente.

A partir de lo anterior se puede entender el nacimiento de la teoría psicoanalítica como alternativa a las explicaciones medicas de ese tiempo sobre las enfermedades nerviosas o neurosis, por esa razón es acertado pensar a Freud como un facilitador de la psicósomática. Es así que desde sus inicios el psicoanálisis nació y quedo indiscutiblemente ligado a una nueva concepción de las enfermedades nerviosas, concepción que aunque no es de corte psicósomático es el punto de partida para esta visión y la base que algunos posteriores autores retomarían para realizar sus propuestas teóricas, como dice Luis Chiozza (2005) “¿A caso carece de significado el hecho de que el psicoanálisis ha nacido de la necesidad de interpretar el sentido inconsciente de los fenómenos somáticos que se observaban en la histeria?” (p 82).

De esta forma las teorizaciones y conceptos de Freud dieron pie a que otros autores comenzaran a desarrollar sus propias ideas sobre psicósomática, se puede decir que la historia de la psicósomática ya como tal desde la teoría psicoanalítica comienza aquí, con Freud y sus colaboradores (Békei, 1984).

Si bien el psicoanálisis fue un facilitador para la psicósomática, ese término ya había aparecido anteriormente, el término psicósomático apareció por primera vez en 1818, fue acuñado por August Heinroth quien lo uso en su trabajo sobre sonambulismo, posterior a Heinroth el termino fue objeto de variaciones, llegándose a usar los términos, somato-síquico, psicofísico o psicomédico (Gorali, s.f.). Freud llego a utilizar precisamente el termino psicofísico.

Los primeros autores dedicados a escribir o desarrollar sus ideas sobre psicósomática tuvieron influencia del psicoanálisis freudiano, por ende, algunos tuvieron contacto con el mismo Freud. Al ser la psicósomática un terreno nuevo algunas de las ideas de estos autores se basaban en modificaciones de la técnica psicoanalítica, un ejemplo de esto fue Sandor Ferenczi quien proponía realizar una técnica más activa implementando algunas prohibiciones sobre las conductas de sus pacientes (Lachica, 1999).

Algunos autores conciben a Groddeck como el padre de la psicósomática, entre estos se encuentra Békei (1984), ella describe que este se entusiasmo con la comprensión del sentido simbólico de los fenómenos físicos que se presentaban en la conversión histérica y que posteriormente estableció una analogía entre la expresión corporal simbólica y las manifestaciones somáticas de cualquier enfermedad. Esta autora comenta que adjudicar un sentido a la enfermedad era algo novedoso y revolucionario pero a pesar de esto las ideas de Groddeck no fueron bien recibidas.

Como ya se menciona en el segundo capítulo del presente trabajo Groddeck y Freud se vieron influenciados mutuamente por distintas ideas de cada uno, este encuentro fue importante para la historia de la psicósomática ya que propicio que Groddeck representara el primer intento de aplicar algunas ideas de la teoría psicoanalítica al tratamiento de enfermedades orgánicas. En 1920 Groddeck se presento como analista profano en el congreso de la Haya y ya al contar con la aprobación y apoyo de Freud escribió un folleto para la sociedad psicoanalítica

llamado *El origen psíquico y el tratamiento psicoanalítico de la enfermedad orgánica*, que fue la primer investigación real de la psicósomática (Grossman y Grossman 1967). En esta época también se suman los trabajos de Wilhelm Reich, a pesar de que no se le considera muy cercano a la psicósomática Lachica (1999) considera que sus trabajos fueron importantes ya que se desprendieron de las ideas de Freud sobre la neurosis de angustia y la sexualidad, y fueron la base para toda una teoría que abordaba padecimientos corporales. Las propuestas de Groddeck y Reich fueron intentos de ese tiempo de extender algunos conceptos psicoanalíticos hacia el abordaje de enfermedades orgánicas, se les puede considerar pioneros en eso. Estos dos autores nunca tuvieron contacto directo, aunque para Lachica (1999) Ferenzci pudo haber sido un posible puente entre ellos ya que él estuvo en contacto con ambos y probablemente hablo a uno del otro.

Békei (1984) explica que varios analistas se agruparon en torno a Felix Deutsch quien era psicoanalista alemán y comprendía la necesidad de emplear un pensamiento más riguroso en los estudios psicoanalíticos y su aplicación a la clínica. Según la autora el reintrodujo el término “psicósomático” que ya había sido acuñado en el siglo XIX y olvidado.

El desarrollo de la psicósomática basada en la teoría psicoanalítica comenzó aproximadamente a partir de la década de 1920, posteriormente como consecuencia de la segunda guerra muchos psicoanalistas se vieron obligados a emigrar a otros países, de esta forma se comenzaron a establecer centros de estudio en distintos lugares, la escuela de Chicago fue uno de esos lugares.

Sin embargo antes de que se estableciera el movimiento en Chicago, como explica Lewis (1968), la historia de la psicósomática en Estados Unidos comienza con Jelliffe quien fue un medico de Nueva York. Jelliffe conoció a Freud en 1921 y entablaron conversación sobre diferentes cosas, Freud le hablo sobre Groddeck y Jelliffe se dio cuenta que las ideas de este ultimo eran parecidas a las que él tenía.

En una carta de Freud del 2 de octubre de 1931 le explica que el trabajo que le había enviado era de interés para él y que era un ejemplo de la medicina del futuro para la que Jelliffe estaba preparando el camino, también le comenta que en el siguiente número del Internationale Zeitschrift iba a publicarse un artículo del clínico alemán Weizsacker. De igual forma en esa carta le explica que ya no debe esperar

grandes aportaciones de Freud a la psicología pero que no dejara de regocijarse cuando otros lleven adelante las propuestas que el realizo. Entre sus tempranos ensayos que tratan de medicina psicosomática se encuentra un artículo llamado *Psoriasis as an Hysterical* conversión de 1916 que es considerado por algunos como el comienzo de esa corriente, posterior a este siguieron muchos trabajos sobre psicosomática. (Lewis, 1968).

A pesar de lo anterior respecto a Jelliffe, para López (2005) la historia de la psicosomática desde el paradigma psicoanalítico nace en EE. UU. A mediados del siglo, se constituye en torno al instituto Psicoanalítico de Chicago, aquí aparece el término Medicina Psicosomática, sus autores pioneros son Franz Alexander, Flanders Dunbar y R. Grinker entre otros. Lain Entralgo (1950) sitúa el inicio de este movimiento un poco antes, entre 1934 y 1935, explica que cobro amplitud durante la segunda guerra mundial, a partir de la publicación de la revista *Psychosomatic Medicine* en 1939. Retomando a López (2005), él considera que en la actualidad las derivas más importantes de esa psicosomática psicoanalítica han sido la Escuela de París y la escuela argentina liderada por Luis Chiozza y el Centro de consulta Médica Von Weizsaecker de Buenos Aires.

Las propuestas de esta escuela dejaron de lado el modelo basado en la conversión de la histeria y se enfocaron en la patología de los órganos, ellos realizaron las primeras investigaciones sistemáticas y de corte más científico. Bajo estas bases Dunbar trato de correlacionar perfiles de personalidad con trastornos psicosomáticos específicos, mientras que Alexander propuso siete enfermedades psicosomáticas, estudiando la neurofisiología de su disfunción y correlacionándola con los conflictos inconscientes de cada una. (Otero y Rodado, 2004).

El psicoanálisis fue facilitador para una nueva visión respecto a las enfermedades, las concepciones psicosomáticas no fueron las únicas que se desarrollaron a partir del trabajo freudiano, una de las consecuencias de los planteamientos psicoanalíticos derivó en el surgimiento de la medicina antropológica, que comenzó con un interés sobre la psicosomática. López (2005), explica que la medicina antropológica nace en Alemania en el primer tercio de siglo a partir de la medicina interna, parte de reflexiones que tienen que ver con la enfermedad y su sentido, la relación médica, la curación, el beneficio de la enfermedad y la posición

ante la vida por parte del enfermo; fue conocida como Escuela de Heidelberg. Su exponente más brillante fue, precisamente, Viktor von Weizsaecker.

Weizsaecker fue un clínico neurólogo de la universidad de Heidelberg, en uno de sus libros agradeció a Freud su revolución en la psicopatología ya que fue un punto de partida para una reforma global de la medicina, en 1926 visitó a Freud en su casa para agradecerle ya que sus propuestas habían hecho que su práctica médica tomara un nuevo curso. Para Weizsaecker la medicina psicosomática es una coyuntura psicosomática enferma donde no se estudian enfermedades sino enfermos, en 1932 le envió a Freud un estudio titulado *Lo que sucede en el cuerpo y neurosis*. (Alonso, en Goralí, s.f.).

Posteriormente Freud le contestó con una carta en octubre de ese mismo año diciendo que su trabajo le pareció interesante y que le gustaría publicarlo. También Freud le explica que por razones educacionales a los analistas los tuvo que mantener separados de esas revisiones ya que términos como inervaciones, dilatación de arterias o conductos nerviosos hubieran sido tentaciones demasiado peligrosas, ellos tenían que limitarse únicamente a maneras psicológicas de pensamiento. En esa misma carta Freud le explica que los síntomas comunes con cualquier enfermedad como interrupción, cambio o crisis los están preparando para novedades importantes. (Alonso, en Goralí, s.f.).

Algunos años después, en la década de los sesentas, comenzaría un movimiento sobre psicosomática en París, encabezado por Pierre Marty y algunos otros autores como Miche Fain, Michel de M'uzan y Christian David (Otero y Rodado, 2004).; sin embargo, como este mismo autor menciona ya desde 1947 algunos psicoanalistas en Francia publicaban trabajos sobre psicosomática.

En los sesentas se comenzó a publicar la revista de medicina psicosomática en Francia y se fundó la Escuela Psicosomática de París, posteriormente el Instituto de Medicina Psicosomática de París.

