Claude Smadja

La vida operatoria

Estudios psicoanalíticos

Psicoanálisis

APM
BIBLIOTECA NUEVA

LA VIDA OPERATORIA
Estudios psicoanalíticos

Colección Psicoanálisis
Editorial Biblioteca Nueva
y
Asociación Psicoanalítica de Madrid

ÚLTIMOS TÍTULOS PUBLICADOS

El rechazo de lo femenino. La Esfinge y su alma en pena, por Jacqueline Schaeffer.
La culpa. Consideraciones sobre el remordimiento, la venganza y la responsabilidad, por Roberto Speziale-Bagliaca.
Libro anual del Psicoanálisis (3). Selección de los mejores artículos de la Revue Française de Psychanalyse.
Libro anual del Psicoanálisis (4). Selección de los mejores artículos de la Revue Française de Psychanalyse.
Libro anual del Psicoanálisis (5). Selección de los mejores artículos de la Revue Française de Psychanalyse.
Acerca de los niños y los que ya no lo son, por Paula Heimann. Edición de Margret Tonnesmann.
Volver a los textos de Freud, por Ilse Grubrich-Simitis.
Retos del psicoanálisis en el siglo XXI, por José Guimón y Sara Zac de Filc.
El vértigo entre angustia y placer, por Danielle Quinodoz.
Los sueños que vuelven una página, por Jean-Michel Quinodoz.
La vida operatoria. Estudios psicoanalíticos, por Claude Smadja.

Claude Smadja

LA VIDA OPERATORIA
Estudios psicoanalíticos

Traducción de Cristina Rolla
y José M.ª Franco Vicario

Prólogo de Rafael Cruz Roche

Asociación Psicoanalítica de Madrid
BIBLIOTECA NUEVA

Título original: *La vie opératoire. Études psychanalitiques*

Cubierta: A. Imbert

Edición digital, marzo de 2014

© Presses Universitaires de France, París, 2005
© Claude Smadja, 2005
© Editorial Biblioteca Nueva, S. L., Madrid, 2005
Almagro, 38
28010 Madrid

ISBN: 978-84-16169-73-3

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la au-torización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos men-cionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y siguientes Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

A Linda, Rubén, Samuel
y David

ÍNDICE

Prólogo a la edición en castellano

Prefacio

Agradecimientos

Introducción

Estudio sobre la depresión esencial

Estudio sobre el pensamiento operatorio

Estudios sobre los procedimientos autocalmantes

BIBLIOGRAFÍA

Prólogo a la edición en castellano

C. Smadja es uno de los más importantes pensadores actuales de la Escuela de Psicosomática de París, discípulo muy pró- ximo, durante largos años, de P. Marty, es actualmente Médico Jefe del Instituto de Psicosomática, Miembro Titular de IPSO y de la Sociedad Psicoanalítica de París y codirector de la *Revue Française de Psychosomatique.*

La edición de este libro en la colección Asociación Psicoanalítica de Madrid, de Biblioteca Nueva, es a mi entender ex-tremamente pertinente por razones teóricas y por la deuda histórica que la APM y el psicoanálisis en España tienen respecto a la psicosomática y a casi todos los miembros fundadores de la Escuela de Psicosomática de París liderada por Pierre Marty. En el año 62, recién aceptada la Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis por la IPA, tiene lugar en Barcelona el Congreso de Psicoanalistas de Lengua Francesa, donde se presenta el trabajo *princeps* de P. Marty y M. de M'Uzan sobre el pensamiento operatorio; trabajo acerca del cual C. Smadja, en este libro, nos va a hacer una cuidadosa presentación y una profunda reflexión. Posteriormente cuando se crea la APM en el año 72, P. Marty y Ch. David serán miembros del Comité de Patrocinio de la Asociación Psicoanalítica Internacional para el entonces Grupo de Estudios de Madrid, y a ellos, con R. Diatkine, M. Roch, y R. Henny, debemos bastante del desarrollo institucional y científico que nuestra Asociación ha tenido. Posteriormente, de modo directo, o a través de SEPIA y del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica, sociedades tan relacionadas con la APM, hemos continuado recibiendo la fecunda influencia de P. Marty y de sus discípulos, siendo C. Smadja muy conocido en nuestro medio psicoanalítico.

Decía que, también por razones teóricas, es de gran importancia la publicación en castellano de este libro. Los aportes de la Psicosomática (especialmente desde la labor teorizadora de la Escuela de París) son de gran trascendencia a la hora de plantear-nos problemas fundamentales del psicoanálisis; desde las fronteras, desde las patologías extremas se nos hacen, con frecuencia, más evidentes ciertos aspectos fundamentales de la constitución del psiquismo. Así podemos rastrear, o al menos intuir, los avatares por los que los movimientos somáticos, por intermedio de la pulsión, se van convirtiendo en movimientos psíquicos; se van, por así decir, «psiquizando». O bien, observar de qué modo se desorganizan determinadas

funciones psíquicas, de manera tal que dejan de proteger y elaborar los excesos de excitación, los cuales tienen por tanto que ser tramitados y descargados mediante movimientos somáticos que llegan a poner en peligro el mismo equilibrio somático e incluso la continuidad vital.

Este libro sobre la Vida Operatoria plantea un importante recorrido acerca de la Psicosomática, sus conceptos básicos, la clí- nica que los subtiende y sus fundamentos teóricos. En una coherente Introducción se hace un recorrido no exhaustivo, aunque muy suficiente y demostrativo, de las formas de acercamiento a la psicosomática anteriores a la escuela de París, en la que nos plantea las razones de su limitado desarrollo, y el cambio cuasi-paradigmático que supone la nueva teorización y clínica de la Escuela de París, presentada a través de tres Estudios, sobre la Depresión Esencial, el Pensamiento Operatorio *(Rapport* del autor al Congreso de Lengua Francesa, del 98) y los Procedimientos Autocalmantes del Yo (que recoge artículos del autor entre los años 1993 y 1996). A lo largo de ellos el autor va desgranando los aspectos más relevantes de la teoría y la clínica psicosomáticas, firmemente basados en los trabajos de los fundadores de la disciplina (Marty, Fain, De M'Uzan, David), enriquecidos por los aportes personales del autor y de otros pensadores próximos. La exigencia lógica del orden de presentación de estos tres «Estudios» es, sin embargo, distinta al momento de sus respectivas es-crituras siendo anterior el de los Procedimientos Autocalmantes, después el de la Vida Operatoria, y siendo redactado el último el de la Depresión Esencial, y la *Introducción.* Ello da lugar a que la evolución de ciertos aspectos del pensamiento de Smadja pueda quedar un poco oscurecida, pero —hecha esta salvedad— creo que el buen criterio del lector le permitirá seguirlo en una comprensión retrospectiva.

Este libro de C. Smadja es, por tanto, una magnífica introducción al pensamiento de la Escuela Psicosomática de París. Partiendo de una crítica, a mi entender muy pertinente, del fracaso de ciertas concepciones previas de la Psicosomática, desde Ziwar y Nacht en Francia hasta Dunbar y Alexander en EEUU, nos hace ver de modo harto convincente cómo es precisamente un abordaje específicamente psicoanalítico, centrado en lo que ocurre en el encuentro de ciertos pacientes con un psicoanalista, que piensa y funciona como tal psicoanalista, en la particular diná- mica, y en las ausencias de la habitual dinámica relacional que en tales encuentros va surgiendo.

Smadja nos refiere de una forma clara y contundente el inicio de la Psicosomática como una nueva disciplina, enraizada en el psicoanálisis y, de algún modo, desarrollo inevitable de éste. Tras la primera desconsideración por parte de Freud respecto a las neurosis actuales, en cuanto inadecuadas para la investigación psicoanalítica, al aportar muy pocos datos significativos para su teoría de un psiquismo constituido desde el inconsciente pero va-loradas como una clínica singular y presente, volverá hacia al final de su obra a reconsiderarla como referente teórico. Años más tarde, en los 60, el trabajo *princeps* de la Escuela de París, «La In-vestigación Psicosomática», desde una valoración «fuerte» de la teoría psicoanalítica

y de su instrumento básico: el estudio relacional en la situación psicoanalítica, en un momento en que nuestra ciencia se va extendiendo hacia las fronteras (los límites) del psicoanálisis *sensu strictu*, pero no desde fuera de él, se pasa a considerar y estudiar una nueva clínica de otras organizaciones *(versus* desorganizaciones) psíquicas distintas de las clásicas neurótica y psicótica.

Así se van, al modo freudiano, retroalimentando clínica y teoría en un movimiento harto fecundo que da lugar a la creación de la Psicosomática como una nueva disciplina en la que lo psí- quico y lo somático no son, como hasta aquí simplemente hechos relacionados, sino formas de organización de una misma realidad vital. La nueva psicosomática conduce, por tanto, a una conceptualización «monista» del sujeto humano, siguiendo el ejemplo de Freud, en el que el «monismo» axiológico no es fruto de una especulación teórica, sino resultado de los descubrimientos psicoanalíticos, especialmente de la pulsión, la sexualidad, que atraviesa la totalidad del sujeto en todos los niveles de su organización. De este modo Smadja nos insiste en la descripción del movimiento por el que la Psicosomática se sustantiviza, frente a la conceptuación adjetivadora de enfermedades y/o enfermos psico-somáticos, y de paso pierde ese guión separador.

En esta técnica psicosomática, en las fronteras del psicoanálisis, la vieja distinción de O. Fenichel que «el psicoanálisis (frente a otros modos de psicoterapia) analiza la transferencia y no la utiliza», la técnica psicosomática, utiliza la relación transferencial, incipiente, frágil, inadecuada para ser interpretada, para que vaya surgiendo esta nueva clínica, en la que a la sombra de una transferencia contemplada con un exquisito cuidado puedan relan-zarse ciertos movimientos psíquicos, o al menos detener su desorganización. Es precisamente una concepción «fuerte» y radical de la teoría psicoanalítica la que permite la adaptación técnica para determinadas estructuras; desde el profundo respeto auto-nomizador que supone el psicoanálisis, lejos de la manipulación transferencial de otras técnicas. Es, pues, la abstinencia psicoanalítica la que subtiende una técnica que se demostrará tan fecunda, dando lugar a toda una línea teorizadora que ha sido capaz de soportar y enriquecerse con los envites y desafíos posteriores.

Surge, por tanto, la Psicosomática en un momento en que la ambición teorizadora psicoanalítica, hasta aquí inundada por la presencia abrumadora del genio y la intuición de S. Freud, se hace más conspicua y creadora, pudiendo tolerar mejor las con-tradicciones y verdaderos vacíos de ciertas clínicas aún poco con-ceptuadas, y cuya nueva escucha fomenta nuevos retos. Clínicas que a veces no son tributarias de la técnica psicoanalítica tradi-cional, pero sí lo son de una comprensión psicoanalítica, y de unas nuevas técnicas que son también psicoanálisis, *sensu latu*.

Smadja nos va a ir dando una revisión, con sus aportes personales de los conceptos más importantes de la teoría y clínica, según la entienden la Escuela de Psicosomática de París, especialmente de sus expresiones clínicas básicas como la depresión esencial y el pensamiento operatorio, a los que dedica dos de los apartados

más extensos de este libro.

El autor nos ofrece su lectura personal y desarrollo de la obra de su maestro P. Marty, viniendo a llenar de alguna manera un cierto déficit teórico de la clínica psicosomática martiniana con el apoyo de la metapsicología freudiana, especialmente desde la segunda tópica. Así llega a considerar la vida operatoria como una enfermedad del Yo, y alejándose de la más estricta conceptuación martiniana, considera dicha vida operatoria como una forma defensiva. Alejamiento que habría que matizar en cuanto lo entiende como una forma de defensa frente a la inadecuación del objeto; por ahí se acerca a A. Green, cuya influencia está siendo tan importante en los últimos años en el pensamiento teórico de IPSO. Desde el trabajo con otras patologías, sobre todo los estados límites, se plantea las coincidencias y distinciones con estos pacientes, cuya capacidad de simbolización es también desfalleciente. Se corrige así, a mi entender, un cierto seguidismo literal en que estaba incurriendo IPSO respecto a algunos planteamientos de P. Marty, que *a posteriori* se han llegado a convertir en una suerte de «dogmas psicosomáticos», lo que supone paradójicamente una desconsideración de la apertura y flexibilidad tan extraordinaria que tenía P. Marty, tanto en sus escritos como especialmente en su quehacer, y en sus contactos personales.

Ejemplos importantes de esta actitud de Smadja de fidelidad crítica respecto a su maestro son la matización respecto a la inexpresividad afectiva total en la depresión esencial, o su constatación en pacientes que no hacen enfermedades somáticas. O la conceptuación de los movimientos psicosomáticos en dos momentos, de desorganización traumática y de reparación, al modo como hizo Freud con la psicosis.

El objeto no organiza adecuadamente la pulsión, y aquí aparece una nueva distinción frente al pensamiento de P. Marty, al modificar su aforismo de que en la vida operatoria «el inconsciente recibe pero no emite» (que, dicho sea de paso, permite la posibilidad de una psicoterapia con esos pacientes) y convertirlo en: «el inconsciente no emite investiduras», es decir, que «transmite, sin embargo, una fuerza en dirección al Yo y su superficie, el sistema Percepción-Conciencia», pudiendo teorizarse, por tanto, la vida operatoria y sus expresiones clínicas como una «enfermedad del Yo» y por consiguiente la vida operatoria como una forma defensiva de éste.

Ante la ausencia de un objeto adecuado, el Ello necesitado de descarga de su pulsionalidad, a través de un Yo distorsionado inviste en cortocircuito una realidad externa, y falto de la internalización de la función paraexcitante (M. Fain) del objeto primario (léase imagen materna) es desbordado en la excitación de una realidad externa, que no permite la constitución de un Yo suficientemente fuerte. Por otra parte, en el rastreo y valoración de los aspectos más simbólicos aún presentes (como veremos al hablar de los Procedimientos Autocalmantes) se plantea una cierta deriva hacia la valoración del «conflicto» frente al «déficit», por utilizar la vieja distinción

de A. Freud. Si bien esta valoración de «lo que queda» es de gran importancia terapéutica, y nos salva de ese seguidismo caricaturesco a Marty al que me refería, desde la perspectiva teórica tiene, a mi entender, el riesgo de borrar o empalidecer la extraordinaria fuerza teórica de la implicación evolutiva de la Psicosomática en la obra de Marty; en la que no hemos de olvidar su fecunda consideración de las «líneas latera-les del desarrollo» de tan gran importancia teórica y técnica, no siempre suficientemente reconocida.

A mi entender esta «enfermedad del Yo» es una enfermedad por ausencia de una realidad estructurante externa «suficientemente» adecuada, en el sentido winnicottiano, y por tanto sería la consecuencia de una realidad externa *versus* constitución yoica insuficiente. El Yo que se crea sobre todo por identificación, va a padecer, por tanto, el mismo déficit de investiduras pulsionales que aquella área privilegiada de la realidad que debería de haberle constituido mejor. Y a falta de esa realidad «privilegiada» social-simbólica sobreinviste una realidad factual, insuficiente, caricatura de esa realidad humana creadora de psiquismo.

Resulta extremadamente sugerente su estudio metapsicológico del pensamiento operatorio, quizá lo más interesante del libro; las consideraciones que hace entre pensamiento operatorio y psicología colectiva, con la pérdida de las más importantes características individuales del sujeto, la importancia en ambas situaciones de mecanismos primitivos como la idealización y la identificación, y las diferencias entre ambas estructuras. C. Smadja considera que el pensamiento operatorio no puede ser consecuencia simplemente de un proceso de regresión, primando las dificultades de la organización de un adecuado narcisismo primario, de ahí la ausencia de odio en estos pacientes, y la instauración de lo que llama un «narcisismo de comportamiento». Ante la falla de un objeto primario suficientemente narcisizante se acude de forma ansiosa a objetos secundarios a los que se demanda y aportan exclusivamente una relación fáctica, en lo pulsional siempre muy insuficiente.

C. Smadja ofrece, por tanto, una teorización más evolucionada, desde la perspectiva de la 2.ª tópica y de los aportes de A.Green, a lo que en la obra de P. Marty aparecía como la falta de espesor del preconsciente sin dejar por ello de lado el enorme valor que tiene ineludiblemente el factor económico en la clínica psicosomática, lo trasciende y acentúa el valor organizador del objeto y su internalización; dicho en lenguaje metapsicológico, rescata los aspectos tópico y dinámico.