Como explica López (2005), en esos años la Escuela de París propuso una relación entre la proclividad a somatizar o agravamiento de patologías somáticas y una forma de organización mental (pensamiento operatorio), un estado afectivo intermitente (depresión esencial) y un estilo de relacionarse (las relaciones blancas).

Posteriormente algunas de las ideas de los autores de la Escuela de París sobre el pensamiento operatorio, influirían en las investigaciones de Nemiah y Sifneos quienes retomarían el concepto griego de Alexitimia y lo usarían en la psicología. Estos dos autores fueron los principales representantes de la escuela Psicosomática de Boston. (López, 2005).

Si bien desde la antigüedad se tienen ideas sobre el papel que juega la relación mente cuerpo en el proceso de enfermar del ser humano, tiene menos de un siglo que la psicología comenzó a tener una naturaleza más científica y sobre todo un corte psicoanalítico, todo esto gracias a una descentralización del orden médico llevada a cabo por Freud, descentralización que dio pauta a que sean otras las miradas que se encarguen de visualizar los padecimientos orgánicos.

Este recorrido histórico ayuda a dar cuenta de que existen diversas aproximaciones en torno a lo psicología, medicina psicología, enfermedad psicología o procesos psicología, basadas en el psicoanálisis. Incluso fuera de la teoría psicoanalítica existen también otras perspectivas que abordan estas cuestiones, por ejemplo la teoría sistémica también tiene sus propias propuestas.

Estas distintas perspectivas hacen difícil una definición general sobre estas nociones. Precisamente ahí es donde radica la problemática planteada en este trabajo, la dificultad de entender la psicología debido a la gran diversidad de propuestas teóricas existentes y a que cada una de estas perspectivas enfatiza aspectos puntuales y define sus propios conceptos, que si bien tienen su propio marco teórico, se desprenden de la teoría psicoanalítica y esto lejos de calmar la problemática contribuye a la confusión ya que el grado en que se basan o modifican aspectos de dicha teoría difiere de una propuesta a otra.

3.2 Problemas teóricos.

Como ya se pudo apreciar en el apartado anterior a partir de los planteamientos freudianos comenzaron a desarrollarse diversas líneas de abordaje en psicología, existe una gran cantidad de autores que tienen sus propias teorizaciones, conceptos y técnicas terapéuticas, sin embargo al desprenderse del psicoanálisis de una forma u otra no son totalmente ajenos a los postulados propuestos por Freud. Para Sami Ali (1991), todas estas perspectivas son una

continuación de los modelos freudianos de somatización ya que, en mayor o menor medida, se basan en lo teorizado por el padre del psicoanálisis respecto a la histeria de conversión y la neurosis de angustia. Esto mismo es propuesto por Otero y Rodado (2004), quienes trataron de delinear el panorama sobre dichas posiciones agrupando distintos autores ya sea en la línea basada en la conversión histérica o en la otra línea que es la de la neurosis de angustia. Aun con las propuestas de estos dos autores es difícil realizar una categorización de todas las perspectivas existentes y más aun teniendo en cuenta que al ser la psicósomática algo que se gestó después de Freud, diversos autores basan sus teorizaciones en ideas psicoanalíticas post freudianas como por ejemplo las de Lacan.

Es todo esto lo que genera algunos problemas teóricos ya que en algunas ocasiones los conceptos o postulados difieren mucho uno del otro dependiendo de la perspectiva o autor desde donde se esté hablando. Es enriquecedor que existan distintas propuestas que abordan la psicósomática y de ninguna forma se pretende asumir que alguna es mejor que otra. Es así que la presentación de algunas de las ideas de diversos autores, ubicadas dentro de problemáticas específicas puede ayudar a entender mejor algunos puntos de ciertos problemas teóricos.

Se decidió abordar a estos autores teniendo en cuenta que sus propuestas permiten ser pensadas desde una perspectiva freudiana; la claridad y fluidez de sus textos y por último la facilidad que permiten sus ideas para presentar ciertas problemáticas teóricas.

Las problemáticas específicas seleccionadas giran en torno a lo que se puede considerar como enfermedad psicósomática; el tipo de energía que provoca el padecimiento o pone en marcha el proceso psicósomático y por último la problemática relacionada con los modelos mentales bajo los que se concibieron los conceptos freudianos de histeria de conversión y neurosis de angustia, que repercuten en el proceder del psicoanalista.

La primer problemática plantea una discordancia respecto a lo que debería considerarse como enfermedad psicósomática, Fischbein (2000) explica que por mucho tiempo el modelo de la histeria fue el principal para el abordaje de estas enfermedades, tanto para la comprensión como para el tratamiento, ese modelo

posteriormente llego a ser insuficiente; sin embargo, algunos autores decidieron seguir trabajando desde este modelo.

Luis Chiozza, psicoanalista argentino, es uno de los autores que trabajan desde esta línea, él se basa en el concepto freudiano de series psíquicas para explicar lo que concibe como enfermedad psicosomática. Una serie psíquica está constituida por una serie coherente de representaciones vinculadas entre sí en función de una meta determinada, existen sin embargo, series psíquicas incompletas en las cuales faltan eslabones, es debido a esta falta que se constituyen los actos fallidos o fenómenos que no tienen sentido dentro de la cadena psíquica consciente, los eslabones faltantes no permiten integrarlo de manera coherente. Cuando se encuentra un segundo propósito inconsciente, en el cual ese suceso inexplicable cobra sentido, se dice que se hace consciente lo inconsciente, esos fenómenos psíquicos que se vuelven conscientes pueden presentarse de dos formas, una es como tal lo psíquico consciente y la otra vendría a ser lo somático, que a nivel inconsciente es psíquico, solo conscientemente es somático (Chiozza, 2005). De esta forma para él las enfermedades orgánicas son la expresión simbólica de algo inconsciente, esto es lo que él entiende como enfermedad psicosomática y esta ocurre en cualquier parte del cuerpo.

Por otra parte algunos autores como Pierre Marty o Franz Alexander, consideran que la autentica somatización se encuentra separada del fenómeno de conversión histérica y se da en el sistema vegetativo, si bien es el segundo el que pone más énfasis a esta idea, también Marty se encuentra cercano a esta idea.

Alexander (En Goralí, s.f.) identifica 3 categorías de las funciones fisiológicas que se pueden ver influidas por aspectos psicológicos, una de esas es la de las inervaciones expresivas, a través de estas se expresan emociones como enojo, tristeza o alegría, estas no persiguen satisfacer ninguna necesidad biológica básica. Cuando las emociones expresadas por estas funciones están en conflicto con los estándares de la personalidad aparece la conversión, el síntoma sirve para descargar las emociones de forma parcial y al mismo tiempo como defensa para que no se descarguen directamente; sin embargo, aunque estos dos autores concuerdan en que las enfermedades psicosomáticas se dan en el sistema vegetativo, cada uno

tiene sus propias teorizaciones dentro de las cuales existen distintos niveles y tipos de somatización.

Siguiendo este planteamiento Emilce Dio Bleichmar (1985) distingue distintos tipos de mecanismos en la producción de los síntomas conversivos, entre estos se encuentra el que se da por simbolización, este síntoma es una combinación de representaciones en donde una parte del cuerpo expresa, mediante la alteración de alguna función, un pensamiento reprimido y a su vez una defensa que admite fantasmáticas de distintos tipos, como sexual, narcisista o agresiva. Fenómenos como la marcha, la palabra o la visión son más fáciles de articular con la gramática fantasmal en contra posición con órganos como el riñón o el hígado, de esta manera la conversión sería más un medio de expresión de contenidos representacionales, mientras que en las enfermedades psicósomáticas la afección se localizaría en una zona no porque exista una relación con el conflicto, sino porque esa zona ofrece un punto de menor resistencia. Para ella si se eliminara la imprescindibilidad del fantasma como condición para producir la conversión, se podría desdibujar la diferencia entre una enfermedad psicósomática y la conversión.

Como se puede ver este tipo de especificidades teóricas hacen imposible una definición generalizada de lo que es enfermedad psicósomática, de hecho ya desde el concepto psicósomático en sí, existen distintas concepciones, es decir sin que este acompañado por la concepción de enfermedad, por ejemplo para Marty (1990) el funcionamiento del ser humano es psicósomático en esencia, por eso decidió no utilizar la expresión manifestaciones psicósomáticas.

Algo parecido es propuesto por Fischbein (2000), quien no alude al término psicósomático, ya que para él hay una sola entidad que podría denominar como psicósomática y esta es la salud, la salud es el momento en el que lo psíquico y lo somático se encuentran integrados, el paciente somático vendría a ser el fracaso de esa integridad, este autor prefiere utilizar el término acontecimiento somático.

El segundo tipo de problemáticas teóricas derivan del encuentro que se da entre lo biológico y lo psicológico a la hora de hablar de lo psicósomático, ya sea que se hable de enfermedades psicósomáticas o síntomas conversivos, medicina psicósomática o procesos psicósomáticos.

Como se pudo constatar en el apartado 1.5 de este trabajo estas cuestiones sobre lo biológico y lo psíquico ya se encontraban presentes en las nociones freudianas de histeria de conversión y neurosis de angustia. Aunado a esto la teoría psicoanalítica trata en gran medida de las pulsiones, definidas por Freud como un concepto límite entre lo psíquico y lo somático, implícitamente en esto se encuentra el aspecto energético, cuestión que Freud ya desde el *Proyecto de psicología para neurólogos* trato de abordar pero desde un punto de vista más neurológico; sin embargo, debido a su creciente teorización sobre psicología lo abandono. Entonces las problemáticas constituidas a partir de todo lo anterior se relacionan directamente con el tipo de energía que provoca las somatizaciones. A partir de los supuestos de la teoría freudiana se entiende que la energía que provoca las somatizaciones de tipo conversivo es de origen psíquico; son los conflictos inconscientes los que provocan todo el proceso. Mientras que en las somatizaciones consideradas como auténticas enfermedades psicósomáticas por autores como Marty y sus colaboradores, la energía es de origen somático, este proceso es el que sigue lo planteado por Freud sobre la neurosis de angustia, la energía no logra ser tramitada psíquicamente y al quedarse en ese plano provoca el padecimiento, en palabras de Freud.