La conceptuación de la función desobjetalizante de la pulsión de muerte, según la perspectiva de Green, conduce a Smadja a abandonar el relativo monismo pulsional de P. Marty, para quien los movimientos de muerte son el fallo de las pulsiones de vida, y adherirse a una concepción dualista de la pulsión, más clásica, como la sostenida por M. Fain en su «Preludio a la vida fantasmática», y a través de la conceptuación de Green en la que el objeto es fundamentalmente el agente intrincador de las pulsiones. De este modo, creo entender, se acerca a la manera en

que B. Rosenberg teoriza la función del masoquismo primario y de la pulsión de muerte en la depresión esencial y en el desarrollo del psiquismo, donde el objeto hace una función de intrincación pulsional, modo de pensamiento que acaba recordando mucho a los planteamientos de M. Klein, pero sin la riqueza que en esta autora supone el concepto de objeto interno.

Personalmente no sabría decir hasta qué punto la adscripción a un dualismo pulsional claro y definido, por más que pueda resultar más aceptable por la comunidad psicoanalítica en respeto al modo de plantear el problema por S. Freud, supone un verdadero avance teórico en cuanto capacidad de apertura en el campo de la psicosomática. Creo que a la postre la actitud frente a estos conceptos «primarios» depende en último extremo más que de la clínica o de las necesidades teóricas, de nuestras experiencias personales primarias, al modo que decía F. Pasche respecto a las elecciones metafísicas, de las que ciertos conceptos están muy próximos. Me deja la preocupación de hasta qué punto ciertos conceptos son prioritariamente *ad hoc,* en el sentido epistemológico, y que cierren más que abran las subsiguientes investigaciones clínicas.

Con todo, su valoración de la función del objeto va más allá de la idea de una pulsión de muerte que actúa a través de la desintrincación desorganización de las pulsiones, y acomete un intento de comprensión de ciertos movimientos regresivos en la más clásica conceptualización freudiana de la defensa, en la que la organización a niveles más regresivos es una defensa frente a los avatares y exigencias de momentos organizativos más evolucionados, para los que la fragilidad de la constitución yoica del sujeto resulta claramente insuficiente.

Quizá por el momento de la escritura del tercer estudio, sobre los Procedimientos Autocalmantes del Yo, se puede encontrar en él un acento casi exclusivo en la explicación económica. Desde una relectura de antiguos trabajos de Marty y Fain, Fain, y de M'Uzan nuestro autor hace un interesante estudio del valor de la motricidad en la constitución y fundamentos del aparato psíquico.

Ya el autor había sostenido en su trabajo *princeps* sobre los Procedimientos Autocalmantes, que son a la par autoexcitantes, pero se echa de menos un mayor desarrollo sobre el valor «autoesti-mulante» *versus* «autopulsionante» que cumplen estos procedimientos, como ya había señalado J. Cournut. Más próximos a la consideración «histórica» de G. Szweg aunque, como señala nuestro autor, plantea problemas metapsicológicos, pensamos que precisamente lo más «calmante» para el psiquismo en constitución son aquellos momentos míticos primeros en los que la excitación apuntalada sobre algunos aspectos significativos del objeto «excitante» devienen en «pulsionantes» o, mejor dicho, favorecen el desarrollo de la pulsionalidad y, con ella, posteriormente, del «espesor del preconsciente». La excitación menos tramitable por el aparato psíquico es precisamente la que ocurre en ausencia de la función paraexcitante del objeto primario; la excitación insuficientemente «humanizada» ante la inadecuación del Otro-semejante, el cual con

su «acción específica» debería de rescatarnos del desamparo originario que siempre nos persigue. El máximo traumatismo es precisamente la ausencia del Otro-semejante y su internalización no representativa, el «terror sin nombre» (Bion).

Nos surge una vez más la dificultad del pensamiento humano, fecundado pero limitado por las leyes del lenguaje, para articular los aspectos sincrónicos y diacrónicos de la realidad; la dificultad para articular metapsicológicamente los aspectos genéticos y estructurales del psiquismo; las dificultades de atender a la consideración de la valoración histórica de un lado y la primacía de los destinos de la internalización de dichos orígenes, de otro. In-ternalización que, en su riqueza complejizadora, aparece extre-mamente limitada en estos pacientes.

Los procedimientos autocalmantes, si son repetitivos, se deben en mi opinión más al fracaso de su objetivo que a la influencia, sin más, de la pulsión de muerte. En el mismo artículo del año 1993 en que se postulan estos procedimientos, podemos rastrear el origen histórico simbólico de los mismos, aunque no se nos hagan conspicuos hasta muy desarrollada la relación transferencial. Se podría entender como una sobreinvestidura de aquellos aspectos relacionales, si bien embrionarios y frustres, que ori-ginan esas formas relacionales, de identificación primaria que dan lugar al establecimiento de esa organización intrapsíquica que desde Freud llamamos el Yo. A la postre, ya señala el autor que la Vida Operatoria cumple una función autocalmente, es decir, similar a la de estos procedimientos.

Para finalizar, me parece que este libro de C. Smadja es de muy provechosa lectura a cualquier interesado en comprender las teorizaciones de la Escuela de Psicosomática de París, cuyos conceptos vemos, desgraciadamente, utilizados en nuestro medio con muy escaso rigor, cuando no con serias distorsiones, pero asi-mismo me parece de gran utilidad para cualquier psicoanalista preocupado por los grandes temas teóricos del psicoanálisis, desde cuyas fronteras tanta luz se nos aporta.

RAFAEL CRUZ ROCHE

Prefacio

Claude Smadja me contó que desde que finalizó sus estudios secundarios, su interés quedó atrapado en la biología. Sin duda era una manera de dejarme entrever que, desde su tierna infancia, su cuerpo y el de los otros fueron objeto de una curiosidad que, triunfando sobre la represión, pudo sublimarse. Para afirmar ese deseo de saber, se orientó hacia la medicina, elección que ciertamente comprende la biología, pero también el cuerpo humano, su historia, sus dichas y sus desdichas, en un modo de vida dentro del campo del saber. Por eso Claude Smadja no elegirá de entrada la psiquiatría, sino el Internado de los Hospitales de París. Si el ejercicio que va ligado a este título fue una fuente de conocimientos, su curiosidad inicial no habiendo sido satisfecha, se volvió hacia la psiquiatría, donde la práctica clásica no disminuyó su decepción, aunque su afición por la comunicación y la ense- ñanza hizo de él un jefe de clínica.

La formación psicoanalítica le hizo encontrar a Freud, y, entre otras, la definición de pulsión lo ubicaron en el cruce de ca-minos del psiquismo y lo somático. Escuchó la llamada de la he-chicera «metapsicología» y rápidamente Claude Smadja se construyó la reputación de un temible discutidor de textos freudianos. Pero también, ¿cómo no quedar impactado por la satisfacción que expresa cuando cita la intervención de P. Marty y Michel de M'Uzan en Barcelona en 1962, que culminará con la aparición de *La investigación psicosomática.?* Parece evidente que la formación iniciada desde el liceo encontró su complemento. Ese complemento es Pierre Marty; Claude Smadja vendrá al IPSO y establecerá una colaboración fructífera de la que el presente libro es el producto. Designar a Claude Smadja y a Pierre Marty como complementarios puede parecer difícil. Si Pierre Marty no es un discutidor como Claude Smadja, ¡pues bien!, Smadja lo será por él. Pierre Marty era un auditor y tuvo interlocutores de privilegio: Henri Ey, quien a través del organodinamismo, le informó sobre H. Jakson y su inspiración spenceriana; Ajuria-guerra y Henri Hecaen, que modernizaron la neurología; M. Bouvet, que desarrolló la práctica del tratamiento psicoanalítico bajo el ángulo de la relación de objeto.

Creo que una cierta analogía es más fuerte que las diferencias entre Claude Smadja y Pierre Marty, animados ambos desde su juventud por los misterios de la biología. La palabra «investigación» hace su aparición: escuchando un paciente de un cierto modo, la enfermedad se inscribe en negativo en el funcionamiento mental. A

este propósito, Claude Smadja estudió lo que podríamos llamar «no-deficitario» de ese funcionamiento mental aparentemente desfalleciente, lo que llamará notablemente su atención sobre los efectos paradójicos de las reacciones del paciente a la somatización. Con razón Claude Smadja es considerado como uno de los autores más informados de la obra de Pierre Marty.

Un tal encuentro no cambia en nada las divergencias de opinión entre las concepciones de Pierre Marty y las de Claude Smadja, el primero está interesado en las normas evolucionistas, el segundo en la metapsicología. En ese sentido, Claude Smadja marca su preferencia por las teorías de André Green sobre la negatividad. La comunidad de puntos de vista con Pierre Marty se inscribe en las descripciones clínicas de los pacientes que presentan somatizaciones. Al principio, las opiniones tal como fueron descritas en *La investigación psicosomática* fueron contestadas, el origen de los trastornos era relacionado con fantasías inconscientes cada vez más arcaicas. La opinión según la cual la importancia de ese tipo de fantasía se escondía detrás de los contenidos edípicos fue «anticipada». En ese aparente conflicto, donde se daba la primacía a las fijaciones llamadas pregenitales ocultas por el conflicto edípico, se mantenía la preponderancia de la actividad fantasmática, descartándose entonces el hecho de que, en las neurosis actuales, Freud había relacionado los trastornos somáticos con una interrupción del funcionamiento mental. A partir de allí, Claude Smadja trae una reflexión de Freud enunciando que las neurosis actuales no aportaban nada al psicoanálisis. Sin duda, y a primera vista, esta afirmación puntualiza que lo que es actual no se sumerge obligatoriamente en el pasado; ello no impide que hoy día pensemos que la percepción de los efectos de una falta estuviera en el origen de las neurosis actuales.

En relación con las neurosis actuales, se produjo un conflicto que dio lugar a una polémica entre Freud y sus colegas. Jones cuenta que hubo varias discusiones al respecto, pero Freud mantuvo su posición. En el curso de un congreso consagrado a la masturbación, la opinión freudiana según la cual la práctica de la masturbación era en sí misma una razón para provocar síntomas de neurosis actual, fue cuestionada por numerosos asistentes. Para Freud, la masturbación podía participar en una neurosis de transferencia, en la medida en que, como expresión de la sexualidad infantil, había sido reprimida; por otra parte, la masturbación sería un mal uso de la sexualidad adulta susceptible de provocar una neurosis actual. En una palabra, los oponentes deseaban que fuera atribuida a la masturbación un valor significante anclado en el inconsciente, en lugar de un mal uso en la actualidad de un comportamiento con efectos perturbadores.

La historia del movimiento psicoanalítico muestra que mientras el problema de la neurosis actual fue puesto en latencia una veintena de años según Claude Smadja, la primacía de las investigaciones se centró sobre los contenidos del inconsciente dinámico, dicho de otra manera, sobre las fantasías; ¿no podríamos interpretar esta latencia como la expresión silenciosa de una renegación de la percepción de un factor

destructor de esos teso-ros nuevamente puestos al día?

Las neurosis actuales «que no tenían nada que aportar al psicoanálisis», aún tenían menos que aportar al favorecer la existencia renegada de un factor negativo. Se comprende ahora por qué Claude Smadja hace de la emergencia de los estudios sobre las somatizaciones que puntualizan el defecto de expresión del síntoma, un descubrimiento «ineludible» de la investigación psicoanalítica. El «mal uso» incriminado es de hecho una perturbación del comportamiento que emparenta la neurosis actual con la neurosis de comportamiento. Esta semejanza llevará a Claude Smadja a un estudio estricto del estado operatorio y de su compañera de desgracias, la depresión esencial.

Los análisis del autor permiten comprender la diferencia entre neurosis actual y estado operatorio: en una, el mal uso es preciso y actual, por ejemplo el coito interruptus; en el otro, afecta las funciones. Es así que en el curso de la vida operatoria, la desaparición o alteración de todo lo que es histeria, incluidos los afectos que, según Freud, fueron en otro tiempo de origen histérico, testimonia la existencia de una alteración global del dinamismo mental. El mal uso encuentra su lugar en la fórmula de Pierre Marty: «El inconsciente recibe pero no emite». Esta fórmula va a la par de la relación del paciente con el terapeuta, calificada de *reduplicación proyectiva*. Ello significa que el objeto no es percibido sino como doble del sujeto. Una percepción tal implica que el objeto no emite nada que no sea el doble; dicho de otra manera, que no puede mostrar signos de contra-transferencia. Si agregamos a esto que la realidad reinante es más sentida que creada, tal como lo subraya Claude Smadja, podríamos asimilarlo a un ambiente en el que estaría excluida toda capacidad de soñar.

Desde *La interpretación de los sueños*, Freud destaca que no podemos soñar cualquier cosa, el trabajo del sueño tiene que tener en cuenta un inconsciente que se enraíza en lo originario. Para apoyar su propósito, Freud propone una metáfora, la del ónix y el mármol blanco. Si pedimos a un escultor una obra de ónix, éste no podrá hacerla como si fuera de mármol blanco, deberá tener en cuenta las nervaduras que caracterizan al ónix. Si se opera un retorno de sentido, el mármol blanco coge las nervaduras del ónix, retorno que se hace fácilmente si se piensa en los trabajos de André Green sobre la blancura del pensamiento. Decir entonces que las nervaduras del ónix se pierden en la blancura del mármol y, con ellas, la capacidad de trabajar un sueño, nos acerca al mundo operatorio que ignora la realización del deseo mediante la capacidad de alucinar.

La locución «mundo operatorio» me vino en asociación con la demostración que hace Claude Smadja, después de haber se- ñalado la disminución, es decir la rareza, de los rasgos histéricos ligados a las fantasías originarias; a continuación de mostrar las analogías de ese mundo en el que reina lo operatorio con la psicología colectiva. Las nervaduras del ónix, en esta demostración, están excluidas del Yo en referencia a una idealización particular que aniquila al Superyó. En lugar de una relación Ideal del

Yo-Superyo, tal como aparece frecuentemente en la pluma de Freud, surge un antagonismo conflictivo, el Superyó, heredero del complejo de Edipo contra el Ideal del Yo, heredero del narcisismo infantil. En un esquema clásico, el Ideal del Yo proviene de la omnipotencia infantil primaria que se encuentra proyectada sobre los padres y sus sustitutos cuando la realidad cuestiona aquella creencia primaria. Ahora bien, los movimientos de la masa están ligados a un conductor, el objeto del Yo, que es siempre un impostor. Este funda su poder en la sugestibilidad de los elementos de la masa que le permite usurpar el lugar sobre el que toda la omnipotencia infantil fue proyectada originariamente.

Siguiendo esta vía de lo «colectivo» que indica Claude Smadja, me parece que la comparación del sujeto operatorio con el militante y el hincha está justificada: la clínica nos revela que más de un operatorio era un militante excluido por una razón u otra de su grupo. De la misma manera, los lazos del grupo con su conductor real o fantasmático son patentes. El militante de un grupo político muestra en qué medida el juicio de atribución surgido de las doctrinas de ese grupo está activo, eliminando el juicio de existencia que pierde entonces su valor de objetividad. El ex militante convertido en operatorio parece haber adquirido un razonamiento más objetivo, pero perdió la ración de amor de la que antes era goloso. Su exclusión viene de su dificultad para hacer su autocrí- tica, es decir, de exhibir una relación sadomasoquista que lo reu-bicaría en la obediencia al líder devolviéndole su lugar en el grupo. *Dicho de otra manera, la adquisición del juicio de existencia se salda con una ruptura y el duelo de una relación*. Poder soportarlo es otra cosa. Él forma parte de un grupo que exige a su conductor la renovación constante de su valía, incluso exige que tenga una cierta tolerancia al fracaso, a menudo más ligada a la ilusión de omnipotencia que al acceso al juicio de existencia.

El ejemplo del militante, que recoloca su acción en el seno de un grupo social se muestra como lo contrario del sujeto operatorio, cuyo pensamiento parece de mejor calidad que el del militante. Calificar a alguien de «militante sin objeto» señala una falta, la ausencia del objeto del Yo portador de la impostura. Recordemos que el impostor es el que hace creer al militante que él es verdaderamente el personaje omnipotente, que no es el producto de una proyección del sujeto. En realidad es poseedor de un falo en verdad ilusorio. Es también el gerente del militante a quien se le acuerda un sentimiento de fusión con el Ideal. Todo esto no es sino una fantasía del militante, lo que explica su comportamiento dominado por una racionalización férrea demos-trando el poder del impostor-objeto del Yo y su fusión con él en un clima de amor y de euforia, clima que existe desde la lógica de la proyección del narcisismo de cada uno.

Si me he extendido en este problema del militantismo, es porque confirma la opinión de Claude Smadja, de que en el nivel de la psicología colectiva aparecen los trastornos cuyo origen se sitúa en lo primario, trastornos que pueden conducir a la pérdida de la expresividad sintomática. Para Claude Smadja la depresión que

acompaña la vida operatoria se llama esencial porque no expresa. Esta falta hace pensar en la melancolía que, por lo general, se expresa mucho. Claude Smadja hace una selección en relación a las descripciones de depresión en la primera infancia, una de Spitz, la «anaclítica», la otra de F. Tustin, la «psicótica», centrada en el autismo.