Aquí como allí, acumulación de excitación (en lo cual quizá tenga su fundamento la ya descrita semejanza entre los síntomas); aquí como allí, *una insuficiencia psíquica, a consecuencia de la cual se producen unos procesos somáticos anormales*. Aquí como allí, en vez de un procesamiento psíquico interviene una desviación de la excitación hacia lo somático; la diferencia reside meramente en que la excitación en cuyo desplazamiento (descentramiento) se exterioriza la neurosis es puramente somática en la neurosis de angustia (la excitación sexual somática), mientras que en la histeria es psíquica (provocada por un conflicto). (Freud, 1895c, p.114).

De esta forma los autores en psicósomática construyen sus propuestas en torno al origen de la somatización, dependiendo del tipo de energía que pone en marcha todo el proceso.

Chiozza (2013) explica que la forma más breve de contestar a la pregunta de ¿Por qué enfermamos?, es pensar en que nos enfermamos debido a que estamos

viviendo una historia. Los síntomas expresan aspectos reprimidos de una forma encubierta, estos son al mismo tiempo un intento simbólico de cambiar esa historia. Dicha historia oculta en el cuerpo, es oculta porque encierra un conflicto entre los motivos que impulsan un deseo y los que se oponen a dicho deseo. El conflicto se alivia cuando el deseo se reprime, se olvida, pero existe un defecto, el defecto consiste en que lo reprimido retorna y lo hace bajo la forma de síntoma, es un representante encubierto de lo que se había reprimido. Chiozza (2005) explica de esta forma los padecimientos orgánicos defendiendo la idea de que es diferente pensar que cuerpo y alma necesitan una tercera instancia que los vincule, y pensar que son dos formas de mirar a una misma realidad, esta realidad sería percibida como cuerpo cuando se ignora su significado inconsciente.

Dio Bleichmar (1985), teoriza que las asociaciones que se dan en el plano psíquico entre representaciones del cuerpo y las de alguna fantasmática particular son las responsables de la conversión, las representaciones del cuerpo anatómico son una subclase comprendida e incluida en el complejo representativo de las otras, es por esta razón que actúan sobre ellas, además las representaciones corporales pueden vincularse con cualquier tipo de temática.

La conversión es un mecanismo de vinculación entre dos conjuntos de representaciones, por un lado las que establecen la anatomía y la fisiología del cuerpo, y por otro, aquellas que escenifican al sujeto en los temas de agresividad, del narcisismo, de la sexualidad, de las relaciones interpersonales.
(97)

Si bien las explicaciones de estos dos autores difieren en cuanto a los padecimientos somáticos específicos provocados por los conflictos psíquicos, Bleichman comparte la idea de que los síntomas conversivos solo se dan en ciertas partes del cuerpo mientras que Chiozza propone explicar cualquier padecimiento orgánico mediante una conflictiva inconsciente, los dos parten del hecho que conflictivas psíquicas terminan siendo expresadas en el cuerpo.

Los autores que trabajan bajo la idea de que las somatizaciones son provocadas por una energía somática explican que se debe a que esta energía no puede ser tramitada psíquicamente, el punto de interés recae en lo psíquico en cuanto a que es

debido a una deficiencia en este nivel que se produce la somatización; sin embargo eso no cambia el hecho de que la energía es de origen somático.

Fischbein (2000) explica que el eje central a la hora de teorizar sobre el acontecimiento somático (concepto que prefiere utilizar para designar a las enfermedades) tiene que ver con la incapacidad de simbolización de las personas “Insisto en que no sería factible pensar en una teorización sobre el acontecimiento somático, sin considerar como su punto central, la cuestión de la falla en la capacidad de la función simbólica de los sujetos que la padecen” (p. 161).

El psicoanálisis considera al paciente con acontecimiento somático como un sujeto con una patología narcisista, que presenta fracasos de las funciones mentales, presenta una perspectiva de la vida psíquica y de la realidad muy concreta, esto debido a déficit en el nivel representacional (Fischbein, 2000).

Estas diferencias teóricas respecto al tipo de energía que comienza el proceso psicosomático tienen repercusiones importantes, ya que como se menciona en los párrafos anteriores, los autores dedicados a la psicosomática parten desde alguna de estas posibilidades y toda su teorización se edifica desde esta base, por eso muchas veces las propuestas en psicosomática tienden a recargarse más en aspectos biológicos o psicológicos. Un ejemplo de esto es Pierre Marty, su propuesta teórica es clasificadas como biologista por algunos autores, tal es el caso de André Green, quien explica que la teoría de Marty tiene algunas formulaciones biologistas, explica que esto se expresa en el restablecimiento de la noción de instinto, para Marty existe la pulsión pero también el instinto que entraría en un orden mas biológico pero sin confundirse con lo que la biología denomina instinto; cuando habla de organización y jerarquización; de cómo las funciones biológicas se van desarrollando y organizando, la enfermedad psicosomática sería precisamente esa desorganización que tiene que ver también con la regresión. Según Green, Marty trata de imaginar cómo es el funcionamiento psíquico a partir de un modelo somático más que del funcionamiento psíquico a partir del referente psicoanalítico.

Por último también existe una problemática relacionada con el tipo de trabajo que se realiza con los pacientes, dependiendo de la perspectiva va a ser el modo de proceder, pero para entender mejor esto es importante puntualizar que las raíces de

estas diferencias teóricas y técnicas se encuentran en los modelos de la mente por los que circulo el psicoanálisis, modelos dentro de los cuales se concibió la teorización sobre la histeria de conversión y neurosis de angustia, y que por ende repercuten en las perspectivas sobre psicósomática basadas en estos conceptos.

Como explica Lachica (1999) citando a Gedo y Goldberg (1973), las primeras teorizaciones freudianas se basan en un modelo de la mente denominado como arco reflejo, este modelo postula que la principal función del aparato psíquico es evitar la sobreestimación, para lograrlo recurre a la descarga, es bajo este modelo donde se desarrolla la teorización sobre la histeria. Para Lachica este modelo está muy relacionado con la idea de que los padecimientos son producidos por traumas. Freud explico que los recuerdos traumáticos enlazados al síntoma mediante el afecto eran muy intensos para que el sistema nervioso los resistiera, abreaccionar el afecto disminuiría esa tensión, por eso Freud explicaba la naturaleza histérica como una neurosis del conflicto; cuando se conjunta la representación inconciliable para el aparato psíquico con la defensa, ocurre la represión y cuando eso reprimido retorna es cuando se da la conversión. Respecto a la neurosis de angustia se puede entender el modelo de la mente en que se basa siguiendo lo propuesto por Lachica quien explica que el psicoanálisis se distancio del modelo del arco reflejo, la catarsis perdió importancia y lo que cobro importancia fue hacer consciente lo inconsciente, se seguía tratando de evitar la sobrestimación, pero ahora mediante la elaboración psíquica, enlazando las representaciones inconscientes con representaciones verbales, esto para fortalecer al Yo.

Algunos planteamientos realizados por Eduardo Fischbein (2000), autor anteriormente citado, se relacionan con la problemática en cuestión y si bien él se encuentra más cercano a una perspectiva basada en la neurosis de angustia, sus ideas ayudan a entender las diferencias entre algunas perspectivas en psicósomática que se encuentran relacionadas con lo descrito por Lachica (2000) sobre los modelos de la mente.

Fischbein (2000) considera que el rango de la expresión corporal en el plano psíquico va desde los síntomas de la conversión histérica, hasta lo que él llama acontecimiento somático “Uno y otro son manifestaciones de los dos polos del funcionamiento mental: de máxima expresión de trabajo y de transformación

psíquica en la histeria; y de claudicación del aparato mental y su desorganización en las patologías somáticas" (p. 158).

Respecto al tipo de abordaje del acontecimiento somático hace una diferencia con el proceso que se llevaría a cabo en las psiconeurosis.

Ciertamente estamos en un espacio diferente del de las clásicas psiconeurosis. En estas situaciones no trabajamos con el levantamiento de la represión. Una vez más, recordemos que no se trata del develamiento de un texto, sino de la inscripción y armado del texto hasta ahora inexistente, de lo que no ha sido aún representado. (p 166)

Si se hablara de un significado inconsciente de la enfermedad se buscaría ese develamiento explicado por Fischbein, más cercano a la catarsis y al modelo del arco reflejo que comenta Lachica. Pero los autores del estilo de Fischbein, más apegados a la concepción de neurosis de angustia, apelarían mayormente a la construcción que a la interpretación, aportando una especie de vitalidad a los funcionamientos disminuidos del aparato psíquico, esto se relaciona con lo mencionado por Lachica (1999) respecto a que cuando se supero la catarsis lo que se buscaba era hacer consiente lo inconsciente mediante el enlace de representaciones inconscientes con representaciones verbales.

Para Fischbein (2000) el tratamiento psicoanalítico del acontecimiento somático se vuelve posible mediante el desarmado del entendimiento que el paciente hace de este y el armado de la simbolización secundaria, desde este modo de trabajo no se buscaría el significado inconsciente:

El acontecimiento somático actúa como un elemento a partir del cual se puede desenmascarar e ilustrar la repetición. Desde él se harán construcciones; aunque de ningún modo atribuyéndole un simbolismo inconsciente intrínseco, como sucedería en la interpretación del síntoma conversivo. (pp. 167, 168).

Por último una cita siguiendo la perspectiva del trabajo que este autor propone para tratar a las enfermedades psicósomáticas o el acontecimiento somático, utilizando su marco conceptual, ayuda a entender las diferencias que existen entre algunas perspectivas a la hora del proceder clínico.

Mientras que en las neurosis defensivas se trabaja con la evocación y el develamiento del sentido de los síntomas, en las neurosis actuales trabajamos con la descripción de la presentificación con una atribución secundaria de sentido a lo cuantitativo. Por “secundaria” queremos decir que es el analista quien le adjudica un sentido al acto que es “puro acto” para el paciente, que es incapaz de atribuirle una significación por sí mismo. (p 168).

La exposición de estas problemáticas ayuda a comprender algunos dilemas teóricos existentes en el campo de la psicossomática, evidentemente existen muchos más de los aquí expuestos, lo anterior es un esbozo que permite pensar las dificultades que se presentan a la hora de querer entender cuál es el campo de acción de la psicossomática o incluso cual es su mismo objeto de estudio, como ya se dijo no existe un acuerdo general sobre que es una enfermedad psicossomática, es mas todo esto lleva a pensar si estas propuestas sobre psicossomática basadas en psicoanálisis siguen siendo psicoanálisis como tal o ya son otra cosa distinta. Dentro de estas distintas perspectivas se encuentra la de Pierre Marty, quien fue y sigue siendo un psicoanalista francés muy conocido en el campo de la psicossomática, su trabajo ha sido reconocido por diversos autores ya sea de una forma positiva o negativa, también ha influido a muchos otros y aun en estos días sus teorías se siguen utilizando y tienen vigencia dentro y fuera de Francia. Por lo anterior y debido al objetivo y problemática planteados en este trabajo, se decidió conocer más a fondo la propuesta de este autor, para entender como basándose en algunas ideas Freudianas aborda la psicossomática.

CAPITULO 4

PIERRE MARTY: UNA PROPUESTA SOBRE LO PSICOSOMÁTICO.

4.1 Presentación del autor.

El sustantivo psicósomática había sido empleado por Heinroth psiquiatra alemán, a comienzos del siglo XIX para caracterizar un tipo de insomnio, Marty (2003) explica que Freud antes de descubrir los aspectos simbólicos de la histeria ya explicaba los síntomas mediante nociones económicas, es por eso que él considera que los problemas del psicósomatismo empiezan a plantearse a partir de los trabajos sobre la histeria.

Pierre Marty estudio medicina y psiquiatría, se formo con Henry Ey quien fue un psiquiatra y psicoanalista francés. El Dr. Gosset quien era cirujano en París, se interesó por los trabajos estadounidenses sobre el papel del psiquismo en los desórdenes psicósomáticos, Gosset quería integrar a un psiquiatra en su servicio de cirugía, pidió consejo al Dr. Delay quien era jefe de Marty y fue este quien lo recomendó. A partir de este trabajo Marty se dio cuenta de que los conocimientos que tenía en psiquiatría no eran suficientes para comprender a esos pacientes, se interesó en el psicoanálisis y comenzó a analizarse en 1947, su entusiasmo fue tanto que convenció a su colega y amigo Michel Fain a que se analizara también. Marty fue admitido como miembro titular de la Sociedad Psicoanalítica de París en 1954 (INDEPSI, 2013)

En 1930 se formó la escuela de Chicago donde se realizan las primeras investigaciones sistemáticas sobre psicósomática. Su principal expositor fue Franz Alexander, para él las manifestaciones más primitivas del psiquismo se inscriben en la fisiología de las funciones viscerales que tienen que ver con las necesidades vitales, en 1960 se comienza a publicar en Francia la revista de medicina psicósomática, aunque ya desde 1947 se publicaban trabajos sobre psicósomática. (Marty, 2003)

Sus primeros trabajos los realizó con Michel Fain, posteriormente trabajaría con Michel de M'Uzan y Christian David, en 1962 crea la Escuela Psicósomática de París

a la que se incorporarían posteriormente distintos adeptos, entre ellos Sami Ali. A finales de 1972 creó el Instituto de psicología (I.P.S.O PARÍS). Consiguió reconocimiento por parte de la administración pública hacia su trabajo y el de sus colaboradores, gracias a esto el 3 de abril de 1978 el hospital que hoy se llama Pierre Marty en su honor abrió sus puertas para recibir a los pacientes psicopatológicos que Marty trataba, debido a la confluencia de estos en 1984 se abrió una unidad anexa en otro barrio de París. La actividad de la escuela de París se extendió a otros lugares de Francia y posteriormente a otros países. En España por consejo de Pierre Marty a Isabel Usobiaga en cuanto a la creación de una sociedad que agrupara los distintos grupos interesados en psicología, se crea el 12 de mayo de 1989 la Sociedad de Estudios Psicopatológicos Iberoamericana (SEPIA), se decidió utilizar la palabra iberoamericana debido a que en Buenos Aires se estaba formando otro grupo con el mismo enfoque teórico bajo la dirección de Carlos y Marta Calatroni (INDEPSI, 2013).

En un principio Marty trataba de encontrar una tipo de estructura característico que se ligara con las enfermedades psicopatológicas pero poco a poco fue dándose cuenta que las insuficiencias del funcionamiento mental era lo que se encontraba en la génesis de estas, solo responde a dicha estructura el tipo mental denominado como alérgico. El merito de los psicopatólogos franceses consistió en sus hipótesis de una construcción incompleta o un funcionamiento atípico del aparato psíquico, a partir de esto surgieron los conceptos nosográficos de pensamiento operatorio en 1962, depresión esencial en 1996 y desorganización progresiva en 1967. (Marty 2003).

Smadja (1998) explica que Pierre Marty fue un terapeuta sacudido por una inquietud y una curiosidad sin límites frente a las enfermedades del ser humano, siempre tuvo una gran preocupación por ayudar. Cuando el último año de su vida supo que estaba enfermo se lo comunico a sus pacientes y colaboradores, Pierre Marty murió en el año de 1993.

4.2 Aportaciones y límites.

La obra de Marty se extiende por más de cuarenta y cinco años, casi hasta 1970 trabajó con Michel Fain, Michel de M'Uzan y Christian David, posteriormente casi todas sus publicaciones las redactó en solitario. Dicha obra se elaboró a través de

dos niveles complementarios la parte escrita y la oral, esta última se refiere a la habilidad de Marty como psicoanalista y a su estilo comunicativo hacia sus discípulos.

Según Smadja (1998) Marty se valió de dos dispositivos metodológicos para comenzar a construir sus propuestas, la investigación psicosomática y el conjunto conceptual del psicoanálisis. En la época en que Marty comenzó a realizar esto existían dos modelos para entender la relación psique soma y entre estos se repartía la investigación psicológica. Uno de estos modelos veía al cuerpo como el depositario de las proyecciones de producciones psíquicas imaginarias, mientras que el segundo relacionaba perfiles de personalidad con afecciones somáticas. Es en 1952 cuando Pierre Marty a partir de la escritura de *Las dificultades narcisistas del observador frente al problema psicosomático* se sitúa en otro punto de vista. Los novedosos postulados fundamentales de su nuevo modelo giran en torno al borramiento del trabajo mental, se refiere a una desaparición de la libido y una regresión hacia un dinamismo de las funciones somáticas (Smadja, 1998).

Smadja (1998) maneja la década de 1950 como la primera etapa de la obra de Marty en ella se distinguen tres nociones vinculadas importantes, la primera es la explicación de una insuficiencia de los mecanismos neuróticos, para Marty sería una falla en la mentalización, la importancia de esto fue que él logro captar que esto se acompañaba de desordenes somáticos; la segunda es la de una defensa somática, es un modo de defensa que suple los mecanismos de defensa neuróticos; la tercera tiene que ver con una energética común, la energía que inviste las funciones somáticas es de la misma naturaleza que aquella que inviste las defensas neuróticas.

Siguiendo con los planteamientos de esta autora, la segunda etapa en la obra de Marty ocurre en la década de 1960, la obra principal es *La investigación psicosomática*, su objetivo fue una sistematización teorico-clinica de la observación psicosomática. Es en esta etapa donde surgen conceptos muy importantes dentro de la teoría de Pierre Marty, estos son el pensamiento operatorio; la depresión esencial; la regresión psicosomática y las desorganizaciones progresivas. Smadja (1998) señala que es gracias a los textos *Perspectiva psicosomática sobre la función de las fantasías* de 1964 y *A propósito del narcisismo y de su génesis* de 1965, que

Marty y Michel Fain resaltan en sus hipótesis la noción de degradación de la libido tanto objetal como narcisista, o descualificación libidinal de la energía psíquica con liberación de fuerzas autodestructivas en el soma. Posteriormente Marty publica en 1967 *Regresión e instinto de muerte. Hipótesis a propósito de la observación psicósomática* aquí describe la regresión psicósomática y la desorganización progresiva.

Por último la tercera etapa es a partir de 1976, según Smadja (1998), aquí Marty trato de caracterizar la organización psicósomática individual y singular de cada paciente, partiendo de criterios de orden económico, las principales organizaciones estructurales son tres:

- a) Neurosis de comportamiento que tienen insuficiencia desde el origen del preconscious
- b) Neurosis de carácter que serian cambiadas por neurosis polimorfas, carecen de sintomatología mental dominante y sostenida
- c) Neurosis mentales tienen una sintomatología organizada y un funcionamiento sostenido

A estos criterios asocio distintos módulos de su investigación en psicósomática, estos son: calidad de la mentalización, que se basa particularmente en las características del preconscious, el valor funcional de los sistemas de fijación-regresión y el tipo de proceso de somatización.

La forma en la que Smadja divide la obra de Marty permite apreciar como esta se fue gestando a lo largo de varios años, durante todo este desarrollo elaboro distintos conceptos muy importantes dentro de su propuesta teórica, ahora es momento de abordar dichos conceptos y la forma en que se relacionan, para posteriormente plantear algunas posibles limitaciones o problemáticas teóricas.

Como el mismo Marty (2003) explica, en un principio trato de encontrar un tipo de estructura característica que se ligara con las enfermedades psicósomáticas pero poco a poco fue dándose cuenta que las insuficiencias del funcionamiento mental era lo que se encontraba en la génesis de estas y no una estructura específica.