La diferencia que se impone en estas dos descripciones es que la de Spitz pone en evidencia sobre todo los desórdenes del entorno del niño, la de Tustin los resultados de la puesta en marcha de la acción del autismo. La depresión anaclítica marca las adquisiciones de un primer tiempo de desarrollo satisfactorio para terminar en lo que fue llamado el «hospitalismo», el segundo describe la puesta en marcha de una organización defensiva según el modelo de para-excitación. Dicho de otra manera, se trata de dos modelos patológicos que aparecen a continuación de estados de indefensión de los que uno, el anaclítico, está desprovisto de los medios de defensa del segundo. Se destaca el problema del pronóstico, problema que guarda su misterio. Claude Smadja, recuerda también una opinión de Winnicott que puntualiza que en los estados de indefensión, no es el pecho el que está perdido sino el Yo del niño, reflexión que recorta una hipó- tesis de Freud en relación con la melancolía, opinión retomada por Claude Smadja. Esto fue retomado también por Pierre Marty quien, describiendo el desarrollo de las tendencias evolutivas, se- ñalaba que la madre debía administrar las adquisiciones aún no alcanzadas por el niño, esperando que fueran autonomizadas, lo que conferiría a esas gerencias el valor funcional del Yo, y a su pérdida el valor de una pérdida del Yo. Si estas descripciones, las depresiones anaclíticas y autísticas describen destinos diferentes a partir de situaciones de indefensión, evidencian también sus diferencias: mientras que la anaclítica aparece como ilustración de los efectos contra-evolutivos suscitados por el abandono, la autística moviliza medios anti-excitantes de origen autónomo que van a modificar el comportamiento. Esos medios pertenecen a una forma de mentalización. Por este camino Claude Smadja llama la atención sobre dos desarrollos, uno relacionado con los desórdenes psicosomáticos, la marcha regresiva por pérdida de adquisiciones, el otro poniendo en actividad medios de defensa que constituyen una fijación de esencia psíquica. Es posible considerar que la depresión anaclítica no tiene medios autísticos para defenderse. A través de esos dos ejemplos se vislumbra el enigma planteado por la expresividad del síntoma mental que protege al soma.

La tercera opción de Claude Smadja tiene que ver con los trabajos de A. Green, de donde viene el nombre de «depresión blanca» que pone en escena la madre muerta quien, aunque viva, no da la vida. El ejemplo de una depresión latente en una madre, que la ubica muy por debajo del nivel del mar en medio de un desierto de sal a ultranza, recortando un paisaje fascinante de negación, presenta a veces una analogía con la depresión esencial, no obstante apagada y aburrida a morir. Sin embargo, una madre muerta en el sentido de André Green está bien presente y representa el traumatismo surgido de la ausencia mental crónica conjugada con una presencia física de una madre que puede, por otra parte, seguir al mismo tiempo al pie de la

letra los consejos pediátricos.

Esta entrada en materia de los tres tipos de depresión nos conduce a la mirada original de Claude Smadja sobre la depresión esencial, frecuente compañera de miserias de la vida operatoria. Mirada original porque se distingue de la de Pierre Marty, poco ligado al concepto de narcisismo. Se diferencia de Marty de un modo que recuerda en la obra freudiana el pasaje de la primera a la segunda tópica. Las concepciones evolucionistas de Pierre Marty sobre la psicosomática sólo dan a las pulsiones de muerte el lugar que dejan los movimientos de vida; estos alcanzan un buen funcionamiento gracias especialmente a la mentalización, tanto más evolucionada si es conflictiva. Con Claude Smadja, después de Freud, la pulsión se complica: viniendo del interior del Yo, al abrigo relativo de la realidad, es de naturaleza conservadora, aliándose a la compulsión a la repetición para satisfacerse, no se sitúa espontáneamente del lado de la evolución. Su sublimación es el fruto de un trabajo complejo que respeta el principio del placer. Finalmente, y sobre todo, proviene de una intricanción de las pulsiones de vida y de muerte, intrincación que da al sadomasoquismo un lugar primordial en la distribución de las pulsiones parciales. De una manera implícita y explícita, Claude Smadja toma en cuenta todos los factores que conllevan la proposición de hipótesis complejas y audaces sobre una economía psicosomática del individuo.

Las concepciones teóricas de Pierre Marty se centran en la existencia de una vitalidad que sobrepasa la economía estrictamente psicoanalítica y que es clínicamente detectable. En todo su trabajo, Claude Smadja muestra continuamente que esta teorización, aunque diferente en su esencia, no es incompatible con la visión freudiana. Es poco concebible que un individuo interesado por la psicosomática se desinterese de las opciones marti-nianas y sólo coja del psicoanálisis el punto de vista salido de la segunda tópica. Podríamos concebirlo a condición de prestarle un pensamiento inexpresivo, es decir, operatorio. Es cierto que un apuntalamiento odioso puede expresar algo operatorio: «¿Para qué sirve esta historia? Para nada», «Freud está obsoleto»; «Todo esto no es sino literatura», son locuciones agresivas que buscan justificar el borrado de las huellas del pasado y magnificar un comportamiento presente, lo que Claude Smadja va a designar como pérdida narcisista del Yo en tanto que objeto erótico del Ello, que también puede expresarse como: «pérdida de la facul-tad de resexualizar», que implicaría la existencia de un tiempo pasado en el que placer del Ello llevaba la batuta.

A este propósito, los avatares sufridos por la posición pasiva, sobre los que Claude Smadja ha insistido, están de nuevo en un primer plano. Si los traumatismos redujeron a nada las posibilidades de beneficiarse sexualmente de la pasividad, la representación del objeto activo se altera considerablemente, no pudiéndose más distinguir los antecedentes traumáticos que destrozaron la pasividad. Así, a partir de malas condiciones ligadas a un mal contacto madre-bebé, será la imposibilidad de representar al padre erótico lo que se constituirá como patógeno. Como lo muestra

Claude Smadja, habrá una pérdida del Yo en tanto que objeto erótico del Ello. Al respecto, Claude Smadja evoca la desobjetalización descrita por André Green, que me parece en relación con la reflexión de Sigmund Freud comentando la génesis del narcisismo secundario, y que hacía del Yo la historia resu-mida de los amores del Ello. Freud precisa que esos amores son provocados por el Yo que se sustituye por semejanza al objeto de la pulsión, la desexualización asegura la mutación de la libido de objeto en libido narcisista secundaria, mutación próxima a la objetalización del narcisismo. Estas reflexiones que parten de la hipótesis de Claude Smadja referidas a la pérdida del Yo en tanto que objeto erótico del Ello, conducen a pensar que es toda la gé- nesis de la personalidad la que está en juego.

Es el mismo problema que se puso de relieve cuando hablá- bamos de un inconsciente que recibe pero no emite, como si la vida operatoria fuera considerada como una no emisión, cosa que no es así. Aquí encontramos otro aspecto del trabajo del autor, el estudio de los «autocalmantes», mecanismo que utiliza la vía psicomotríz para inducir la calma. El Yo operatorio es un sujeto tranquilo, constantemente calmado (a veces médicamente). El mecanismo autocalmante forma parte de los medios para-excitantes que juegan su papel en las contra-investiduras. De este modo, el operatorio es un sujeto calmado de un sufrimiento vuelto mudo por él y por los otros; la calma, figura en el seno de los ideales colectivos. «Estoy tranquilo, por lo tanto tú también» explica un poco lo que fue descrito como reduplicación proyectiva. Lo autocalmante tiene entonces como objetivo principal el retorno al estado (anterior al sufrimiento). Me parece que se desprende del trabajo de Claude Smadja una doble orientación, una en relación con la herida narcisista grave producida por un desfallecimiento de la función materna, en particular relacionada con el papel de la madre que intenta la desinvestidura necesaria para un buen dormir, y la otra que, en la historia del niño, a causa del desfallecimiento precedente, le impidió investir la pasividad y en consecuencia al objeto activo que gozaría de esta pasividad en el tiempo del doble retorno. El mecanismo autocalmante no crea en consecuencia un objeto perseguidor, que podría nacer al encontrar el espacio vacío.

De este modo, el trabajo de Claude Smadja fomenta una revisión de la metapsicología, subrayando de paso de qué manera esas contra-investiduras, que vienen del más allá del principio de placer bajo la forma de mecanismos prematuros del Yo, juegan un papel en la intricanción pulsional, movilizando una pura cultura de la pulsión de muerte.

Por otra parte, Claude Smadja interpreta la mejoría que puede producirse una vez que la perturbación somática fue iden-tificada, como un fenómeno de objetalización orgánica que testimonia del retorno de un movimiento degradado de investidura del Yo. La perturbación citada reemplazaría el mensaje verbal inquietante que prodiga el síntoma hipocondríaco.

Los trabajos de Claude Smadja nos muestran el hallazgo en la psicosomática de la aspiración de satisfacer ese deseo infantil de conocer la biología. Se hizo un

historiador y un sabio de la biología, cogiendo el tren en marcha, pero volviéndolo a colocar en sus raíles. Es ejemplar su manera de volver a las neurosis actuales puestas en latencia sobre raíles que oficialmente no conducían a nada, reactualización que muestra que no conducían a ninguna parte, precisamente por las razones que las habían apartado. Bajo su pluma, «El más allá del principio de placer», se transforma en un territorio que ilustró bien Gérard Szwec al describir a esos galeotes voluntarios perdidos en los océanos, no lo-grando pese a sus esfuerzos frenéticos calmar la mar.

A su manera y a lo largo de todo su libro, Claude Smadja recuerda que, en un primer tiempo, el psiquismo humano está mo-vilizado por el principio de placer, al menos es deseable que así sea, que de este periodo el Yo guarda una cierta ternura por la alucinación, y el reencuentro con un objeto erótico que la haga posible; lo que quiere decir que el Yo conserva una aptitud para seducir eróticamente al Ello, y que de este modo se elimina el purgatorio de la vida operatoria, lugar de una pura fatiga que daña el cuerpo.

MICHEL FAIN

Agradecimientos

Los estudios presentados en este libro no hubiesen sido posibles sin la obra de Pierre Marty, cuya enseñanza tuvo para mí un valor inestimable. Su preocupación permanente por el funcionamiento mental y su visión genial de la economía psicosomática tienen hoy su lugar tanto en la historia del psicoanálisis como en la de la medicina.

La obra de Michel Fain inspiró profundamente mis investigaciones psicoanalíticas en el campo de la psicosomática. Su creatividad y su permanente disponibilidad me acompañaron a lo largo de estos estudios. Mi gratitud va también hacia otros psicoanalistas, Michel de M'Uzan, Denise Braunschweig y Catherine Parat, quienes por sus trabajos, sus enseñanzas, y su presencia ge-nerosa, me transmitieron su pasión por el psicoanálisis y su interés por los pacientes.

Estas investigaciones sobre la vida operatoria son indisociables de una reflexión colectiva elaborada desde y después de Pierre Marty en el seno del Instituto de Psicosomática de París. La animación y la riqueza de los intercambios que allí se desarrollan permanentemente han contribuido a mantener viva mi reflexión personal y han participado en la elaboración de estos estudios.

Introducción

El psicoanálisis de los procesos de somatización

La vida operatoria se define por un conjunto de signos clínicos surgidos de la investigación psicoanalítica contemporánea. Representa uno de los descubrimientos más notables del psicoanálisis y contiene todos los determinantes de una investigación conceptual en el campo de la psicopatología. Su historia está ligada a la de un pequeño grupo de psicoanalistas, los psicoanalistas de la Escuela de París quienes, desde comienzos de los años 50, se interesaron por el funcionamiento psíquico de los enfermos somáticos. El genio de esos aventureros del psicoanálisis, P. Marty, M. Fain, M. De M'Uzan y Ch. David, se concretó en la creación de una nueva clínica a comienzos de los años 1960, la clínica psicosomática., en cuyo seno ciertas modalidades del funcionamiento psíquico se encontraban más o menos regularmente en relación con el desarrollo de somatizaciones.

Tres etapas sucesivas marcaron la historia del descubrimiento de la vida operatoria. La primera es la descripción dada por P. Marty y M. De M'Uzan en 1962 del pensamiento operatorio. Esta modalidad singular del pensamiento, observado por estos autores en un cierto número de pacientes que presentaban enfermedades somáticas graves y evolutivas, se asemeja más a un no-pensamiento que a un pensamiento en el sentido en que los psicoanalistas lo concebían hasta ahora.

La insuficiencia de los cimientos fantasmáticos y simbólicos y su valor de acto especifican su calidad. En suma, si el pensamiento del neurótico asocia las palabras a las cosas, si el del psicótico trata las palabras como cosas, el pensamiento del operatorio dice las palabras sin las cosas. Según estos autores, la sobreinvestidura de lo factual que alimenta económicamente el pensamiento operatorio está asociada a un fenómeno de disolu-ción o de supresión, hoy diríamos de negativización, del proceso primario.

La segunda etapa es la de la descripción de la depresión esencial por P. Marty en 1966. Al contrario de las descripciones clá- sicas de las diferentes modalidades de depresión, la depresión esencial se revelaba por la ausencia de expresión sintomática. Su descubrimiento clínico reposaba no solamente en el reconocimiento de una falta, sino también en los afectos contra-transferenciales del psicoanalista. Para P. Marty, la depresión esencial implicaba una amplia pérdida pulsional, tanto objetal como narcisista, y se desarrollaba paralelamente a los movimientos individuales de muerte

del individuo.

La tercera etapa histórica es la de la creación de la noción de proceso de somatización. Es una noción creada por P.Marty en 1967. Pone el acento en el recorrido de una cadena de acontecimientos que finaliza en la somatización. El proceso es en sí mismo de naturaleza psíquica y se caracteriza por el conjunto de modalidades de funcionamiento psíquico que favorecen el desarrollo de una somatización. Para llegar a comprender la novedad que constituyó esta noción de proceso de somatización, hay que dis-tinguirla de la enfermedad psico-somática. Esta última noción creada por Hallyday en los años 1930, surgió de los trabajos de autores norteamericanos y se inscribió en la corriente de pensamiento de la medicina psico-somática. Al contrario del proceso de somatización que surgió de una visión psicoanalítica del enfermo, la enfermedad psico-somática procede de un enfoque médico. Según este enfoque, los acontecimientos psíquicos son considerados e identificados como factores etiológicos que forman parte del determinismo de una enfermedad somática.

De este modo, en un caso partimos de la enfermedad para investigar los factores etio-patogénicos, en el otro caso partimos del funcionamiento psíquico del enfermo para comprender las condiciones en las que llegó a desarrollarse una enfermedad somá- tica.

La vida operatoria reagrupa tres nociones clínicas: el pensamiento operatorio, la depresión esencial y las conductas operatorias. Los estudios psicoanalíticos que se presentan en este libro proceden todos de una misma preocupación teórica, la de inscribir los diferentes aspectos de la vida operatoria en una comprensión metapsicológica freudiana. La historia de la psicosomática psicoanalítica es una historia discontinua constituida por numerosas crisis. Cada una de ellas es el resultado de deba-tes teóricos en el curso de los cuales ciertas cuestiones no recibieron respuestas satisfactorias desde el punto de vista teórico. Es por ello, que estas cuestiones se retomaron desde otra perspectiva. Se trata pues, de un recomenzar, de una nueva introducción que tiene en cuenta las adquisiciones anteriores, pero también desde un nuevo enfoque conceptual. Desde ahora, la vida operatoria tiene su lugar en un psicoanálisis de los procesos de somatización.

I. Bases freudianas del psicoanálisis de los procesos de somatización

En toda la obra de Freud no figura ningún trabajo de investigación específicamente asociado a la psicosomática. Sin embargo, un cierto número de trabajos y de herramientas conceptuales, elaborados por él mismo en otros campos de la psicopatología, servirán de base a las elaboraciones futuras de los psicoanalistas interesados en los enfermos afectados de enfermedad somática.

Si Freud no se interesó por la psicosomática tal como la entendemos hoy, estudió, sin embargo, profusamente los diferentes estados del cuerpo. El conjunto de

esos trabajos sobre los síntomas con expresión corporal, se inscriben en las preocupaciones teóricas relativas a la economía pulsional. Recorriendo la obra de Freud, se pueden describir cuatro tipo de síntomas somáticos: los síntomas de conversión histéricos, los síntomas somáticos de la neurosis actual, los síntomas hipocondríacos y las enfermedades orgánicas establecidas.

A. *Los síntomas de conversión histéricos*

Según la concepción freudiana son símbolos mnésicos con-vertidos en el cuerpo, que sostienen un conjunto de fantasías inconscientes en las que participa la bisexualidad del individuo. Desde el punto de vista clínico, hay que destacar que esos síntomas corporales no se acompañan habitualmente de angustia. Desde el punto de vista metapsicológico, se necesita un cierto nú- mero de condiciones psíquicas para llegar a la formación de síntomas histéricos: la existencia de un Superyó post-edípico corre-lativo a una organización edípica relativamente acabada, un inconsciente dinámico encargado de las simbolizaciones y la permanencia y eficacia del mecanismo de la represión.