Para Marty (1990) la mayoría de los analistas no saben nada o casi nada de psicósomática, piensan que el aparato mental de cualquier paciente aquejado por

una enfermedad somática es como el del neurótico y por eso emplean el psicoanálisis clásico, los psicoanalistas no le dan el valor necesario al cuerpo que no es erótico, establecen una separación muy tajante entre este y el somático.

Estas ideas posteriormente desembocarían en la creación de los conceptos de pensamiento operatorio, depresión esencial y desorganización progresiva, Ulnik (2000) concuerda en que estos son el resultado de la idea de una construcción incompleta o de un mal funcionamiento del aparato psíquico en los enfermos somáticos, es por esto que la construcción y funcionamiento del de los neuróticos sería diferente.

Cuando Marty habla de un fracaso en el psiquismo explica que puede ser arcaico o no tan profundo, parcial o global y transitorio o permanente, tiene que ver con un desplazamiento económico. Pueden ser parciales en ciertas afecciones somáticas por ejemplo algunas enfermedades reversibles emparentadas con la histeria de conversión, en este caso los síntomas son tanto psíquicos como somáticos. Por otro lado los desórdenes somáticos prolongados tienen relación con las insuficiencias de organización psíquica, a menudo acompañadas de insuficiencias somáticas. (Marty, 1990).

Como explica Ulnik (2000), Marty sigue un principio evolucionista y propone una organización y jerarquización progresiva de las funciones biológicas y mentales, en su obra el atributo psíquico va siendo sustituido por palabra mental, el concepto de mentalización, y el atributo de mentalizado/a. De esta forma la psicósomática está situada entre la disociación de las funciones somáticas y las mentales, es así que debido a la jerarquización e importancia de las funciones mentales la enfermedad psicósomática es concebida como una desorganización.

Para Marty (1990) la somatización es una defensa de la vida que sirve de base a las defensas del Yo cuando es regresiva y acompaña a una regresión mental, por el contrario no es defensa de la vida cuando es la consecuencia de una desorganización psíquica. Lo que ocurre es que cuando se presenta a la persona una situación traumática o que es de difícil tramitación surge la defensa psíquica, cuando esta es insuficiente entonces es cuando se presenta la defensa somática, la persona tiene una regresión a estados de organización somática que son más seguros.

Entonces Marty (1990) explica que existe recurso corporal en la medida que algunas regresiones mentales se acompañan de manifestaciones somáticas que tienen el mismo valor regresivo, o sea si son consecuencia de marcas que han dejado las fijaciones somáticas de la primera infancia. Los desordenes somáticos prolongados tienen relación con las insuficiencias de organización psíquica, a menudo acompañadas de insuficiencias somáticas. Este autor entiende el funcionamiento humano como psicósomático en esencia, por esta razón prefiere no utilizar la expresión “manifestaciones psicósomáticas”.

Ulnik (2000) explica que en los enfermos psicósomáticos la carencia de actividad fantasmática, desde el punto de vista funcional, corre paralela al desarrollo del pensamiento operatorio. En *La psicósomática del adulto* Marty explica que pensamiento operatorio es un pensamiento consciente; no tiene ligadura con los movimientos fantasmáticos; duplica e ilustra la acción. Se presenta desprovisto de valor libidinal es un pensamiento que se aferra a cosas y no a conceptos abstractos o a expresiones simbólicas. Posteriormente Marty adoptó la noción de vida operatoria, para considerar la disminución del pensamiento frente a la importancia de los comportamientos (Marty 2003). Para Ulnik (2000) lo que comenzó siendo un estilo de pensamiento posteriormente pasa a ser un estilo de vida íntimamente ligado con la neurosis de comportamiento, para este autor poco a poco se fue colando la noción de sujeto operatorio, marcando así la creación de una concepción nosográfica; el paciente psicósomático.

Marty (2003) explica que la depresión esencial aparece cuando sucesos traumáticos desorganizan funciones psíquicas desbordando las capacidades de elaboración de esta, es precedida por angustias difusas, son consecuencia de un desamparo profundo provocado por el aflujo de movimientos instintuales no reprimidos. La angustia no representa señal de alarma ella es la alarma. Uno de sus principales signos es la desaparición de sentimientos inconscientes de culpabilidad, el inconsciente recibe pero no emite, hay una ausencia de comunicación con el inconsciente.

Otro concepto muy importante en la teoría de Marty es el de desorganización progresiva que se relaciona mucho con el de regresión psicósomática, estos se refieren a dos tipos de somatizaciones propuestas por Marty.

En una somatización de tipo regresivo, el aparato mental se bloquea y detiene su funcionamiento en el nivel en el que recibe las excitaciones insoportables, por ejemplo en el nivel edípico. Se presenta entonces una depresión acompañada de una breve desorganización. La mayoría de las veces, esta frena su marcha contra-evolutiva contando con sistemas regresivos de tipo mental, que los psicoanalistas conocen, y con sistemas regresivos de tipo somático (resultado de las fijaciones somáticas establecidas en la primera infancia), que justamente nos interesan y que vienen, por así decir, a complementar a los sistemas represivos psíquicos. La homeostasis se restablece, el instinto de muerte desorganizador ha actuado poco tiempo, la libido rápidamente ha retomado el comando.

En una somatización del tipo de las desorganizaciones progresivas, la secuencia es clara; no hay detenciones regresivas, el instinto de muerte reina un tiempo prolongado...hasta la muerte, si no irrumpen reorganizaciones espontaneas (que, tras acontecimientos imprevisibles, muestran el nacimiento o el renacimiento de investiduras más o menos parecidas a la investidura afectiva desaparecida, "amores a primera vista", sublimaciones artísticas o sociales, místicas o amorosas, y hasta episodios toxicomaniacos que siguen otro desenlace económico), con las que no se puede contar de entrada, o si no sobrevienen reorganizaciones a partir de las psicoterapias, que con seguridad ofrecen un mejor apoyo". (Marty, 1998, pp. 155, 156)

La cita anterior es larga pero ayuda a entender a grandes rasgos los conceptos de desorganización progresiva y regresión psicosomática, estos conceptos tienen relación con algunas nociones freudianas, debido a que en el siguiente apartado se volverá a hablar de lo mismo, la anterior cita es suficiente para entender estos conceptos por el momento.

Ahora es momento de hablar de algunos aspectos de la propuesta de Marty, algo importante a precisar aquí es lo planteado por Ulnik (2000), quien precisa que el edificio central de la construcción teórica de Marty es la concepción económica psicosomática, este autor explica que dicha teoría se basa en los mismos criterios que lo propuesto por Freud respecto a la neurosis de angustia, en donde el enfoque era predominantemente económico y causal. La importancia económica de la

propuesta de Marty también se ve reflejada en el peso e importancia que da al preconscious, ya que este es concebido como la herramienta fundamental del aparato mental para evitar las excitaciones y estímulos tanto instintuales como externos.

Por otra parte Mitrani (1992), explica que Marty llama mentalización a una dimensión del aparato psíquico (que no lo llama así, sino aparato mental) que depende de la disponibilidad tanto en representaciones tanto en calidad como en cantidad. La cantidad se relaciona con la acumulación de capas de representaciones a lo largo de diferentes etapas del desarrollo, el poco espesor del preconscious provoca que el aparato psíquico este expuesto a los efectos desorganizantes del trauma ya que la excitación no tiene posibilidad de asociaciones para irse drenando.

Lo referente a la mentalización y al aspecto dinámico es importante para comprender la propuesta de Marty en general, pero también a partir de estas nociones él propone una categorización de estructuras neuróticas. Ulnik (2000) las explica citando el texto de Marty *Los movimientos individuales de vida y de muerte*:

- a) Las primeras son las neurosis mentales, son las neurosis freudianas, debido a la organización existente obstaculizan la progresión de las desorganizaciones, resuelven los traumatismos con mecanismos de elaboración a nivel de la actividad funcional mental y con la producción de síntomas.
- b) Otra categoría son las denominadas neurosis de comportamiento, en estas no hay super Yo edipico, la patología se expresa mediante conductas, en dichas conductas no subyace fantasmática ni representaciones reprimidas, los pacientes que las padecen son frágiles y están expuestos a traumatismos frente a los cuales no hay adaptación mental sino depresión esencial, vida operatoria y desorganización.
- c) La última categoría está compuesta por las neurosis de carácter, estas se ubican entre las mentales y las de comportamiento, los individuos que las padecen pueden funcionar normalmente como los neuróticos mentales, sin embargo se pueden manifestar mediante comportamientos.

Independientemente de las estructuras las desorganizaciones se traducen primero en síntomas patológicos mentales, cuando estos sistemas no se pueden situar o se agotan entran en juego la depresión esencial y la vida operatoria (que

también presentan una patología mental), finalmente la desorganización continúa teniendo que enfrentar la patología somática. (Marty, en Ulnik, 2000)

Como se puede ver Marty tiene una concepción muy amplia e integradora del concepto de psicósomática, ante esto Michel de M'uzan y Christian David (2013) explican que en a partir de su obra es posible formular la pregunta ¿Enfermedades psicósomáticas o concepción psicósomática de la enfermedad? Según ellos en Marty se encuentran los siguientes niveles que permiten integrar las dos concepciones:

- a) Relación contingente: se refiere a la incidencia que tiene la conflictiva del psiquismo en toda enfermedad, toda enfermedad tendría un aspecto psicósomático.
- b) Relación esencial y no específica: existe un vínculo preciso entre la situación de conflicto del enfermo y su enfermedad, se estaría hablando de un paciente psicósomático.
- c) Relación esencial y específica: no solo existen un vínculo preciso entre la situación conflictiva del enfermo y su enfermedad sino entre la naturaleza de la situación y la forma misma de la enfermedad, se trataría entonces de una enfermedad psicósomática

La obra de Marty es sin duda muy compleja y como se pudo ver se extiende por un periodo de varios años, como todas las propuestas teóricas fue teniendo modificaciones y presenta algunas limitaciones. Algunas de las críticas que recibe de otros autores como André Green, es el énfasis que pone en los aspectos somáticos mas que en los psíquicos, también se habla del énfasis e importancia que tiene el preconscious en contra posición con el inconsciente psicoanalítico. El conocer la obra de Marty de una forma más profunda representa una forma de aproximarse y entender la problemática mente cuerpo ante el panorama de confusión teórica antes mencionada.

4.3 Conceptos de Marty sobre psicósomática derivados de la teoría Freudiana: un análisis.

La obra de Marty al ser de corte psicoanalítico, contiene teorizaciones que se basan en gran medida en postulados freudianos, su antepasado conceptual es

precisamente la neurosis de angustia formulada por Freud. De esta forma, lo teorizado por el padre del psicoanálisis respecto a esta neurosis en cuanto a proceso sirve de base para el trabajo de los psicopsomatistas franceses, entre ellos Pierre Marty. Sin embargo otros conceptos Freudianos también son retomados y reformulados extendiéndolos para utilizarlos en el abordaje de enfermedades psicósomáticas. El análisis de algunos de estos conceptos propuestos por Marty, en donde se manifieste de qué forma retoma nociones freudianas y las reelabora dentro de sus teorizaciones, ayudará a entender de mejor forma la propuesta que tiene este autor en torno al abordaje de enfermedades psicósomáticas.

Marty (1990), considera que su teoría coincide con el espíritu de investigación freudiana, él extendió la noción de fijaciones-regresiones y renunció al modelo de la histeria de conversión “Por ejemplo, preciso y extendiendo la noción freudiana de fijaciones-regresiones; abandono el “modelo” de la histeria de conversión en mi concepción de las somatizaciones por el de desorganizaciones progresivas” (1990 p. 159).

El concepto de desorganizaciones progresivas es muy relevante en la teoría de Marty ya que a partir de él es que se explican las enfermedades psicósomáticas; a pesar de esto ese proceso no es el único que Marty propone, dentro de su teoría existe otro proceso de somatización, este es el de regresión psicósomática.

Según el diccionario de Laplanche y Pontalis (1996), la regresión ocurre dentro de un proceso psíquico que contiene una trayectoria o un desarrollo, la regresión es un retorno en sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado hasta otro situado anteriormente. Estos autores explican que en la teoría freudiana se puede entender el concepto de regresión desde tres visiones: la tópica; la temporal y la formal.

La primera tiene que ver con lo postulado por Freud en la interpretación de los sueños, se relaciona con el esquema del peine y se recarga en la concepción tópica. Durante la vigilia los sistemas son recorridos desde la percepción hacia la motilidad, mientras que en el sueño ocurre lo contrario el recorrido ocurre de lo vivido motrizmente hacia la percepción.

En el segundo tipo de regresión es el temporal, aquí lo que ocurre es que se da una regresión hacia estados psíquicos anteriores, pueden ser a estados

organización libidinal ya superada. Laplanche y Pontalis (1996) explican que esta noción se desarrollo a partir de la teoría psicosexual de Freud, supone una sucesión genética y representa el retorno a etapas superadas del desarrollo, la regresión puede ser en función de algún objeto, una organización libidinal o en la evolución del Yo.

Por último el tercer tipo de regresión tiene que ver con los modos de expresión y de comportamiento de un nivel inferior (Laplanche y Pontalis, 1996)

De estas tres la que retoma Pierre Marty es la temporal, de aquí es donde nace su concepto de regresión psicósomática. Marty (1990) explica que este concepto se refiere a un tipo de somatización en la cual el aparato mental detiene su funcionamiento en el nivel en el que recibe las excitaciones insoportables, ante esto se presenta una breve depresión que es acompañada por una desorganización. Esa desorganización se frena cuando se presentan los sistemas de regresión tanto mental como somática.

La regresión de tipo temporal es definida por Freud como una defensa, esta defensa psíquica entra en juego cuando una persona no puede reaccionar de la forma adecuada ante una situación que se le presenta, la persona regresa a un estado psíquico en el que se siente seguro y que le permite afrontar dicha situación. Para Marty la regresión también se da a nivel somático, esto ocurre debido a las fijaciones somáticas de la infancia, este sistema de regresión fijación, es lo que él identifica como defensa somática. Primero entra en juego la defensa psíquica pero cuando esta se ve desbordada es cuando se presenta la defensa somática.

Como se puede ver aquí está presente otro concepto importante dentro de las teorías tanto de Freud como de Marty y que es complementario del de regresión, este concepto es el de fijación. Citando nuevamente el diccionario de Laplanche y Pontalis (1996), ellos describen que es un concepto utilizado dentro de la teoría psicoanalítica para denominar una ligazón de la libido a determinadas personas o representaciones psíquicas de los objetos, esta fijación es debido a que ahí se produce un determinado tipo de satisfacción. Estos mismos autores señalan que, al igual que la regresión, la fijación esta dentro de una concepción genética que implica una progresión ordenada de la libido.

En la teoría de Marty la fijación somática cobra importancia en el sentido de que es precisamente al punto a donde llega la regresión, complementándola para que pueda completarse la defensa somática. Tanto en Freud como en Marty la fijación, si bien no es la que pone en marcha la regresión si es la que la dirige, si no hubiera un lugar al cual regresar no habría posibilidad de hacerlo.

Entonces a partir de lo anterior se pueden especificar las diferencias entre los conceptos freudianos y los de Marty. La regresión en Marty es de tipo psíquica mientras que en Marty se da una regresión a nivel psicosomático, en los dos casos el camino es hacia algún punto de fijación y ocurre lo mismo solo que en Freud se da a nivel psíquico y en Marty a nivel somático. Para los dos autores estos mecanismos sirven como defensa, en un autor como defensa psíquica y en el otro como defensa somática destinada a detener la desorganización progresiva.

El segundo tipo de somatización propuesta por Marty está representado por el importante concepto de desorganizaciones progresivas, lo que ocurre aquí es que las detecciones regresivas no existen, el instinto de muerte reina por tiempo prolongado pudiendo llegar a la muerte, si no irrumpe alguna reorganización espontánea (que en algunos casos pueden ser amores a primera vista, sublimaciones artísticas o sociales o incluso periodos de alguna adicción). (Marty, 1990).

Antes que nada hay que aclarar que aunque Marty utiliza la palabra progresivas, este progreso es en sentido inverso, recordando que Marty propone una organización y jerarquización de las funciones mentales, la desorganización iría en sentido contrario, de esta forma las desorganizaciones progresivas siguen ese camino, el instinto de muerte representado por la depresión esencial sigue su curso y se presenta la enfermedad psicosomática.

Puede decirse que la desorganización progresiva es la destrucción de la organización libidinal de una persona en un momento dado, corresponde en parte con el concepto de desintrincación propuesto por Freud (Marty, 2003)

Un análisis sobre lo que es pulsión para Marty en comparación con el cómo Freud las concibió, viene a completar lo que fue la primer parte de este análisis

sobre los conceptos de regresión fijación y el concepto de Marty de desorganización progresiva.

Ahora el análisis girará en torno al concepto de pulsión en la obra de Marty, al parecer el principal eje para realizar esto es el aspecto económico presente en los dos autores.

Un hecho importante es el que señala Smadja (1998) quien explica que en el libro la psicología del adulto Marty nunca usa la palabra libido, el adjetivo libidinal aparece pero acompañado de un sustantivo, de esta forma se pueden encontrar términos como valor libidinal; contrapartida libidinal u organización libidinal. Como explica esta misma autora Marty en *los movimientos individuales de vida y muerte* aclara que evita usar el término libido, debido a que ese concepto parece insuficiente en la perspectiva psicología, en especial debido a sus implicaciones de tipo energético. Smadja (1998) dice que se trata de las implicaciones que el concepto de libido tiene dentro de la teoría pulsional de Freud, explica que Marty las señala diciendo que a veces esas implicaciones evocan la idea de una manipulación, por un lado una concierne a la representación de una simple energía atribuida a los instintos de vida, sin discriminación evolutiva de las organizaciones, la otra concierne a la independencia energética atribuida a los instintos de muerte, que permite concebir mezclas e intrincaciones entre la libido y las pulsiones de muerte.

Más adelante esto quedara aclarado pero por el momento el valor de explicar la forma en la que Marty usa la noción de libido sigue lo propuesto por Smadja (1998) en cuanto que esto pone de relieve el principio evolucionista de Marty y la naturaleza de las pulsiones, ya que la cualidad de estas varía según el nivel evolutivo de las funciones interesadas.

Marty designa el registro pulsional, en sus primeros trabajos de psicología utilizando los términos sexualidad o erotización, a medida que avanza hacia trabajos más recientes donde los problemas los plantean las neurosis mal mentalizadas el termino excitación sustituye a los otros, entonces el empobrecimiento de la cualidad neurótica de los pacientes, se acompaña de un cambio conceptual que privilegia la dimensión económica (Smadja, 1998).

Esto se debe a que poco a poco Marty fue realizando una propuesta propia sobre las pulsiones e instintos tanto de vida como de muerte que en algunos puntos difieren con las nociones freudianas. Siguiendo esto Smadja (1998) señala que en los trabajos de Marty se puede comprar su teoría energética de la vida pulsional con las hipótesis freudianas sobre las neurosis actuales.

Para Smadja (1998) aunque la teoría de Marty se basa en gran medida en el psicoanálisis, el campo de la realidad psicoanalítica freudiana y el campo de la realidad psicósomática propuesta por Marty no se superponen, el objeto de observación de la psicósomática es más amplio que el del psicoanálisis, Marty insiste a lo largo de su obra que la psicósomática no se reduce al psicoanálisis; sin embargo, acepta que adopto su enfoque económico teórico.