B. *Los síntomas somáticos de la neurosis actual*

Clínicamente, estos síntomas recubren la categoría de los trastornos funcionales de la medicina clásica. Corresponden a un hiper o un hipofuncionamiento de ciertas funciones somáticas. Al contrario de los transtornos histéricos, en general no tienen ninguna significación simbólica y se acompañan habitualmente de angustia. En el plano metapsicológico, resultan de una perturbación de la psicosexualidad o sexualidad psíquica. En el centro de esta perturbación figuran la insuficiencia del mecanismo de la represión y la sustitución por otros mecanismos económicamente más costosos, como la supresión. La libido del sujeto es así des-viada de su uso psíquico y retorna a los órganos que son investidos en exceso por ella. Según la concepción freudiana de las neurosis actuales, los síntomas somáticos resultan de una hiperinvestidura erótica de la función somática afectada.

Hay que recordar que una de las hipótesis freudianas de la teoría de la libido es la doble adhesión pulsional de cada órgano o función somática. Un órgano es investido tanto por las pulsiones de autoconservación, es decir, las que aseguran su funcionamiento fisiológico, como por las pulsiones sexuales. Una hipótesis necesaria para Freud en su teoría de las pulsiones, es que existe un *erotismo orgánico* que se ilustra en el sentimiento subjetivo de un buen funcionamiento de los órganos. Sin embargo, si en el seno de un órgano o de una función somática existe un desequilibrio entre los dos tipos de investidura pulsional, el órgano estará perturbado en su funcionamiento autoconservador, es decir, fisioló- gico. Esta situación económica es la que crea la hiperinvestidura erótica orgánica.

C. *Los síntomas hipocondríacos*

Clínicamente, se trata de quejas somáticas con carácter rei-vindicativo, paranoicas, que no están sostenidas por ninguna lesión orgánica. Para Freud proceden, desde el punto de vista metapsicológico, de un estancamiento de la libido narcisista que no ha encontrado un uso psíquico. La proyección en el cuerpo de esta libido narcisista intenta de este modo renegar de la falta en el nivel de los auto-erotismos orgánicos.

D. *Las enfermedades orgánicas*

Clínicamente son los objetos específicos de la psicosomática. Desde un punto de vista psicoanalítico, Freud abordó el estudio de las enfermedades orgánicas en dos niveles diferentes.

El primero es el de la *regresión narcisista* que sobreviene una vez que la enfermedad se instaló somáticamente. El interés de Freud, se refería a las modificaciones de la economía libidinal ligada a la presencia de un acontecimiento somático en un sujeto. El retorno de las investiduras eróticas de objeto hacia los órganos enfermos constituye para Freud un mecanismo regular en los sujetos enfermos somáticamente. Hay que subrayar que esta idea ya estaba en una hipótesis surgida en los trabajos de Ferenczi sobre las patoneurosis.

El segundo nivel considera la enfermedad orgánica desde el punto de vista de su génesis, respecto a la teoría de las pulsiones. Freud se apoya aquí en su segunda versión de la teoría pulsional elaborada a partir de 1920 y fundada sobre la oposición de las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte o de destrucción. Destaca que en el curso de un *estado de desintrincación pulsional* duradera, sin posibilidad de reintrincación, una de las consecuencias a las que se expone el sujeto es que sus funciones somáticas sufran alteraciones profundas dando nacimiento a enfermedades orgánicas.

Por otra parte, Freud señaló en el curso de numerosas observaciones, ciertas *relaciones paradójicas* y enigmáticas entre estados patológicos del cuerpo y estados psicopatológicos. De allí viene la incompatibilidad clínica y económica entre un estado de neurosis traumática y una afección corporal, del mismo modo que desaparece un estado neurótico cuando se instala una enfermedad somática. Esos movimientos pendulares entre estados psíquicos y estados somáticos y sus relaciones paradójicas parecen poner en juego la calidad de la organización masoquista del sujeto.

II. Los modelos postfreudianos

A partir del modelo psicoanalítico freudiano, muchos psicoanalistas se

comprometieron en la vía de la observación y tratamiento de pacientes afectados por enfermedades somáticas. Los discursos teóricos que construyeron, a partir de sus experiencias y de sus reflexiones, están marcados por el sello del medio psicoanalítico, médico y cultural en el que trabajaron, así como de sus intuiciones personales.

A. *El psicoanálisis de las enfermedades orgánicas de Groddeck*

La concepción de Groddeck reposa exclusivamente sobre conceptos psicoanalíticos. La etiología de las enfermedades orgánicas es única; se basa en el *determinismo de un Ello* que constituye una fuerza creadora en todos los dominios del ser humano. Esta uni-vocidad del Ello hace de él una causa casi mística. Para Groddeck, respecto al Ello omnipotente, los fenómenos psíquicos y los fenó- menos somáticos son estrictamente equivalentes. El Ello puede elaborar tanto un síntoma neurótico, psicótico, o un rasgo de carácter, como una afección cardíaca o un cáncer de colon. Esta equivalencia de identidad entre fenómenos psíquicos y somáticos hizo que Freud le reprochara el despreciar las pequeñas diferencias.

Diremos pues que el discurso teórico de Groddeck peca de un exceso de coherencia y un defecto de diferenciación entre los distintos objetos de observación y los diversos niveles de funcionamiento de esos objetos.

B. *La medicina psico-somática de Alexander*

Las concepciones de Alexander reposan a la vez en conceptos psicoanalíticos y en conceptos fisiopatológicos. El marco en el que Alexander y sus colaboradores desarrollaron sus observaciones de medicina psico-somática es un marco hospitalario. Esta dimensión médica influyó necesariamente en sus elaboraciones teóricas respecto a los pacientes enfermos. Desde este punto de vista, es interesante notar el retorno del término «psicosomático» utilizado en su función de adjetivo para calificar una nueva práctica médica. Siguiendo este camino, señalemos también que el término «psicosomático», adjunto al término de «medicina», presenta en su escritura un guión entre la parte «psico» y la parte «somática». Esta escritura introduce lógicamente la dualidad en las concepciones teóricas de sus autores, concepciones psicoanalíticas asociadas a concepciones psicopatológicas médicas. Esas concepciones reposan principalmente en dos teorías.

La primera es la teoría de la *neurosis de órgano*. Esta noción fue tomada de Ferenczi de quien Alexander fue un colaborador antes de emigrar a los Estados Unidos. La neurosis de órgano está emparentada con la neurosis actual de Freud. Para Alexander, se trata de un estado psíquico que se caracteriza por una supresión crónica o periódica de emociones que no pueden ni elaborarse psíquicamente, ni descargarse por vías de comportamiento. En este contexto ciertos órganos comienzan a disfuncionar en un intento de adaptación del organismo a la nueva situación creada

por la sobrecarga emocional. Según Alexander, las emociones son consideradas como factores etiopatogénicos al mismo nivel que los agentes infecciosos, químicos o físicos. Concibe igualmente que, en su evolución, la neurosis de órgano puede terminar de-sarrollando una auténtica enfermedad orgánica.

La *teoría de la especificidad* postula que cada estado emocional determina su propio síndrome fisiopatológico. Esta idea se apoya en estudios realizados en grandes cantidades de personas y le llevó a elaborar perfiles de caracteres y de personalidades.

En resumen, diremos que el discurso teórico de Alexander peca de un exceso de diferenciación. En efecto, la aplicación de un modelo conceptual psicoanalítico al funcionamiento psíquico y de un modelo fisiopatológico al funcionamiento somático en un mismo enfermo, creó una heterogeneidad teórica. Este dualismo del pensamiento, del punto de vista psicosomático, creó las condiciones de una crisis en el seno de la comunidad psicoanalí- tica francesa, y condujo a muchos psicoanalistas a proponer nuevas concepciones para superar el dualismo psique-soma.

La crisis abierta por el movimiento de pensamiento de la medicina psico-somática va a desembocar en un nuevo enfoque de las relaciones psique-soma dentro de una concepción psicoanalí- tica. Con Alexander, el psicoanálisis fue concebido como un instrumento perfeccionado de investigación y de comprensión del funcionamiento psíquico de los enfermos. En lo sucesivo, podemos decir que el psicoanálisis retoma plenamente sus derechos, y el enfermo somático es contemplado en el marco de la relación que se instaura con un psicoanalista. De este nuevo abordaje nace la noción de *punto de vista psicosomático*. Según ese nuevo punto de vista, todos los sucesos vividos por el sujeto enfermo, ya se trate de sucesos psíquicos, de comportamiento o somáticos, son retomados e interpretados por el psicoanalista en el marco de las investiduras transferenciales y contratransferenciales procedentes de la relación psicoanalítica. De este modo, los síntomas y enfermedades somáticas, en su crisol relacional, se inscriben tanto como portadores de sentido, tanto como testimonios de un desfallecimiento o de una interrupción de sentido. En ese nuevo movimiento del pensamiento propio del psicoanálisis francés de los años 1950,1960 y 1970, la medicina psico-somática da paso a la *psicosomática*, término concebido a partir de entonces sin guión entre «psico» y «somática» en tanto que sustantivo testigo de una concepción unificada de las relaciones psique-soma.

Dos corrientes de pensamiento se desarrollaron en esos años en Francia relacionadas con la *cuestión del sentido del síntoma somático*. Una acredita el sentido del síntoma y de la enfermedad somática, mientras que la otra insiste en sus observaciones y trabajos sobre la falta de sentido del síntoma o de la enfermedad somática.

C. *La conversión generalizada de Jean-Paul Valabrega (1964)*

La concepción de Jean-Paul Valabrega reposa en la idea de la existencia de un

núcleo conversivo en todo individuo. El cuerpo es concebido como un preconsciente cargado de una memoria significante. Así, todo síntoma somático contiene un sentido que el trabajo del tratamiento psicoanalítico intenta descubrir y elaborar. Quisiera hacer dos breves comentarios sobre esta concepción. El primero es que deja sin resolver la cuestión de saber si ese sentido pertenece al paciente o al analista que lo interpreta. El segundo es el de distinguir el sentido que pertenece a la gé- nesis del síntoma somático y el que pertenece a un segundo tiempo, el de las reorganizaciones *a posteriori* («après coup») durante el curso del trabajo analítico con un paciente afectado de enfermedad somática.

D. *La escuela de psicosomática de París*

La originalidad de autores como P. Marty y M. Fain, M. De M'Uzan o Ch. David fue poner en evidencia en las observaciones de un cierto número de pacientes somáticos el *borrado* de las producciones surgidas del trabajo psíquico. Este borrado se ilustra en la clínica por una cierta calidad de la depresión, llamada *depresión esencial*, una cierta cualidad del pensamiento, llamado *pensamiento operatorio*, y un repliegue más o menos generalizado de las formaciones fantasmáticas. Igualmente describieron una modalidad relacional singular, la *reduplicación proyectiva*, e insistieron sobre la importancia de los *comportamientos* en la vida de esos pacientes. El conjunto de las observaciones condujo a los autores a insistir en el *punto de vista económico*, tanto en la concepción teórico-clínica de los fenómenos psicosomáticos como en la práctica psicoanalítica con los enfermos. La cuestión del sentido del síntoma somático fue así interrogada y repensada. Desde estos trabajos, debemos considerar hoy día que la alternativa sentido o falta de sentido ya no es pertinente en el plano teórico. En su lugar, debemos interpretar los fenómenos psíquicos según la noción de una degradación de las estructuras de sentido en función de los diferentes niveles de funcionamiento psíquico del sujeto. De este modo, el gradiente de sentido será más o menos elevado según la calidad de las funciones psíquicas de las que procede.

III. Psicoanálisis de los procesos de somatización

Las observaciones psicosomáticas nos impusieron poco a poco la escucha de la semiología psicopatológica de una manera distinta a la que estábamos habituados en la clínica clásica. Con los pacientes somáticos estamos confrontados a una *banalización de la semiología*. Los signos se vuelven ordinarios, perdiendo el carácter ruidoso y seductor que puede comportar una idea delirante, una obsesión o una conversión histérica. Lo que domina en la semiología ordinaria de los enfermos somáticos, es el relativo borrado de la expresión sintomática. Así los enfermos ansiosos no describen una vivencia de ansiedad, se dicen tensos, es-tresados. Los enfermos deprimidos no describen una vivencia depresiva rica en culpabilidad o

autoacusación, dicen simplemente que no están en forma, que no tienen energía, que no tienen «marcha». Para un psicoanalista, sensible e interesado en la clí- nica psicosomática, esos signos banales tienen sentido de inmediato. Portan el sentido de un *sufrimiento en negativo* y de un peligro potencial o efectivo de enfermedad somática.

Se pueden describir dos grandes movimientos psíquicos que crean las condiciones del desarrollo de una somatización. Llama-mos a esos movimientos *procesos de somatización*. El primero es la *regresión somática*, el segundo es la *desligadura psicosomática*. Estos dos procesos no deben entenderse como radicalmente independientes uno del otro. Existen puentes entre ellos. Concurren uno y otro en somatizaciones de naturaleza y gravedad diferentes. Sin embargo, podemos observar entrecruzamientos entre la naturaleza de los procesos de somatización y las somatizaciones. No obstante esos dos procesos, el de la regresión somática y el de la desligadura psicosomática, pueden describirse separadamente en la medida en que corresponden a realidades clínicas generalmente diferentes.

A. *La regresión somática*

Es el caso de un paciente que se presenta con una organización psíquica construida sobre modalidades globalmente neuró- ticas. Su pensamiento está sostenido por representaciones y fantasías, y coloreado por afectos. Presenta un cierto número de rasgos de carácter individuales, sublimaciones, perversiones, y sus bases narcisistas muestran a veces fallas, testimonios de antiguas heridas narcisistas. Ante un acontecimiento o una serie de acontecimientos de su vida amorosa, afectiva, profesional o social, desarrollará en un breve lapso de tiempo una somatización. Sin en-terarse, sin ninguna reacción de tipo psíquico. Imaginemos en otro caso, que él mismo o su entorno observan una modificación de su carácter o de su comportamiento habitual. Luego sobre-vendrá la somatización en el curso de esas modificaciones. *El aparato psíquico fue puesto fuera de servicio.* La reacción somática, en cierta forma, sustituyó totalmente a la reacción psíquica. Según los términos de Michel Fain estamos frente a un fenómeno de orden más transaccional que reactivo. El psiquismo fue derivado y el diálogo se operó directamente entre los sucesos de la realidad y el soma.

Precisemos las características de la somatización. Es en general benigna, reversible en un lapso de tiempo que puede ir de algunos días a meses, e individual, es decir que, en general, el paciente es llevado a reaccionar de esta manera con los mismos órganos o las mismas funciones somáticas. Esta configuración ilustra el salto misterioso de lo psíquico a lo somático como lo destacaba Freud.

¿Cómo podemos interpretar desde el punto de vista metapsicológico esta secuencia de acontecimientos psicosomáticos? El acontecimiento que inició el conjunto de movimientos es un acontecimiento perceptivo en el que la experiencia

nos mostró que era portador de un significado de pérdida. Este hecho es generador de un *estado traumático* que, por una parte, activa antiguas heridas narcisistas y, por otra parte, inhibe, conmociona el funcionamiento psíquico y, en particular, el funcionamiento preconsciente del sujeto.

Observemos lo que pasa en un momento ideal del funcionamiento mental. Las percepciones surgidas del mundo se transforman en representaciones y se ponen en latencia durante la víspera en el preconsciente. Por la noche, durante el sueño, esos pensamientos latentes son atraídos por contenidos reprimidos inconscientes y participan en la formación de una producción oní- rica. De este modo los sucesos perceptivos vividos en la víspera serán objeto de un trabajo de ligadura dentro del aparato psí- quico con los deseos y fantasías inconscientes del sujeto, integrándose en su historia infantil. La neurosis infantil del sujeto se elabora en este ciclo regular del día y la noche.

Por el contrario, en nuestro paciente sucede como si bajo el efecto del estado traumático, el funcionamiento psíquico resul-tara momentáneamente desbordado y saturado en sus capacidades de ligadura. La herida narcisista tiene por consecuencia una pérdida pasajera de libido narcisista dentro del preconsciente y del inconsciente. Ahora bien, esta libido narcisista es la que representa la energía gracias a la cual van a poder realizarse los desplazamientos entre representaciones en el seno del preconsciente. En lugar del trabajo de ligadura, aquí momentáneamente desfalleciente, el aparato psíquico recurre a la *repetición* para yugular el exceso de excitación traumática. En esta coyuntura, la libido de objeto, no empleada en el plano psíquico, retornará hacia sus fuentes somáticas. Es lo que se llama *mecanismo de regresión somática*.