Antes de proseguir con este análisis ay que recalcar algo importante, si bien Marty adopta el enfoque económico psicoanalítico, como Smadja (1998) señala, la concepción de Pierre Marty respecto a la economía psicósomática reposa en dos teorías o principios, la que respecta a los instintos de vida y de muerte, y la del evolucionismo.

Esta autora comenta que son varios los autores que catalogan la teoría pulsional de Freud en tres etapas, la primera sería la de las pulsiones sexuales contra las pulsiones del Yo o de autoconservación, posteriormente la libido yoica contra la libido de objeto y finalmente las pulsiones de vida contrapuestas a las pulsiones de muerte, en esta última es donde ella realiza su comparación.

Respecto al primer principio un punto muy importante a señalar es la distinción que Marty hace entre instintos y pulsiones, los dos son impulsos dinámicos originados en una excitación corporal. Según Smadja en la obra de Freud no existe en sus textos diferenciación entre instintos y pulsiones, sin embargo en algún punto de la obra freudiana Strachey (1992) señala que la diferencia básica entre instinto y pulsión es que el primero ocurre de un solo golpe mientras que la pulsión es constante, siempre esta activa. En realidad esta diferencia no es tan importante para realizar una comparación con la concepción de Marty, pero no está de más señalarla.

Como ya se dijo, Marty define los dos impulsos, tanto instintual como pasional, en relación con su fuente somática, hasta aquí no hay diferencia con Freud. La diferencia recae en la relación de ligadura entre el impulso dinámico y su objeto, Marty habla de instinto cuando el impulso es dirigido a un objeto preciso, definido e intransferible; utiliza la denominación de pulsión para los impulsos cuyo objeto puede variar, la importancia fundamental reside en la posibilidad de desplazamiento del objeto en la pulsión. A pesar de esto Smadja (1998) señala que Freud ya desde tres ensayos afirma el carácter móvil de la pulsión sexual en cuanto a sus objetos y fines. Posteriormente el maestro explicaría en la XXXII Conferencia de 1932 que la plasticidad que presentan las pulsiones sexuales no se puede pensar para las pulsiones de autoconservación del Yo, esto correspondería específicamente a el hambre y la sed.

Con lo anterior podría pensarse que en realidad no hay diferencia pero si se recuerda el principio evolucionista bajo el cual Marty edifica su teoría esto cambia. Como Smadja (1998) precisa, los impulsos instintivos y pulsional mantienen relaciones jerárquicas. Los mecanismos de los impulsos pulsionales se inscriben en un nivel mas organizado que el de los impulsos instintivos.

Para la autora anteriormente citada Freud también tiene en cuenta el desarrollo, pero en él la diferencia tiene que ver con las cualidades singulares respectivas más que con la posición que ocupan en la escala evolutiva funcional.

En cuanto al segundo principio económico, o sea el evolutivo, Smadja (1998), explica que Marty concibe que a lo largo de las distintas fases de la vida las funciones aisladas entre ellas u organizadas, pueden integrar solo una cantidad limitada de excitaciones ya sea instintivas o pulsionales. Las funciones se deben comprender como una forma concreta que revisten las manifestaciones de la excitación individual o pulsional, por definición instintos y pulsiones son inaccesibles de forma inmediata, solo se observan a través de estas funciones organizadas o desorganizadas. Para ella esto es importante ya que pone de manifiesto que las funciones solo admiten una cantidad limitada de excitaciones.

A Partir de lo anterior se puede comprender que Marty retomara lo postulado por Freud respecto a que un estado traumático del Yo se da a partir de un exceso de excitaciones externas o internas, en el caso de Marty lo que se provoca debido a

que las funciones no están en condiciones de soportar cierta cantidad de excitación es una desorganización, Smadja (1998) acierta al decir que el modelo económico se adapta en ambos casos.

Ahora bien la forma en la que Marty define los instintos y pulsiones de vida y los instintos y pulsiones de muerte es la siguiente.

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 las marcas de los instintos y de las pulsiones de vida. Cuando... hay un exceso persistente de las 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 de las pulsiones de muerte (Marty, en Smadja, 1998, p. 175)

A partir de esta cita se entiende que es la cantidad de excitaciones que llegan al Yo la que permite definir los movimientos de vida y de muerte. Desde este punto entonces el proceso cambia para unos impulsos y otros, esto se refleja como efecto. Mientras que los movimientos de vida llevan a la construcción progresiva y a la organización, los de muerte conducen a la deconstrucción y desorganización

Smadja (1998) explica que no solo entra en juego el aspecto cuantitativo si no también el cualitativo, los instintos no se diferencian simplemente por su cantidad sino igual por su cualidad, probablemente cualidad atribuible a la naturaleza sexual de donde se derivan, somática en el caso de Marty. Entonces para Marty no es posible acordar a los instintos de muerte un potencial energético autónomo, independiente de la carga contraria de los instintos de vida que corresponden al nivel funcional considerado, los primeros solo serían la consecuencia de la desorganización de los segundos.

Aquí se da una diferencia fundamental con la teoría Freudiana ya que para el padre del psicoanálisis existen dos pulsiones fundamentales, autónomas, la pulsión de vida y la de muerte o Eros y Thanatos, estas dos pulsiones son activas y persiguen fines activamente distintos, una busca la unión, la otra la desunión.

Entonces Smadja (1998) resume la posición de Marty de la siguiente forma.

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

Por último, Marty identificaba su concepto de desorganización progresiva con el de desintrincación pulsional de Freud. Siguiendo con esto, de lo anterior mencionado respecto que las pulsiones de vida son las que tienen un fin activo y no las de muerte, se deduce que no existe conjunción de sus actividades reciprocas en el terreno de la función. Sin embargo Smadja (1998) explica que las fijaciones son reservas de energía vital, cuando la energía de muerte va en sentido contrario (en sentido contra evolutivo) y se topa con una fijación y su naturaleza energética, es cuando se mezclan y dependiendo del valor económico esto desemboca en una reorganización o en una desorganización progresiva. Entonces al realizarse una especie de combinación entre los impulsos de muerte y vida, enmarcada en el proceso regresivo y en la fijación se da una desintrincación pulsional en el sentido de Freud.

El análisis de todos aspectos en conjunto permite comprender de mejor forma los conceptos que Marty retomo de la teoría freudiana y como los renovó para utilizarlos en su abordaje de las enfermedades psicosomáticas o desorden somático como lo llama él. A su vez el análisis de estos conceptos también contribuye a un mejor entendimiento de la teoría de Marty en general. El fin último de todo esto es poder comprender cuál es la propuesta que tiene Marty de entre todas las perspectivas que trabajan lo psicosomático, ese fue precisamente el aporte de este ultimo capítulo.

Conclusiones.

Sin duda el psicoanálisis vino a trastocar distintos ámbitos como el filosófico, el social, el cultural y sobre todo el médico, todo esto debido a su concepción revolucionaria del ser humano poniendo de manifiesto la vida psíquica y pulsional de las personas. Entre todo esto que se tuvo que repensar se encuentra precisamente la relación psique soma, en algún momento Freud llegó a definir al inconsciente como el *missing link* o eslabón perdido entre lo somático y lo psíquico, esta es precisamente la diferencia del psicoanálisis con las demás ciencias que tratan de abordar la problemática psique-soma, el psicoanálisis introduce el inconsciente, para mí es indudable el alcance que tiene la teoría psicoanalítica dentro de estas cuestiones, el psicoanálisis es la doctrina de las pulsiones y ¿qué es la pulsión sino eso que se sitúa entre lo somático y lo psíquico?.

La gran obra maestra de Freud si bien no estuvo enfocada a lo psicossomático, desde un principio se encontró en el ojo del huracán de ese asunto, a pesar de esto su creador siempre se mantuvo cauteloso ante esta situación y sabedor de la influencia del inconsciente sobre lo somático siempre trató de enfocarse en lo psíquico y por así decirlo de no contaminar su creación con esa mística que recriminaba a Groddeck, incluso también llegó a comentar a autores como Jelliffe o Weizsacker que sus ideas eran el futuro y que él solamente había preparado el terreno, posiblemente la precavida forma de Freud a la hora de conducirse en estos temas tuvo que ver con el hecho de que él surgió de la medicina, el dirigir su mirada hacia lo psicossomático en parte sería regresar al lugar de donde venía, si bien no lo hizo muchos de los autores que vinieron después de él fueron los que se encargaron de realizarlo. Freud fue un cuestionador en principio y posteriormente un facilitador, facilitó el surgimiento y establecimiento de la psicossomática y esto trajo consigo todo un espectro de perspectivas en este ámbito, pero nunca hay que perder de vista que cada una tiene sus aportaciones y ninguna es menos valiosa que la otra, simplemente responden a distintas formas de abordaje de la relación entre lo psíquico y lo somático, la preferencia por una u otra línea debe estar en conjunción con un comprometido trabajo multidisciplinario porque es muy importante tener en cuenta que al hablar de procesos psicossomáticos o enfermedades psicossomáticas la medicina tiene mucho que ver, en muchos casos la asistencia puramente analítica ya no es suficiente cuando existe un

daño orgánico. Posiblemente ese sea el futuro en las ciencias de la salud, una concepción distinta del ser humano en donde las limitaciones muchas veces impuestas entre disciplinas ya no existan y se abra paso a un actuar más tolerante, en donde se busque sobre todo lo más importante como especialistas de la salud (ya sea en el ámbito psicológico u orgánico) ayudar a quien necesite ser ayudado.

Indudablemente el psicoanálisis es una teoría que aporta suficientes elementos teóricos para abordar las enfermedades orgánicas yendo un paso más allá de los padecimientos psíquicos relacionados con el inconsciente, a partir de las entidades propuestas por Freud (histeria de conversión y neurosis de angustia) muchos autores desarrollaron posteriores teorizaciones que se encuentran vigentes y son una de las opciones que los psicólogos, psiquiatras o médicos podemos utilizar para comprender de mejor forma el enfermar del ser humano.