Freud describió el mecanismo de regresión como un movimiento de retorno de la libido hacia posiciones anteriores, en particular hacia fases anteriores del desarrollo sexual. Por otra parte, consideró otras formas de regresión, pero sus observaciones psicoanalíticas no le permitieron identificarlas. A continuación de las observaciones psicosomáticas, podemos justamente prolongar el recorrido regrediente de la libido hasta los órganos y funciones somáticas. La consecuencia de este movimiento de regresión somá- tica es el depósito de una cantidad anormal de libido en ciertos órganos y la inevitable disfunción fisiológica que tiene lugar.

Como conclusión, diremos que el proceso de somatización por regresión somática es *conservador* de la libido. Este punto es capital, porque permite comprender que las somatizaciones que proceden de ese movimiento psíquico son habitualmente benignas, ordinarias y generalizadas a todos los individuos en el curso de su existencia. Dos parámetros fundamentales intervienen en la conservación de la libido. El primero es un *parámetro cuantitativo*. El grado de profundidad de la herida narcisista generado por el estado traumático determinará el carácter conservador y reversible de la libido. El segundo parámetro es un *parámetro de tiempo*. La brevedad del movimiento de regresión permite a las investiduras libidinales no solamente

conservarse, sino también restablecerse. En definitiva, las condiciones psíquicas que determinan el movimiento de regresión somática testimonian lo que P. Marty llamaba *irregularidad del funcionamiento mental* en la mayoría de los seres humanos.

B. *La desligadura psicosomática*

Nos encontramos aquí en otra atmósfera clínica. Si con los primeros pacientes reinaba la tensión y la excitación, aquí domina la *calma psíquica.* El paciente del que hablamos evoluciona en un *estado de vida operatoria.* No se siente deprimido pero no está en forma, vive en un mundo de conformidad y hace lo que hay que hacer. Su pensamiento es concreto y restringido en los límites del presente. Su discurso está desprovisto de la animación afectiva y de las fantasías que sostienen habitualmente el pensamiento. La relación que establece con el psicoanalista es una relación funcional siguiendo el modelo de una relación médica clá- sica. En general es incapaz de asociaciones espontáneas o de repliegue meditativo sobre sí mismo, busca de su interlocutor analista recetas e instrucciones. Su concepción del mundo es tal que no puede imaginar que el otro sea diferente a él. En suma, su estado psíquico parece el resultado de un lento proceso de borrado de las producciones psíquicas que organizan la singularidad de un individuo. En el curso de esta evolución se desarrolla una enfermedad somática. En este paciente, cuando sobreviene un acontecimiento de cariz traumático, observamos inmediatamente variaciones de su estado de enfermedad, en lugar de una dramatización psíquica.

Precisemos las características de la somatización acontecida en este contexto. Por lo general se trata de una somatización maligna, grave, evolutiva, que puede conducir a la muerte. No parece que tenga un carácter individual como las somatizaciones benignas de las que ya hemos hablado. Su aparición y su desarrollo no tienen la característica de inmediatez de las somatizaciones surgidas de los procesos de regresión somática. Al contrario, se desarrollan progresivamente y de manera silenciosa en un primer tiempo. Par-ticipan de un movimiento de conjunto de desligadura que afecta primeramente a las formaciones psíquicas, para continuar con las formaciones somáticas. Al conjunto de ese movimiento, inscrito en la duración, P. Marty le llamaba *desorganización progresiva.*

¿Cómo comprender este estado de cosas desde el punto de vista metapsicológico? Primeramente, tenemos que precisar que el estado clínico que acabamos de resumir brevemente, el de la vida operatoria, puede encontrarse en dos situaciones diferentes. La primera es una situación de crisis. Cuando el paciente sufre acontecimientos traumáticos, se desorganiza brutalmente bajo la forma de la vida operatoria. Se trata de momentos operatorios en la vida del sujeto que, por otra parte, está organizado bajo el modo de la neurosis de carácter. La segunda situación es un estado establecido en la cronicidad y que se parece a lo que P. Marty llamaba *inorganización precoz* o *neurosis de comportamiento.* Aquí la vida operatoria se

desarrolló tempranamente en la vida del sujeto y se mantuvo hasta la edad adulta.

Lo que llamamos desde P. Marty, la *vida operatoria* es un conjunto psicopatológico que reúne una depresión de cualidad esencial, un pensamiento operatorio y conductas llamadas operatorias. El conjunto de ese funcionamiento psíquico, marcado por el borrado de toda expresividad de orden mental, presenta una coherencia metapsicológica que voy a resumir a continuación.

La depresión esencial, que no sostiene ninguna fantasía de culpabilidad ni de auto-acusación, resulta de una *pérdida durable y profunda de la libido* tanto de objeto como narcisista. Esta pérdida libidinal procede de la importancia de las heridas narcisistas precoces o/y de la repetición de las heridas narcisistas durante la existencia del sujeto. En el conjunto representado por la vida operatoria, la depresión esencial es el movimiento inicial que va a determinar las modalidades defensivas singulares de las que es ejemplo el pensamiento operatorio. Este sobreinviste la realidad perceptiva con el fin de proteger al Yo de ser invadido por la angustia que, a su vez, surge de una falla en el orden de las representaciones y de las fantasías inconscientes. Esta *sobreinvestidura de lo factual*, como lo llamaban en su comunicación preliminar P. Marty y M. De M'Uzan, apunta muy particularmente a la realización alucinatoria del deseo. En efecto, por razones históricas, ligadas a las relaciones precoces del sujeto con su entorno parental, y particularmente con su madre, parece que la expresión psíquica de los auto-erotismos y de las angustias infantiles se hubiesen constituido demasiado temprano siendo vividas por el sujeto como una amenaza intolerable para su Yo. La supresión de la realización alucinatoria del deseo se vuelve de este modo un elemento fundador del desarrollo del pensamiento operatorio. Esta supresión, está dictada por lo que llamo un *imperativo de conformidad del Yo*, imperativo dirigido por la madre en un principio, y luego integrado en el funcionamiento mental del sujeto, bajo la forma que P. Marty llamaba un *Yo ideal*, o como M. Fain desarrolló bajo la noción de *prematuridad del Yo*. De hecho, se trata de un desarrollo excesivo de la autonomía del Yo que le lleva a ser un hiperadaptado de la realidad social, de sus valores, de sus normas. Lo que hay que entender es que este imperativo de conformidad es una exigencia hecha al Yo para borrar todo síntoma individual y toda expresión afectiva. De este modo, este imperativo se opone a todo lo que colorea y construye la singularidad individual y termina sustituyendo el orden individual por el orden colectivo. En definitiva, esta defensa loca debida a la utilización de la realidad tiene como consecuencia el aislamiento del Yo, su autonomía y la ruptura con sus fuentes pulsionales en el Ello. Es al describir esta situación cuando P. Marty dijo que el inconsciente en la vida operatoria «recibe, pero no emite».

El conjunto de esta situación metapsicológica es la consecuencia de *un estado de desligadura pulsional establecido de manera duradera sin posibilidades de religadura*. La pérdida de libido, correlativa a la depresión esencial, creará una situación de desequilibrio en la unión pulsional entre las pulsiones sexuales y las pulsiones de destrucción. El capital libidinal no es suficiente, ni desde el punto de

vista cualitativo, ni desde el punto de vista cuantitativo, para ligar la destructividad desintrincada. Se pueden describir dos destinos de esta destructividad que quedó libre. El primero es la continuación del movimiento de desligadura en el nivel somático bajo la forma de desregulación de las funciones fisioló- gicas. El segundo procede de una desviación de la pulsión de muerte desintrincada con fines protectores y paraexcitadores frente al estado traumático interno. Una parte de la pulsión de muerte servirá para edificar los *procedimientos autocalmantes* que utilizan principalmente la motricidad, y también para crear modos de pensamiento racionales que palien la irrupción traumática.

En conclusión, el proceso de somatización por desligadura psicosomática procede, como acabamos de ver, de una pérdida de los valores libidinales y de su consecuencia mayor: la liberación de la destructividad interna. Aquí, los dos parámetros que hemos mencionado en el curso del primer movimiento, el pará- metro cuantitativo y el parámetro narcisista, por un lado, y la duración del estado de desligadura pulsional, por otro, concurren en la instalación, y luego en el mantenimiento del estado psicopatológico, y el estado somático que hemos descrito.

Si la descripción de los dos movimientos de regresión somá- tica y de desligadura psicosomática muestra estados clínicos y metapsicológicos aparentemente independientes y distintos uno del otro, es necesario insistir sobre la *continuidad procesual* que puede existir entre ambos. Como ya lo indiqué en dos ocasiones, esta continuidad procesual, que crea puentes entre estos dos grandes movimientos, reposa en los parámetros cuantitativos y de tiempo. Esta continuidad procesual da cuenta igualmente de todas las formas intermediarias entre los dos grandes movimientos. De cualquier forma, y ésta será mi última observación, la concepción que acabo de desarrollar, y que se inscribe en la filiación de las prácticas y trabajos de la Escuela de psicosomática de París, reposa en la idea de que la *calidad de la mentalización*, es decir, de la elaboración psíquica sostenida por las investiduras libidinales, representa la mejor protección contra los efectos mortí- feros de la somatización. Desde ese momento, la calidad de la mentalización así concebida, dará paso rápidamente en los movimientos de regresión somática a una *reorganización*. De igual modo que en el movimiento de desligadura psicosomática, un *tiempo de religadura* es aún posible una vez instalada la enfermedad somática. Esta religadura puede ser natural o, como ocurre a menudo, gracias al marco psicoterapéutico y médico que se instala alrededor del enfermo.

En este libro se presentan tres estudios psicoanalíticos. El primero trata de la depresión esencial, el segundo del pensamiento operatorio, y el tercero de los procedimientos autocalmantes. Estos estudios se extienden durante ocho años, y la mayor parte fueron objeto de presentaciones en el curso de coloquios o de con-gresos psicoanalíticos y de publicaciones en revistas de psicoanálisis. Su reunión en un libro está justificada tanto por su objeto común, como por el espíritu en el que fueron realizados: el de un psicoanalista que trabaja buscando comprender a partir de las

herramientas de la metapsicología freudiana los aspectos más enigmáticos del hombre enfermo, dentro de la filiación de los psicoanalistas de la Escuela de psicosomática de París.

Estudio sobre la depresión esencial

La paradoja psicosomática Hipótesis a propósito de un patomasoquismo o masoquismo de enfermedad

Sin embargo, siendo que la alegría no es una de la principales características de mi vida, una comparación atenta me lleva a concluir que, desde que estoy enfermo, me siento mucho mejor que antes, antes de caer enfermo.

Mars, de FRITZZORN

Es igualmente instructivo saber que, contra toda teoría y toda previsión, una neurosis que desafió todos los esfuerzos terapéuticos puede desaparecer cuando la persona cae en el desamparo de un matrimonio desgraciado, pierde su fortuna o contrae una temible enfermedad orgánica. Una forma de sufrimiento fue aquí sustituida por otra, y vemos que se trataba únicamente de poder mantener una cierta cantidad de sufrimiento.

El problema económico del masoquismo,
FREUD, 1924

Una mujer en la cuarentena viene a consultarme siguiendo los consejos de su médico, debido al descubrimiento reciente de un cáncer de mama. Habla con facilidad, y me describe con aparente delicadeza, los sucesos de su vida actual y de su historia pasada. Su cáncer fue objeto de un descubrimiento inesperado y, al mismo tiempo, no parece sorprendida del acontecimiento que inaugura o de lo que representa en su vida. Aquí, de inmediato se sitúa algo esencial en lo que siente el analista que escucha a su paciente: algo en su discurso *falta*, algo que se encuentra en lo que el analista siente contra-transferencialmente. Eso que falta, pese a que frecuentemente es imperceptible, solo puede estar referido al afecto. Falta en el discurso de la paciente un sentimiento de angustia o de dolor psíquico que normalmente atestiguaría la gravedad del suceso vivido y la amenaza que representa para la unidad psicosomática de la paciente. Esta extrañeza o rareza viven-ciada por el propio analista en lugar de la paciente, es un signo de gran valor clínico que emerge del marco de la relación transfero-contratransferencial instituida a partir del encuentro de un analista con un paciente. La atención prestada a este tipo de signo es un producto de la investigación psicosomática psicoanalítica, inaugurada por las observaciones y trabajos de la Escuela de psicosomática de París. Esta semiología *por defecto, o en negativo,* fundó ampliamente lo que podemos identificar como una clínica

psicosomática psicoanalítica.

Volvamos a mi paciente. Durante el año que precedió al descubrimiento de su cáncer, no señala nada de particular. Se ocupaba de sus niños y trabajaba mucho. No obstante, se sentía muy cansada, «estresada», tensa. Cierto es que tenía responsabilidades importantes y le costaba asumirlas, pero esta fatiga era excesiva. Evoca también el acontecimiento, hace más o menos dieciocho meses, de la muerte brutal por suicidio de una hermana pequeña enferma mental. Hasta ahí, los hechos son relatados de un modo más biográfico que histórico. Falta una densidad afectiva y representativa por la que habitualmente, un suceso cobra sentido en la red significante de una historia individual. Desde que cayó enferma, recobró su alegría. Este enunciado, paradójico para el sentido común, es apto para suscitar a quien va dirigido un efecto de sorpresa. ¿Cómo la llegada de una enfermedad grave, puede entrañar el desarrollo de un estado afectivo que podemos calificar justamente de expansión narcisista, en el sitio en el que cabría esperar un estado de ansiedad o, más exactamente de desamparo? Es una situación enigmática que califico de *paradoja psicosomática*. Hay que insistir de entrada en el hecho de que esta situación solo es paradójica en referencia a la *distancia*, al *desfase*entre el funcionamiento psíquico singular del paciente que somatiza y el del analista, supuestamente en pleno rendimiento.

Esta breve anotación clínica de una investigación psicosomática ordinaria, tiene por objeto estudiar esta paradoja psicosomática, lugar conceptual de los movimientos de péndulo entre los dos registros, psíquico y somático, de la unidad psicosomática del ser humano. Hoy día numerosas observaciones, surgidas de la práctica psicoanalítica con pacientes que somatizan, permiten reconocer la constancia de este fenómeno clínico. La paradoja psicosomática se vuelve por este hecho un objeto de investigación psicoanalítica, que exige estudios que profundicen su significación metapsicológica.

Observemos más de cerca la fenomenología clínica de la paradoja psicosomática. Un paciente vive en un cierto estado psíquico donde el placer brilla por su ausencia en mayor o menor grado. El héroe de Fritz Zorn, Mars, evoca la ausencia de alegría como característica de su vida. A partir de las observaciones de P. Marty, nos acostumbramos a referir ese estado a una categoría clínica de vivencia depresiva que llamamos *depresión esencial*. Ésta, presenta un cierto número de características semiológicas, una especie de carnet de identidad clínico, en cierto sentido, sobre las que volveremos un poco más adelante. En la continuidad de este estado psíquico *sin expresión manifiesta de sufrimiento* sobreviene una enfermedad somática que, en lugar de entrañar el desarrollo de un sufrimiento psíquico, como podría esperarse según una cierta «lógica» del sentido común, produce en el paciente un efecto inverso: una modificación momentáneamente positiva de su estado depresivo en el sentido de una expansión narcisista. De este modo, Mars, en el ejemplo citado más arriba, «se siente mucho mejor que antes, antes de caer enfermo», desde el instante

que se sabe enfermo. Esta paradoja es de hecho una paradoja únicamente a los ojos de la lógica psicosomática del sujeto con buena salud. Los trabajos de Georges Canguilhem nos enseñaron que el sujeto enfermo no obedece a las normas de vida del sujeto sano. Sabemos que para el filósofo, lo que define al ser humano es su capacidad normativa, su capacidad de crear nuevas normas para adaptarse a su entorno, tanto interno como externo. Cuando cae enfermo, su creatividad (nosotros diríamos, en posición de psicoanalistas, sus fuerzas eróticas) se empobrece, se restringe, se retrae. Debe encontrar nuevas normas de (sobre) vida para adaptarse a su nuevo medio. Debe, en suma, reorganizarse. No es fácil emanciparse de la lógica del sujeto sano que de hecho es frecuentemente una lógica secundaria, una lógica de los procesos conscientes. El psicoanálisis, por la exploración de los procesos inconscientes, nos acostumbró a la existencia de otras lógicas en el seno de la vida psíquica. A su vez, las observaciones y los tratamientos de pacientes que somatizan llamaron la atención de los psicoanalistas sobre el valor del cuerpo enfermo, y no simplemente del cuerpo erótico, en el seno de esas lógicas inconscientes.

Cuando evocamos la noción de paradoja en psicoanálisis, sabemos por intuición o por cultura que la dimensión masoquista debe tener parte en el juego. Quizás también podemos pensar que es el factor determinante, que constituye el sustrato inconsciente. Acordémonos que el texto de Freud, «El problema económico del masoquismo», escrito en 1924, se abre, sobre la constatación de una situación enigmática del mismo tipo: «Tenemos el derecho de encontrar enigmático, desde el punto de vista económico, la existencia de la tendencia masoquista en la vida pulsional de los seres humanos. En efecto, si el principio de placer domina los procesos psíquicos de tal manera que el objetivo inmediato de éstos es evitar el displacer y obtener placer, *el masoquismo es entonces ininteligible*. Si el dolor y el displacer pueden ser en sí mismos finalidades y no avisos, el principio de placer se paraliza, el guardián de nuestra vida psíquica está como bajo el efecto de un narcótico». Sabemos, de qué manera Freud resolvió esa paradoja, al término de un clarividente desarrollo teórico, ligando el masoquismo a la destructividad y a la intrincación pulsional, y mostrando las diferentes figuras por las que se hace evidente a lo largo de todo el desarrollo pulsional del ser humano. En este sentido, y sobre estas huellas, me propongo abordar el estudio de la paradoja psicosomática. La hipótesis que desplegaré en este estudio es la de la existencia de otra figura del masoquismo que yo llamo *patomasoquismo o masoquismo de la enfermedad*, que podemos considerarlo económicamente necesario para dar cuenta de los movimientos de báscula en el seno de la situación enigmática de la paradoja psicosomática. El patomasoquismo debe ser comprendido como una investidura masoquista del órgano enfermo y, en tanto que tal, constituye una investidura psíquica regresiva. Antes de desarrollar esta hipótesis, será necesario considerar el conjunto de la situación económica del sujeto que somatiza expuesto a la paradoja psicosomática. Tengola impresión de que se debería poder encontrar una cierta coherencia interna, de orden

metapsicológico, entre los diferentes tiempos del proceso que termina en este fenómeno paradójico. En efecto, en este trayecto procesual,lo que se revela al sujeto enfermo y al analista es la figura de un *lazo,* de un ciclo que parte de la depresión esencial y que vuelve a ella a partir de la somatización con una ganancia psíquica. En la constitución de este lazo, son necesarios dos términos: de una parte, la ausencia de expresión dolorosa de la depresión esencial y, de otra, la regresión masoquista bajo la forma de patomasoquismo. Una última observación se impone en estas líneas introductorias: la ganancia psíquica a la que conduce este lazo procesual, nunca es una adquisición permanente y su perennidad depende tanto de factores internos e individuales como de factores humanos y psicoterapéuticos.

I. Depressión esencial y depresiones

En el campo de la psicopatología, la clase de las depresiones comporta una gran variedad de géneros. La ordenación de esta diversidad clínica varía según la clave de lectura nosográfica utilizada y la concepción que el investigador se haya construido del funcionamiento mental y de los desórdenes patológicos. La depresión esencial es un puro producto de la investigación psicosomática psicoanalítica. Su descripción sistemática por P. Marty, en 1966, estuvo precedida por su identificación clínica algunos años antes, y de la que *La investigación psicosomática* (P. Marty, M. De M'Uzan y Ch. David), publicada en l962, conservó el testimonio bajo el nombre de *depresión sin objeto*. P. Marty nos dejó una clave de lectura de la economía psicosomática centralizada sobre la noción de *mentalización* que me parece particularmente pertinente y teóricamente eficaz para clasificar en el interior del grupo de las depresiones las diferentes entidades clínicas reconocidas. Así, según esta concepción, podemos distinguir dos categorías de depresiones: las depresiones con expresión, y las depresiones sin expresión.

A. *Las depresiones con expresión*

Se trata de depresiones que se expresan través de una sintomatología mental positiva. Corresponden a las depresiones llamadas neuróticas y al estado de melancolía de la patología clásica. Para P. Marty en este caso la mentalización está postulada sobre la base de una sintomatología regresiva de orden mental. La presencia habitual de una temática de castración en el seno de la configuración depresiva neurótica o de una temática delirante de auto-acusación en el estado melancólico testimonia la eficacia de las defensas psíquicas comprometidas en las configuraciones depresivas. Aquí, la noción de *expresión sintomática*, ya sea de naturaleza neurótica o psicótica, se refiere a lo que P. Marty llama la «contrapartida económica positiva», la contrapartida que debe ser entendida como la parte que se opone a, o que compensa el descenso del tono libidinal que está en el origen de toda

depresión. En definitiva, podemos decir que las depresiones con expresión son depresiones más o menos bien mentalizadas.

B. *Las depresiones sin expresión*

Al contrario de las primeras, se trata de depresiones que no se expresan a través de una sintomatología mental positiva claramente identificable. Su configuración clínica tuvo siempre un acceso difícil, como lo testimonian las diferentes entidades desarrolladas por la psiquiatría clásica, y la dificultad en la que se encontraron para identificarlas y para asegurarles un lugar y un estatuto en el orden de la nosografía. Tenemos un ejemplo de ello en la depresión reactiva, en la depresión enmascarada, en la depresión latente o crónica, y en la depresión de agotamiento. No es excesivo afirmar que la descripción de la depresión esencial por P. Marty, a partir de las observaciones de pacientes que somatizan, permitió en el «a posteriori» (après coup), por su rigor clínico y por la dimensión económica de la que le dotó, ofrecer un marco conceptual a todas esas entidades depresivas vagas y dispersas, cuyo vínculo está representado por la inexpresividad más o menos grande de toda la sintomatología mental.

En este sentido, si se considera la depresión esencial como el referente clínico de las depresiones sin expresión, tendremos queacostumbrarnos a escuchar la clínica de esos estados depresivos de una manera diferente. En efecto, aquí no escuchamos ni la expresión de un sufrimiento psíquico, ni culpabilidad, ni sentimiento de inferioridad, ni siquiera angustia. Nos encontramos con una *trivialización de la semiología*. La clínica se transformó en clínica de lo ordinario. El signo por el que el paciente se muestra deprimido ante la mirada o la escucha del psiquiatra o del psicoanalista, ese signo se despojó de la densidad enigmática que apelaba a la seducción de aquél a quien iba dirigida. El signo se volvió ordinario, más exactamente trivial. Ya no seduce. La depresión sin expresión se revela a través de la *fatiga*, una fatiga como la de todo el mundo, sin nada en particular, pero una fatiga tenaz, que se convierte en desinterés ante la vida y frente a todas las cosas ordinarias de la vida; no hay «marcha». La depresión sin expresión se revela también a través de un estado de *tensión* que los pacientes llaman a veces estado de estrés. Se trata de un estado por el cual los pacientes dicen algo de su incapacidad o de su imposibilidad de dejarse llevar para encontrar la tranquilidad en su interior. La depresión sin expresión se revela también a través de un vago *malestar*, difuso y persistente, análogo a los estados de angustia difusa. Los psiquiatras los mencionaron en los diferentes estados depresivos como *quejas corporales* diversas, el cuerpo se impone así, al contrario del psiquismo, como un objeto de expresión dolorosa.

Para resumir, si queremos ser fieles al eje de lectura de la mentalización, diremos que las depresiones sin expresión son depresiones más o menos mal mentalizadas.

C. *La depresión esencial*

El estudio de la depresión esencial es fundamental para la comprensión de la paradoja psicosomática. Pienso que es la es-cenificación de su estado metapsicológico lo que permite que se desprenda una coherencia teórica que vuelve aprehensible el nudo procesual que conduce a las transformaciones masoquistas que evoqué antes y que se afirman en una somatización. Abordaré este estudio según dos puntos de vista: el punto de vista clínico y el punto de vista metapsicológico.

Se impone una primera observación en forma de pregunta. ¿Por qué distinguir estos dos puntos de vista, en vez de considerarlos como un todo? La respuesta tiene que ver con que un estudio de la depresión esencial no puede ser abordado sin tener en cuenta el contexto histórico y epistemológico en el que nació. La lectura atenta de los textos de P. Marty relativos a la depresión esencial, indica claramente una línea de partición entre su aproximación teórico-clínica subordinada a las concepciones económicas y evolucionistas del funcionamiento psicosomático de los seres humanos, y su abordaje metapsicológico presente pero *en retirada*, en segundo plano, en asociación (de ideas). En este sentido, es interesante que el plano metapsicológico figure en los escritos de P. Marty, en su forma más usual a través de notas al pie de página y no en el cuerpo propio del texto, como si su elaboración teórica manifiesta, visible, debiera sostenerse permanentemente en huellas históricas de la cultura metapsicológica. Es importante guardar el espíritu de esta *doble vía* teórica cuando se trata de desarrollar un estudio sobre una de las nociones que él creó. Veamos un ejemplo de esto. En *El orden psicosomático* (1980), en el capítulo de la depresión esencial, P. Marty propone la definición siguiente: «La depresión esencial, que acompaña regularmente al pensamiento operatorio, traduce el descenso del tono de los instintos de vida al nivel de las pulsiones mentales. La calificamos de esencial en la medida en que la bajada de ese tono se encuentra en estado puro, sin coloración sintomática, sin contrapartida económica positiva». Una nota a pié de página justifica la terminología de depresión esencial en oposición a la terminología precedente de depresión sin objeto: «En su lugar utilizamos anteriormente el término *depresión sin objeto*, término que hemos progresivamente abandonado en razón de su especificación demasiado precisa, *al no ser las vertientes objetales interiores o exteriores las causas únicas de este tipo de depresión*». Lo que se pone en juego aquí por P. Marty, más allá del estatuto de los objetos y, más generalmente, de la función objetal, es una configuración conceptual evolucionista que asocia la fuerza de la corriente contra-evolutiva y la debilidad de los sistemas de fijación-regresión en los niveles arcaicos. Un poco más adelante en el texto *Perspectivas teóricas*, P. Marty acerca la depresión esencial a la depresión anaclítica de R. Spitz. Escribe: «A causa de su aspecto esencial, *sin objeto al que recurrir*, podemos preguntarnos si la depresión de la que acabamos de hablar no representa una regresión correspondiente a una fijación instalada en el nivel de la depresión anaclítica descrita por R.Spitz». Una nota a pie de página precisa la noción de *ausencia objetal*: «La ausencia de objetos interiores a los que recurrir se une a la ausencia de posibilidades relacionales

frente a los objetos exteriores. Esta doble falta, que implica la ruptura del funcionamiento mental, *justifica* el nombre de «depresión sin objeto» que damos de buen grado a la depresión esencial. La depresión esencial reenvía de esta forma no solo a los fenómenos *precoces,* sino también a las dificultades de la existencia *primaria* en los individuos en cuestión». Vemos aquí claramente de qué manera las asociaciones de P. Marty abren una profundización metapsicológica del fenómeno depresivo esencial, en particular en dirección al desarrollo pulsional primario del ser humano. La toma en consideración del estatuto de los objetos durante ese desarrollo se impone entonces como una necesidad teórica.

Volvamos al plano clínico, no para retomar en detalle la descripción de la depresión esencial, magistralmente presentada por P. Marty, y a la que remito a mis lectores, sino para despejar algunos ejes de reflexión para mi estudio. Para P. Marty la carta de identidad clínica de la depresión esencial reposa en dos conjuntos de signos, ellos mismos enigmáticos en su formulación: «La existencia (la presencia) de una amplia sintomatología negativa y la falta (ausencia) de una sintomatología positiva». En una primera lectura no se comprende lo que diferencia los dos conjuntos semiológicos, ya que la oposición simétrica de los signos po-sitivos y negativos en los dos enunciados conducen a la anulación de su diferencia. En efecto, para comprender esas dos proposiciones en lo que tienen de estructuralmente distinto, hay que leerlas como llevándolas cada una a un eje referencial conceptual diferente. La primera, la presencia de una sintomatología negativa, se refiere al eje de la *desorganización mental*. En la medida que existe una corriente de desorganización, existe presencia en este eje. Por el contrario, lo que procede de la desorganización se inscribe en términos de borrado y desaparición del trabajo mental: hay por lo tanto al mismo tiempo sintomatología negativa o negatividad de la expresión sintomática. La segunda proposición, la ausencia de una sintomatología positiva, se refiere al eje de la *reorganización mental*. En la medida en que no hay reorganización, hay ausencia en este eje. Contrariamente, lo que procede de la reorganización se inscribe en términos de expresión, de elaboración del trabajo mental*;* dicho de otro modo, de una sintomatología positiva. En definitiva, la depresión esencial, se manifiesta a través de una amplia desorganización mental de la que es testimonio la negatividad de los signos; mientras tanto, no ocurre ninguna reorganización que pudiera expresarse entonces mediante un síntoma mental con tintes depresivos.

De este modo, propongo retener de una interpretación del texto de P. Marty, la noción fundamental de *negatividad*. Esta opera sobre las dos polaridades del trabajo de las pulsiones, el representante-afecto y el representante-representación. La amplitud del campo barrido por la negatividad da cuenta del carácter poco ruidoso de la depresión esencial y de su banalidad semiológica evocada anteriormente. En la vertiente de las representaciones, la negatividad opera por supresión, desgaste o sustracción de su anclaje simbólico portador de significaciones sexuales infantiles e históricas del individuo, tanto como de significaciones transgeneracionales y

filogenéticas de la historia de la especie humana inscrita en huecogravado en el individuo. Conduce a un funcionamiento operatorio en el que domina la sobreinvestidura perceptiva y el vínculo «anaclítico» a los ideales y normas colectivas. En la vertiente de los afectos, la negatividad opera de la misma manera por supresión y desgaste. Lo que se suprime o desgasta aquí, es principalmente la función de señal del afecto, ya se trate de la angustia o del dolor. El sufrimiento psíquico se vuelve ausente en su expresión o en su representación. El carácter indoloro de la depresión esencial es de este modo el resultado a la vez más enigmático y más pesado de consecuencias para el futuro psicosomático del sujeto. Y este resultado, el paciente se lo debe a lo que con razón denominamos como una monstruosa corriente de negatividad que abrasa el trabajo mental.

Se comprende mejor la insistencia con la que P. Marty señalaba la dificultad del diagnóstico de la depresión esencial y la de-mora frecuente para que tales pacientes fueran encomendados a un psicoanalista. Se podría decir de un modo trivial que, en definitiva, no hay gran cosa que llevarse a la boca….. debido precisamente a esta negatividad semiológica. «Así frecuentemente, escribe P. Marty, el aspecto atónico de la depresión esencial, por secreto que pudiera ser, señala mejor que nada la desorganización mental». Nos vemos así invitados a identificar la depresión esencial, a falta de algo mejor, podríamos decir, a partir de su aspecto más oscuro (la atonía) y el más difícilmente transmisible, ya que el paciente no tiene ni las palabras, ni a menudo las representaciones para decir algo de ese estado «atónico» a su analista. Eneste punto, debemos precisar la categoría de la negatividad de la que vamos a tratar en la depresión esencial. A. Green nos introdujo en este camino distinguiendo varios grados en el campo de lo negativo. Cuando escuchamos a un paciente deprimido esencial, es cierto, como lo escribe P. Marty, que somos altamente sensibles a su «aspecto atónico». La transmisión de ese signo se opera habitualmente por transferencia de un sentimiento del paciente al analista, que lo hace suyo en el orden afectivo y que, precisamente, falta en el paciente. Este tipo de transmisión transferocontra-transferencial es habitual con todo tipo de pacientes en la práctica psicoanalítica. Pero existe una gran diferencia entre lo que se experimenta frente a un paciente neurótico en el que lo que le *falta da que pensar* y lo que se siente frente a un paciente deprimido esencial (u operatorio) en el que lo *le falta no da que pensar*. Estamos ciertamente aquí en presencia de dos categorías de negatividad, una procedente de una defensa dinámica que mantiene la funcionalidad de los objetos, la otra más radical que procede por supresión y que vuelve indisponible lo que el funcionamiento psíquico tiene de potencialidades o de capacidades objetales. Se podría aún expresar esta diferencia por la fórmula siguiente: en un caso, hay pero falta, mientras que en el otro, falta porque no hay.

D. *Modelos teóricos para la depresión esencial*

La clínica de la depresión esencial se abre, como vimos, hacia la clínica de la

negatividad. En su ensayo de comprensión teórica, P. Marty, insistió en la importancia de las fijaciones primarias muy precoces en el desarrollo pulsional del sujeto y sobre la regresión a esas posiciones durante el movimiento de desorganización que lleva a la depresión esencial. Cuando seguimos esta vía, nos encontramos un cierto número de autores psicoanalistas que describieron estados depresivos más o menos próximos a la depresión esencial y cuyos modelos teóricos elaborados al respecto merecen ser discutidos y confrontados a la experiencia surgida de la práctica analítica con los pacientes deprimidos esenciales. Los trabajos psicoanalíticos a los que me refiero están elegidos por su valor modélico para la comprensión teórica de la depresión esencial y no constituyen de ninguna manera un recuento de la literatura psicoanalítica en torno a las depresiones referidas a fijaciones precoces en el desarrollo pulsional del ser humano. Así, tomaré en consideración la depresión anaclítica de R. Spitz, la depresión psicótica surgida de los trabajos sobre el autismo de F. Tustin y el duelo blanco de A. Green.