Es precisamente dentro de este abanico de opciones donde encontré a Marty, su obra realmente me sorprendió, en un principio subestime su alcance, fue a partir de una revisión más profunda que pude constatar su base freudiana y la complejidad de sus postulados, el nuevo uso que este psicopsicólogo hizo de los conceptos freudianos renovó la forma de ver la psicopatología de cómo se entendía hasta ese momento, llegando incluso a renovar la forma en cómo se comprendía a los pacientes que se acercaban a los tratamientos analíticos, él mismo puntualizó que los enfermos psicopatológicos no pueden concebirse de la misma forma que los neuróticos. Su propuesta teórica es bastante aceptada por otros autores en psicopatología, claro que como todas las otras propuestas tiene limitaciones y existen expertos que tienen sus reservas, pero es una propuesta que sigue vigente y que brinda las herramientas necesarias (tanto teóricas como clínicas) para poder abordar la relación psique soma.

La elección de la obra de Marty para ser presentada y analizada en este trabajo respondió por un lado a la curiosidad que generó en mí darme cuenta que era repetidamente nombrado por distintos autores consultados y por otro lado a la problemática de la cual surgió la idea de realizar esta investigación, esa problemática generada por la difícil acotación de las perspectivas dentro de definiciones más generales. De lo anterior surge una de las ventajas y limitaciones del presente trabajo, al enfocarme solamente en un autor pude comprender de mejor forma su teoría y lo que esta ofrece para los especialistas y quienes nos comenzamos a interesar en estos

temas, pero por otra parte esa elección hizo difícil profundizar en otros autores. Las ideas de autores más cercanos a lo que teorizó Freud sobre la histeria de conversión me son igual de atractivas, por ejemplo lo planteado por Groddeck respecto al significado inconsciente de las enfermedades o lo que plantea Chiozza en cuanto a que siempre existe una complicidad inconsciente por parte de las personas en su enfermar, estos dos autores defienden que el fenómeno de conversión es algo que debería ser separado de la histeria, personalmente estoy de acuerdo con ellos creo que esa concepción de la relación psique soma es bastante vigente dentro de los especialistas en psicósomática psicoanalítica y puede utilizarse para enfermedades orgánicas mas allá de los síntomas que presentaba la histeria.

Por otra parte una problemática que se presento en la elaboración de este trabajo fue la escasa literatura e información respecto a Pierre Marty y su obra en el idioma español, son pocos los textos de Marty que se encuentra en su versión en español tanto en la red, como en las bibliotecas de la UNAM, esto dificulto el poder presentar de una mejor manera al autor y profundizar más en su extensa obra.

Por último haber conocido un poco de la historia de cómo se fueron desarrollando las distintas visiones respecto a la relación psique soma me permitió darme cuenta de cómo poco a poco los aspectos psicológicos se fueron conjuntando con visiones mas de corte fisiológico, anatómico, biológico y químico, aun con esto creo que siguen existiendo barreras que deben todavía borrarse para que surja una nueva concepción del ser humano y de la enfermedad en donde se acepte de forma menos resistente la indudable influencia del psiquismo inconsciente en los procesos somáticos de las personas.

Como psicólogos en formación es importante tener un panorama sobre cuáles son las distintas opciones que podemos elegir si queremos acercarnos al abordaje de enfermedades orgánicas desde la psicología, ya sea por ejemplo desde el conductismo con sus perspectivas de psicología de la salud o medicina conductual, o desde el psicoanálisis con las distintas perspectivas en psicósomática, desde el momento en que se comenzó a considerar al humano como un ser biopsicosocial, la interrelación entre estos tres niveles se volvió más importante y nosotros como psicólogos, sobre todo si nos interesa la clínica, no podemos ser ajenos a estas problemáticas y mucho menos al trabajo multidisciplinario.

Bibliografía.

- Ali, S. (1991). *Pensar lo somático*. Argentina: Paidós.
- Assoun, P. L. (2006). *Figuras del psicoanálisis*. Argentina, Buenos Aires: Prometeo.
- Ballester, R. (1998). *Introducción a la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- Bauman, Z y Dessal, G. (2014). *El retorno del péndulo: sobre psicoanálisis y el futuro del mundo líquido*. pp. 23-24. México: Fondo de cultura económica.
- Békei, M. (1984). *Trastornos psicosomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Cattier, M. (1971). *Vida y obra de Wilhelm Reich*. Caracas, Venezuela: Tiempo Nuevo, S. A.
- Chiozza, L. A., (2005). La relación psique-soma en la teoría psicoanalítica. *En Maladesky, A., López, M. B. y López, O. Z. (Eds.), Psicosomática: aportes teorico-clinicos en el siglo XXI* (pp. 75-91). Buenos Aires: Lugar editorial.
- Chiozza, L. A. (2013). *Conversaciones sobre porque nos enfermamos / Luis Chiozza y Carlos Abad*. Buenos aires: Libros del Zorzal.
- Dadoun, R. (1978). *Cien flores para Wilhelm Reich*. Barcelona-34: Anagrama.
- Dio, B. E. (1991). *El feminismo espontaneo de la histeria*. Madrid: Siglo XXI.
- El psicoanalista revolucionario*. (1976), Buenos Aires: Ediciones SINTESIS.
- Fine, R. (1979). *Historia del psicoanálisis*. Vol. I y II. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fischbein, J. E. (2000). *La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas*. Psicoanálisis AP de Ba. Recuperado de <http://biblioapdeba.no-ip.org/pgmedia/EDocs/2000-revista1-fischbein>
- Francisco de Asís Blas de Aritio, (1981). *Hacia una historia del psicoanálisis*. *Estudios de psicología*. (8), 116-133

- Freud, S. (1886). Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico. Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1888). Histeria. Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1891) Hipnosis (1981). Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1892a). Bosquejos de la "Comunicación preliminar" de 1893. Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1892b). Un caso de curación por hipnosis. Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1893a). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1893b). Manuscrito B. La etiología de las neurosis. Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1893c). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. Tomo III. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1893d). Charcot. Tomo III. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1894a). Carta 18. Tomo I. Argentina: Amorrortu. 1992.
- Freud, S. (1894b). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). Tomo III. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1894c). Manuscrito F. Recopilación III. Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1895a). A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia". Tomo III. Argentina: Amorrortu, 1992.

- Freud, S. (1895b). Estudios sobre la histeria. Tomo II. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1895c). Sobre la justificación de separar la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia". Tomo III. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1896a). Carta 46. Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1896b). Manuscrito K. Las neurosis de defensa. (Un cuento de Navidad). Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. Tomo V. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1903). El método psicoanalítico de Freud. Tomo VII. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1910a). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Tomo XI. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1910b). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. Tomo XI. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1910c). Sobre el psicoanálisis "silvestre". Tomo XI. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1925). Presentación autobiográfica. Tomo XX. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (s.f.a). Manuscrito G. Melancolía. Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (s.f.b). Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia?. Tomo I. Argentina: Amorrortu, 1992.
- Fuente de la, M. R. (2010). Psicología medica. México, D.F.: Fondo de de cultura económica.
- Gorali, V. (Ed). (s.f). Estudios de psicósomática. Vol 1. Buenos Aires: Editorial Atuel.
- Groddeck, G. (1981).El libro del Ello. Madrid: ediciones, S. A. príncipe de Vergara, 81, 1.- 6.

- Grossman, C. M. y Grossman, S. (1967). *El psicoanalista profano*. México, D.F.: Fondo de cultura económica.
- INDEPSI. Newsletter. (Septiembre, 2013). Pierre Marty 1918-1993 (N. 27 ex N. 53). Recuperado del sitio de internet del INDEPSI: <http://www.indepsi.cl/newsletter/News-27/terapeutas-27.html>
- Lain, E. P. (1950). *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*. Madrid: Paz Montalvo.
- Laplanche, Jean. y Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Lewis, N. D. C. (1968). Smith Ely Jelliffe: La medicina psicosomática en los Estados Unidos. *En* Zulliger, H. et al. (Eds.), *Historia del psicoanálisis III*. Argentina, Buenos Aires: Paidós.
- López, J. M. y Morales, M. J. (1970). *Neurosis y psicoterapia: un estudio histórico*. Madrid: Espasa Calpe.
- López, S. J. M. (2005). *Historia del pensamiento psicosomático*. *En* Serrano, V. (Ed.), *Nuevas aportaciones a la medicina psicosomática*. España: Servicio de publicaciones de la universidad de Málaga.
- Marty, P. (1990). *Psicosomática y psicoanálisis la desligadura psicosomática*. *En* Tenorio, C. M. (Ed.), *Pierre Marty y la psicosomática*. España: Amorrortu.
- Marty, P. (2003). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marty, P., M'uzan de M. y David, C. (2013). *La investigación psicosomática: siete observaciones clínicas*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Mitrani, C. (1992). *La escuela psicosomática de París. Cuadernos del CEPA*.
- Ortiz, L. F. (1999). *La relación cuerpo-mente*. México: Pax.
- Otero, R. J. y Rodado, M. J. (2004). *El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282&a=El-enfoque-psicoanalitico-de-la-patologia-psicosomatica>

- Perrés, J. (1998). Proceso de constitución del método psicoanalítico. México DF: UAM-X, CSH.
- Sánchez, M. (2009). La Pulsión, Notas introductorias. Disponible en: <http://www.psicologopsicoanalista.es/trabajos/LaPulsion.pdf>
- Sigmund Freud – Georg Groddeck. (1977). Correspondencia. Barcelona 17, calle de la cruz: Anagrama.
- Smadja, C. (1998). Pierre Marty, breve historia de su obra. *En* Tenorio, C. M. (Ed.), Pierre Marty y la psicósomática. España: Amorrortu.
- Ulnik, J. R. (2000). Revisión crítica de la teoría psicósomática de Pierre Marty. Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=121&a=Revision-critica-de-la-teoria-psicosomatica-de-Pierre-Marty>
- Wilhelm, R. (1992). La función de orgasmo. México: Paidós.