1. La depresión anaclítica

En 1946 fue publicada la primera versión de la depresión anaclítica de R. Spitz. Su descripción fue retomada y completada en otras publicaciones y en particular en su libro titulado *Del nacimiento a la palabra*. Se trata de una depresión que sobreviene muy precozmente en el lactante en el curso del primer año de su vida y que, en tanto que entidad depresiva precoz, puede representar para el psicoanalista un primer modelo teórico de referencia en el estudio de la depresión esencial. Como lo precisé anteriormente, el mismo P. Marty utilizó este referente en sus perspectivas teóricas. Este punto es suficientemente importante como para ser destacado, en la medida en que las referencias teóricas de otros modelos psicoanalíticos son bastante raras en sus escritos. Resumo aquí el desarrollo de ese síndrome antes de desgajar algunos puntos interesantes para nuestro estudio.

El síndrome descrito por R. Spitz se refiere a bebés entre seis y ocho meses que fueron todos privados de su madre durante al menos tres meses de manera ininterrumpida. «Una condición necesaria para el desarrollo de la depresión anaclítica, escribe R. Spitz, es que antes de la separación, el niño haya tenido buenas relaciones con su madre». El síndrome se desarrolla gradualmente y comienza por un comportamiento de lloriqueo que a continuación da lugar a una actitud de repliegue cada vez más extendida y hermética. Durante este período de repliegue, R. Spitz observa que las manifestaciones agresivas, corrientes en los bebés de esta edad, desaparecen poco a poco, y un cierto número de afecciones intercurrentes, en particular respiratorias, se desarrollan paralelamente a un retraso y luego a una caída de la curva de crecimiento. Por último, un estado de «rigidez glacial de la expresión» se instala después de tres meses de separación con graves consecuencias para el futuro vital del niño si no se opera ningún reencuentro con el objeto materno. Si por el contrario la madre reaparece, los niños retoman el curso de su desarrollo, pero R.

Spitz subraya que duda de que la curación sea total: «Supongo,escribe, que *ese desorden dejará huellas que aparecerán en el curso de los años».* Esta noción de huellas evoca la de fijación a los sucesos traumáticos precoces, punto de atracción de posibles regresiones de la edad adulta, como lo contempló P. Marty.

De esta configuración depresiva anaclítica, discutiremos tres puntos. El primero es el evocado por R. Spitz de «enfermedad de carencia afectiva». R. Spitz ve la patología de las relaciones objetales madre-niño en dos circunstancias: la ligada a las «relaciones inapropiadas» entre madre y niño, donde domina el factor de desorden cualitativo, y la ligada a las «relaciones insuficientes» entre madre y niño, donde domina el factor cuantitativo. En este último marco se desarrolla, según el autor, la depresión» anaclítica. Como ya se dijo, el que haya habido relaciones satisfactorias entre madre y niño previas a que se produzca la pérdida del objeto materno, es la condición misma del desarrollo del proceso depresivo. La noción de *pérdida de objeto* ocupa un lugar importante en la concepción de P. Marty, hasta el punto que lo considera en todas las fases del desarrollo y de la existencia de los seres humanos como un factor potencial, efectivo y de desorganización. La clasificación IPSO/Marty, que representa la ilustración práctica y la formalización de las concepciones de su autor, indica muchas veces el ítem «pérdida de objeto» en las diferentes edades de la vida. Uno de ellos, «Pérdidas de objeto directamente o indirectamente significativas durante el embarazo de la madre o en los dos primeros años», se refiere, sin ninguna duda, a la problemática de la depresión anaclítica, tal como fue desarrollada por R. Spitz.. Sin embargo, para R. Spitz, sólo la privación de la madre física parece ser tenida en cuenta en su estudio, mientras que la experiencia, tanto de Marty como de otros psicoanalistas que se interesan por los pacientes deprimidos esenciales, revela la importancia de pérdidas de objeto ligadas a una madre físicamente presente pero psíquicamente ausente. Por otra parte, esta experiencia se aproxima a los trabajos de A. Green, en particular a los de la madre muerta de los que hablaremos un poco más tarde.

El segundo punto concierne a la noción misma de anaclitismo. La elección del adjetivo anaclítico para clasificar el tipo de depresión observada en los bebés a los que alude el estudio, indica claramente la visión del autor: se trata de una depresión que sobreviene a una edad en la que el niño tiene necesidad vital de su madre, no solo desde el punto de vista físico, *sino sobre todo*,desde el punto de vista de la supervivencia psíquica. R. Spitz se refiere al primer desarrollo sexual establecido por Freud y da cuenta de su opción: «La elección anaclítica del objeto está determinada por la dependencia del bebé en relación a la persona que lo alimenta, lo protege y lo mima. Freud declara que al comienzo la pulsión se despliega anaclíticamente, es decir, apoyándose en la satisfacción de una necesidad esencial para la supervivencia». Lo que revela esta noción de anaclitismo, es un cierto estado de desarrollo pulsional precoz del bebé del que emergen los procesos de individuación y de integración en vías de constitución. En el lenguaje de R.Spitz, diremos que el niño está confrontado

a precursores del objeto y no aún a un objeto constituido en su totalidad y su independiente alteridad. En el lenguaje de Winnicott, diremos que el psiquismo del niño no está todavía completamente integrado y que no llegó aún a la diferenciación Yo/Superyó. En el lenguaje de P. Marty, evocaremos el estado de inorganización relativa del mosaico primitivo en los primeros meses de la vida del individuo. En definitiva, cualquiera que sea el modelo teórico elegido, al comienzo de la vida psíquica todos los autores están de acuerdo en postular un tiempo de fusión entre el niño y su objeto primario en el seno de la estructura ternaria del Edipo, fusión de la que emergerá procesual-mente una individuación y una diferenciación sujeto-objeto. Lo que nos importa es señalar que *en ese trayecto* tiene lugar una pérdida del objeto, y podemos suponer que las huellas de ese acontecimiento primario, podrán «a posteriori» (après coup) revivirse, ya sea en las cicatrices del carácter, ya sea regresivamente a partir de los sucesos desorganizadores a la edad adulta. Si este acontecimiento primario se produjo, podemos comprender que ocurrió como una especie de fractura en el interior del tejido psíquico vulnerable e inmaduro del niño. El trabajo analítico con los pacientes deprimidos esenciales revela frecuentemente las situaciones precoces de defecto de investidura materna o de hiper-investidura reactiva asociada a una depresión de la madre. Los pacientes se muestran vulnerables ante toda situación de pérdida de objeto, sobre todo en la medida en que esas pérdidas revisten una dimensión inmediatamente narcisista. La ausencia de recursos interiores por defecto de contra-investiduras psíquicas los precipita frecuentemente a un estado de desamparo, y vemos que el aferrarse (dependencia) a un objeto humano pleno de vida y capaz de investirlos adquiere para ellos un valor vital (anaclítico).

El tercer punto está relacionado con el destino pulsional con-secutivo a la pérdida del objeto. Aquí R. Spitz sigue apoyándose en el camino freudiano de la evolución de la sexualidad. Nos recuerda que en el curso de la fase auto-erótica del desarrollo, es el *propio cuerpo* el objeto de satisfacción pulsional. Las pulsiones parciales tienen una relativa independencia las unas respecto a las otras y buscan cada una su placer de órgano. De hecho, en este estado de no integración (del mosaico primitivo) existe en el curso de esta fase del desarrollo pulsional, una *indistinción* entre satisfacción pulsional y el objeto de la percepción. Comprendemos entonces los efectos que la retirada del objeto materno tendrá sobre la unidad psicosomática naciente del bebé: *en ese tiempo toda pérdida objetal equivale a una pérdida de sí mismo, o dicho de otro modo, a una pérdida narcisista.* Según R. Spitz, después de la retirada del objeto materno, las investiduras bi-pulsionales relativamente indiferencia-das en este estadio van a sufrir un doble proceso: una regresión hacia el objeto cuerpo propio, y un cierto grado de desintrincación entre las dos polaridades pulsionales, sexual y destructiva. Es aquí donde las formulaciones de P.Marty relativas a la ausencia de recursos objetales interiores, o ausencia de contrapartida económica positiva en la depresión esencial, adquieren toda su significación en tanto que huellas antiguas reactualizadas por el movimiento de desorganización regresivo. Por causa del estado de inacabado

pulsional, la ausencia de objetos internos económicamente y dinámicamente funcionales conduce al movimiento de regresión a realizar un impacto sobre el propio cuerpo que se transforma, de este modo, en terreno de elección de la desintrincación pulsional. En su descripción de la depresión anaclítica, R. Spitz insiste en el borrado progresivo de las manifestaciones agresivas del bebé (nosotros podríamos hablar más generalmente del borrado de las manifestaciones afectivas), *a las que suceden* manifestaciones de orden somático (insomnio, pérdida de peso, afecciones recurrentes). A mi entender, esta secuencia clínica que encontramos habitualmente en las observaciones de deprimidos esenciales, y que ilustra la continuidad postulada por P. Marty de la desorganización somática su-cediendo a la desorganización mental, debe ser interpretada desde el punto de vista metapsicológico como la sucesión de dos procesos: un proceso de desligadura sostenido por la corriente de destructividad interna, y un proceso de religadura determinado por el patomasoquismo que evoqué al comienzo. Volveremos sobre este punto en la última parte de este estudio.

2. La depresión psicótica

La depresión psicótica fue descrita inicialmente por Winnicott para dar cuenta del estado psíquico de tres niños pequeños que habían vivido experiencias catastróficas de separación con el objeto materno, experiencias acompañadas de sentimientos de desmoronamiento. Por su parte, F. Tustin estudió en sus trabajos sobre jóvenes autistas, esta noción de depresión psicótica, dándole una forma específica, la de «agujero negro». Cuando con-templamos el modelo de la depresión psicótica, tal como la describieron sus autores, nos encontramos con el mismo antecedente genético del desarrollo psíquico que identificamos en el origen de la depresión anaclítica de R. Spitz. Este antecedente se refiere a ese tiempo primitivo del desarrollo marcado por una indistinción del Yo con el no-Yo y su necesario corolario, la ausencia de un objeto constituido en su totalidad y su alteridad (su independencia). Por ello, según Winnicott, al evocar las experiencias precoces de separación madre-niño, «esta pérdida es vivida como la pérdida de una parte de su cuerpo y no como la pérdida de una madre y su pecho». Aquí también hay equivalencia entre pérdida de objeto y pérdida narcisista. El interés del modelo presentado por F. Tustin para la comprensión de la depresión esencial adulta es doble. Por una parte, describe la *cápsula autística* que es una forma de organización defensiva del funcionamiento psíquico destinado a proteger al niño autista del retorno de experiencias traumáticas catastróficas. Para Tustin, la experiencia dramática reside en una separación corporal de la madre, adve-nida prematuramente en el curso del desarrollo pulsional del niño, cuando éste era incapaz de hacer frente a una pérdida de objeto con los medios psíquicos apropiados. El contenido de esas experiencias comporta terrores primarios, estado de desamparo, «agonías primitivas», según el término de Winnicott, vividas pero no representadas ni pensadas, «preconcepciones»

en el sentido de Bion. Para evitar el retorno traumático de esas experiencias el funcionamiento psíquico se organiza sobre un modo aberrante. En cierta manera, toda la infraestructura defensiva puesta en funcionamiento sirve de contra-investidura. Este modelo evoca el elaborado por M. Fain en *La metapsicología de la vida operatoria*, y también el que yo propuse sobre el funcionamiento operatorio. La organización defensiva, el encapsulamiento autístico, se infil-tran en toda su extensión por la depresión psicótica con forma de «agujero negro».

Por otra parte, y es el segundo interés del modelo presentado por F. Tustin, el autor reconoce en un cierto número de pacientes adultos de estructura neurótica o estados límites (podríamos agregar de neurosis de carácter), sectores psíquicos regidos por barreras autistas. Dicho de otro modo, F. Tustin postula la existencia de cápsulas autísticas o de funcionamientos autísticos co-existiendo en adultos con sectores de funcionamiento neurótico. Por su parte, Winnicott describió en pacientes adultos, un «te-mor de hundimiento» correspondiente a la reactivación de un suceso primario que ya tuvo lugar pero que no fue pensado. Ciertos aspectos de la descripción que da F. Tustin de sus pacientes evocan pacientes operatorios y deprimidos esenciales. Así ocurre con la inmovilización y la congelación de la vida psíquica, tanto en lo relativo a los afectos como a las representaciones, igualmente los mecanismos de control y la exigencia de un perfeccio-nismo para sí y para los otros *(Yo ideal* de P.Marty). Estos pacientes están a merced de una desorganización cuando sucede una pérdida de una expectativa o de un proyecto, como lo describió M. Fain a propósito de lo que él llama estado traumático. Algunas modalidades defensivas de estos pacientes adultos se ase-mejan a la economía de los pacientes operatorios. «Esta catástrofe, escribe F. Tustin, está también en el centro de la estrategia defensiva de los maníacos. Está igualmente en algunos casos lla-mados *borderline* (casos límites), pacientes a los que el terror paraliza mientras que no saben ni siquiera lo que es «sentir», una condición que hoy día se llama «alexitimia»». Estas palabras tienen para el psicosomatólogo una fuerza evocadora sobre la que no vamos a insistir. La hiperactividad apremiante que reviste a veces un sesgo maníaco, y la inexpresividad afectiva fueron ampliamente constatadas en las observaciones clínicas de pacientes operatorios y deprimidos esenciales.

Esta convergencia clínica a partir de observaciones surgidas desde puntos de vista diferentes es, a mi entender, una condición para acercarnos a un cierto análisis metapsicológico de la depresión esencial. Bajo esta óptica, uno de los aspectos teóricos desarrollado por F. Tustin merece ser discutido. Se trata del concepto de *autosensualidad*. La búsqueda de sensaciones es para el autor uno de los hechos más remarcables de la psicopatología de los niños autistas. La investidura de la sensación ocurre bajo un modode investidura de objeto, o más bien lo sustituye. Sólo cuenta la superficie del objeto y las sensaciones que ella ofrece. Para F. Tustin, es imperioso para el autista asegurarse el control total del mundo de los objetos y, desde este punto de vista, las sensaciones son más fáciles de controlar que los representantes

pulsionales. Para F Tustin, la génesis del autismo psicogenético reside en una fijación a la fase del desarrollo sexual anterior a la unificación narcisista, dicho de otra manera, a la fase auto-erótica que la precede según Freud. La hipótesis que desarrolla F. Tustin, es la de una *fase autosensual originaria* que progresivamente se diferenciaría en auto-erotismo y auto-sadismo. Antes de la unificación narcisista, a la que contribuiría la madre mediante la investidura de su niño en tanto que *Su majestad el bebé,* toda separación del objeto primario interrumpiría las investiduras autosensuales y activaría prematuramente y de manera inapropiada las investiduras funcionales dirigidas a objetos exteriores. Esta situación, crearía, según el autor, las condiciones económicas para el desarrollo del autismo. A esto se agrega otra condición, fundamental para el desarrollo del proceso autístico: la depresión materna. Como lo subrayó frecuentemente M. Fain, la madre, debido a su depresión, no eligió jamás al bebé como su majestad. Este defecto de la proyección narcisista materna da lugar a enormes dificultades para que el bebé construya su propio narcisismo.

Me parece interesante comparar la *sobreinvestidura de las sensaciones* observada regularmente por F. Tustin en los pacientes autistas, y la *sobreinvestidura de lo perceptivo*, en tanto que signo permanente del funcionamiento operatorio. Según F. Tustin, en el autismo la amenaza viene de la fuente pulsional. Todo lo que procede de ella corre el riesgo de confrontar al paciente nuevamente con los terrores sin nombre ya vividos y es por ello radicalmente *rechazado*. La sobreinvestidura de las sensaciones, puede ser de este modo comprendida como una contra-investidura defensiva que mantiene fuera de la psique todo lo que puede tener una significación pulsional. Esta orientación de la economía psíquica in-duce los mecanismos de evitación de los jóvenes pacientes, tan frecuentemente señalada por el autor. Podemos evocar en referencia a este tema, la descripción que hizo G. Szwec de lo que denomina los niños no mimosos. Al mismo tiempo, la búsqueda de sensaciones adquiere también un valor económico positivo por lo que tiene de investidura que, aunque regresiva, para mí no deja de tener un valor pulsional. La importancia que P. Marty acordaba a la sensorio-motricidad en las desorganizaciones mentales, encuentra aquí su lugar en tanto que fijaciones primitivas de valor económico positivo. En mi ponencia de Lausanne en el Congreso de psicoanalistas de lengua francesa en 1998, en referencia al tema del funcionamiento operatorio en la práctica psicosomática, propuse una interpretación de la sobreinvestidura de lo perceptivo observada en los pacientes operatorios. Pienso que ese fenómeno no se puede comprender más que en su necesaria relación con la estructura psíquica de la realización alucinatoria del deseo. Esta última, en tanto que fundadora del destino erótico y pulsional del ser humano, falta de manera más o menos marcada en los pacientes operatorios en razón de una coyuntura traumática precoz de la que no veo ninguna razón para no identificarla con la situación postulada por F. Tustin, a saber: una separación sobrevenida tempranamente de una madre ausente psíquicamente, en una época en la que el Yo no estaba aún diferenciado del no-Yo. El defecto de

alucinación del objeto lleva el aparato psíquico a sobreinvestir el objeto de la percepción para paliar el desamparo sin nombre (Hiflosigkeit) generado por la doble pérdida objetal-narcisista. El juicio de existencia es sobreinvestido en razón misma del desfallecimiento del juicio de atribución. Siguiendo a M. Fain, sugerí que la vida operatoria tiene el valor de un amplio procedimiento autocalmante destinado a proteger al paciente del retorno traumático de los estados de desamparo (angustias difusas). Al mismo tiempo, intenté mostrar que constituía un momento de curación en la medida en que permitía aumentar el sentimiento de autoestima por la conformidad con las normas colectivas, contribuyendo de este modo a mantener un cierto grado de investidura narcisista.

No es necesario ir más lejos en este enfoque comparativo entre fenómenos clínicos vecinos abordados según puntos de vista teóricos diferentes. Lo que retendremos es un cierto grado de convergencia desde el punto de vista de la comprensión metapsicológica de esos dos estados que son la depresión psicótica, descrita por Winnicott y F. Tustin, y la depresión esencial. Si los mecanismos de defensa psíquica postulados por los diferentes autores divergen según las concepciones teóricas de cada uno (ex-pulsión, renegación, forclusión, escisión, supresión, rechazo), pienso que una cierta convergencia, puede encontrarse a través del concepto muy heurístico de *negatividad*. En el comentario que hice referente a la depresión esencial, puse el concepto en el centro de la problemática. Me parece que en esos estados lo que procede de la fuente pulsional-somática es *barrado*, negativizado, y el camino que va desde la fuente a su terminación psíquica interrumpido, de tal manera que nada adviene a la representación ni al conocimiento del sujeto. Esta negativación pulsional, mecanismo en realidad más activo que pasivo, da cuenta de la idea de P. Marty según la cual el paciente operatorio y deprimido esencial está *desconectado* de sus fuentes pulsionales. Comprendemos entonces que, en esta configuración económica del funcionamiento mental, será otro imperativo el que se encargará del desarrollo de los acontecimientos y que M. Fain califica como *prematuridad del yo*, del que los procedimientos autocalmantes son una de las figuras más remarcables

3. El duelo blanco

El modelo de la depresión anaclítica de R. Spitz ponía el acento en los efectos de la *pérdida real* de la madre en una fase del desarrollo precoz del niño. El de la depresión psicótica de forma «agujero negro» de F. Tustin ponía el acento sobre ciertas modalidades defensivas prematuras del Yo frente al *retorno de experiencias afectivas catastróficas* ligadas a una separación primaria con el objeto materno. El duelo blanco de A. Green, o complejo de la madre muerta, enfoca, en cuanto a éste, el *sentido* de la pérdida del objeto primario, sentido indisociable de las reorganizaciones en el *a posteriori (après coup)* de los sucesos de la vida psíquica del individuo, y

reconstruido a partir del trabajo analítico. El interés del modelo teórico que tiene el duelo blanco para la comprensión metapsicológica de la depresión esencial, y que A. Green expone en su remarcable estudio de *La madre muerta* (1980), es doble. Por una parte, se ocupa de pacientes adultos, y no de niños, cuyas características clínicas desde el punto de vista mental son más bien cercanas a las observaciones hechas por psicoanalistas referidas a pacientes deprimidos esenciales. Por otra parte, y sobre todo, desarrolla una concepción psicoanalítica de esos estados, fundada sobre la *práctica del tratamiento psicoanalítico* y animada por un punto de vista esencialmente *dinámico* que da una gran importancia, como ya lo destaqué, a la búsqueda de sentido y a su construcción compartida en el *a posteriori* (après coup). No es mi intención, hacer aquí un estudio comparativo profundo entre la depresión esencial y el duelo blanco, porque me conduciría a salir del marco de este trabajo. Un tal estudio no podría fundarse sino en la presentación de un tratamiento de un paciente operatorio o un deprimido esencial. Allí también, habría que destacar algunos puntos de convergencia que pueden aclarar nuestra comprensión de la depresión esencial para intentar dar cuenta del fenómeno de la paradoja psicosomática.

El complejo de la madre muerta se refiere a pacientes en los que el funcionamiento psíquico se organizó muy pronto en torno, o a partir de una coyuntura traumática que no es la de la muerte real de su madre sino, como lo precisa A. Green, la de la *ausencia psíquica de una madre absorbida por un duelo.* Hay que subrayar que A. Green no habla de depresión blanca sino de duelo blanco. Esta elección indica, por una parte, la pertenencia de este estado clínico a una serie, la serie «blanca» referida a la clínica del vacío o clínica de lo negativo. Por otra parte, señala algo singular relacionado con la vivencia depresiva de esos pacientes, que es familiar al psicoanalista que se ocupa de deprimidos esenciales: «Las razones que llevan a los analizandos a em-prender un análisis *no ponen apenas de relieve los rasgos característicos de la depresión*… El analista tiene el sentimiento de una discordancia entre la «depresión de la transferencia» y un comportamiento en el exterior donde *la depresión no se evidencia porque nada indica que el entorno la perciba claramente*. La descripción que hace A. Green de esos pacientes evoca en numerosos aspectos clínicos a los pacientes operatorios. La problemática narcisista asociada a las exigencias del ideal, en oposición o en relación con un Superyo, organiza habitualmente los conflictos del sujeto. La «excitación autoerótica» y el modo particular de inte-lectualización observada, son gobernados por una dimensión de apremio más que de placer que sitúa probablemente sus mecanismos tópicamente más allá del principio del placer. A mi entender, están cercanos a los procedimientos autocalmantes tan frecuentemente observados en la clínica de los estados operatorios. Por otro lado, A. Green, encuentra en esos pacientes la existencia «de una defensa mediante la realidad, como si el sujeto ex-perimentara la necesidad de adherirse a la presencia de lo percibido como real indemne de toda proyección, es decir, que

asistimos a la negación de la realidad psíquica». Esta descripción, sin embargo, diverge en un punto importante de la descripción clásica de la depresión esencial, en lo relacionado con la expresi-vidad afectiva y, en particular, con el dolor psíquico. Pienso de todos modos que la experiencia de tratamientos analíticos pro-longados con pacientes deprimidos esenciales, permite a menudo relativizar la dimensión del silencio afectivo. Vemos que un buen número de estos pacientes que en el curso de las primeras entrevistas se mostraron inexpresivos desde el punto de vista afectivo, manifestaron luego, a lo largo del tratamiento, ruidosos afectos de angustia o de dolor. Pero hay que tener en cuenta un factor económico de primer orden, muy frecuente en los pacientes deprimidos esenciales en el encuentro con un analista: la existencia de una somatización. Hay que subrayar que esto está ausente en la descripción que hace A. Green del duelo blanco en su estudio sobre la madre muerta. Podemos concluir, que las relaciones entre afectos y somatización están en el centro mismo de la problemática de la economía psicosomática, como lo veremos a continuación.

La figura central de la metapsicología del duelo blanco reside en la desinvestidura masiva y radical del objeto primario, que crea en el tejido psíquico un «agujero» que abriga en negativo la imagen del objeto perdido, ese agujero se convierte en el sitio de las reinvestiduras secundarias tanto de odio como de procesos de reparación. El sujeto se encuentra de este modo alienado durante toda su vida en este objeto primario maternal en su forma negativa.

Una paciente de unos treinta años vino a verme debido al descubrimiento de una grave enfermedad cancerosa. Es una ejecu-tiva de alto rango de una gran empresa comercial, su vida profesional representa la parte más importante de sus investiduras donde, por otro lado se desenvuelve admirablemente bien. En su vida afectiva y amorosa, sin embargo, no tiene sino sentimientos de fracaso y de impotencia. Cada vez que encuentra un hombre, sus esperanzas se llenan de decepción por la repetición de los mismos bloqueos psíquicos. Si el hombre manifiesta de manera demasiado cercana sus sentimientos y su deseo hacia ella, se siente invadida por un estado a la vez de angustia y de odio que la conduce a rechazarlo. Si, por el contrario, es discreto o no la reclama nada, se siente abandonada, perdida, sola. En el curso del trabajo analítico, pude mostrarle que ese tipo de conflicto repetía lo que conoció de niña en sus relaciones con su madre. Nacida varios años después de sus hermanos y hermanas, llegó a la familia en un momento en el que su madre sufría una profunda transformación de su vida personal que la instaló en un estado de de-presión. En adelante, sólo su hija contaría para ella. Mi paciente vivió de este modo su infancia en un estado casi simbiótico con la madre, sin que nada adviniera a su conocimiento psíquico sino bajo la forma de la depresión materna y los sucesos que la condujeron a ella. Era una niña tranquila, alternativamente atrapada, sin embargo, por sentimientos invasores de angustia o de odio respecto de su madre, así como de sentimientos apremiantes de reparación. En el curso de las primeras entrevistas, me sentí sor-

prendido y tocado por la intensidad de su depresión esencial, al mismo tiempo que ella se presentaba, según una modalidad defensiva, dominada tanto por el control de sus afectos como de sus representaciones. Algunos meses más tarde, después de una nueva decepción en sus proyectos amorosos, sobrevino su cáncer. Esta observación clínica muestra hasta qué punto las cuestiones puntualizadas por A. Green en su estudio sobre la madre muerta, pueden encontrar eco en la práctica analítica con pacientes somáticos.

Señalemos en fin que, en referencia a su concepción teórica de la constitución del narcisismo primario y del desarrollo precoz del niño, A. Green postula la existencia de una fijación de orden traumático en el curso del *mismo tiempo* significativo de la todavía no realizada diferenciación entre sujeto y objeto. «Sin embargo, escribe A. Green, si un traumatismo como el del duelo blanco sobreviene *antes* de que el niño haya podido constituir ese marco de manera suficientemente sólida (la estructura que encuadra y abriga la alucinación negativa de la madre), no se constituye en el Yo ese lugar de disponibilidad».

En definitiva, los trabajos psicoanalíticos a los que me referí, surgidos todos de puntos de vista clínicos y de concepciones teóricas diferentes, presentan el inestimable interés, no sólo de mostrar indiscutibles convergencias con las observaciones psicosomáticas contemporáneas sino, también y sobre todo, de *validar* un cierto punto de vista metapsicológico respecto a la depresión esencial. Un hecho axiomático se desprende con regularidad, que puede enunciarse de este modo: *sucedió algo de un registro traumático en un tiempo precoz del desarrollo pulsional y psíquico, tiempo en el curso del cual el proceso de defusión entre Yo y no-Yo, entre sujeto y objeto, no habría aún finalizado. El corolario de este enunciado es que toda pérdida objetal en esta coyuntura precoz se inscribe necesariamente como una pérdida narcisista.*

Desde *La investigación psicosomática*, todos los psicoanalistas que se interesaron por los pacientes que somatizan insistieron en el punto de vista económico. La comprensión de la paradoja psicosomática no es una excepción de esta regla. El lazo procesual que evoqué al comienzo de este estudio parte desde allí, del dato axiomático de la pérdida narcisista subyacente a la depresión esencial. La economía del dolor y luego la del masoquismo serán abordadas a continuación.

II. Depressión esencial y dolor

En la investigación psicosomática, acto de nacimiento de la psicosomática psicoanalítica, se pueden leer frases plenas de sensibilidad y en las que se revela por otro lado un sentido riguroso de la clínica a la par que un espíritu visionario en la andadura comprensiva: «En el primer abordaje temíamos no poder acercarnos a ese personaje aparentemente deslucido, rigurosamente rea-lista, un poco superficial, que creía moverse en la evidencia, y que desprendía una vaga tristeza…Era imposible que

un ser humano fuese tan plano y tan empobrecido como su manera de ser tendía a hacerlo creer». La primera parte de esta cita testimonia una constatación clínica que todo psicoanalista con una práctica con pacientes somáticos puede confirmar sin dificultad. La segunda parte de esta cita contiene una promesa para el futuro. Se anticipa a las investigaciones psicoanalíticas ulteriores indicando claramente un camino, el de la puesta a punto teórica de una *distancia* intuitivamente percibida por los autores, entre la superficie lisa presentada al otro-semejante por el paciente operatorio y el deprimido esencial, y la violencia supuestamente escondida de su mundo pulsional. Subraya la dimensión de *falta* e inscribe de entrada a estos pacientes en el cuadro conceptual de la *negatividad*.

Para Freud, el dolor representó siempre un enigma. Aunque no escribió nunca un texto sistemático sobre este tema, podemos decir que el conjunto de su obra, desde los *Estudios sobre la histeria* (1895) hasta *Moisés y el monoteísmo* (1938), es una lenta y profunda elaboración de la cuestión del dolor y más generalmente de la de los afectos. Al término de su obra, la solución a este enigma fue alumbrada e inscribió el dolor en un cuadro metapsicológico en el que ninguna dimensión falta, la económica, la tópica, la dinámica y, sobre todo, la filogenética. Para Freud, el enigma del dolor se revela en su *exceso*. Su cualidad esencial re-side en su condición de desmesura, en su estatuto de desbordamiento expresivo y afectivo. Hay un *demasiado* que plantea el problema. Esta cuestión será elaborada gradualmente por Freud a partir de todas las inmersiones posibles en el campo de la metapsicología. Si el dolor es reclamo, queja, demanda dirigida a un semejante, hay que constatar por fuerza que, en los pacientes operatorios y deprimidos esenciales, esta transmisión falta en un grado más o menos importante. Por ello, para el psicoanalista psicosomatólogo, *el enigma cambia de signo y se transforma en no-dolor (psíquico)*. Es el *demasiado poco* el que revela la problemática.

Antes de proseguir por este camino, debemos preguntarnos si la cuestión del no dolor está bien fundada. ¿Es exacto afirmar que no hay expresión de dolor psíquico en la depresión esencial? Si nos referimos a las observaciones clásicas de los primeros psicoanalistas psicosomatólogos, constatamos que la ausencia de expresión afectiva se destaca con regularidad en los pacientes identificados como operatorios. Las descripciones de P. Marty como las de M. De M'Uzan lo testimonian. Las de Sifneos, referidas a otra corriente del pensamiento psicosomático, condujeron a este autor norteamericano, a elaborar, a partir de ese fenómeno clínico, la noción de alexitimia. El destacar *ese signo* que es la ausencia de expresión del dolor psíquico en la depresión esencial, representa para esos autores algo más que una constatación clínica y fenomenológica. Revela un sentido oculto ligado al estado de desorganización del conjunto de las condiciones psíquicas de donde procede habitualmente un estado de funcionalidad de los representantes pulsionales. En mi práctica psicosomática con pacientes somáticos, constaté que si ciertos pacientes presentan incontestablemente esa falta en el orden de la expresión afectiva, y en

particular del dolor psíquico, otros pacientes, en los que la depresión esencial no presentaba para mí la menor duda, expresa-ban un sufrimiento psíquico a veces muy intenso, y en otras ocasiones una expresión más vaga. Esta variabilidad clínica relacionada con la expresión afectiva, debe esclarecer las condiciones mismas de la observación psicoanalítica. La investigación psicosomática es en general única y sin mañana. El paciente se presenta con los medios de los que dispone, y el control que usa en su relación con el psicoanalista no es cuestionado. El tratamiento psicoanalítico de un paciente operatorio se presenta de un modo distinto. El proceso relacional y transfero-contra-transferencial que se instaura y se desarrolla progresivamente evolu-ciona a partir de nuevas experiencias alucinatorias nacidas de lo compartido entre analista y paciente, como muy bien lo propuso M. Fain. Este proceso puede conducir a la emergencia y a la expresión de afectos y dolores psíquicos en el seno mismo de la depresión esencial. Sabemos que la experiencia psicoanalítica es un todo y que en consecuencia no se puede disociar artificialmente lo que procede de una investigación psicosomática de los resultados del trabajo psicoanalítico. Esos resultados nos permiten *matizar* la afirmación de inexpresividad afectiva de la depresión esencial. Sin embargo, persiste en los pacientes operatorios y deprimidos esenciales una *tendencia* más o menos marcada hacia lo que se podría llamar *frigidez afectiva* que diversos autores, cada uno según su concepción, atribuyeron a mecanismos específicos de inmovilización, de congelación, de desorganización, de rechazo, o de supresión de las representaciones psíquicas de la pulsión. De este modo, el enigma del no dolor en la depresión esencial se repite en la tendencia a la frigidez afectiva que la marca con su sello.

La mayor parte de los trabajos de psicosomática se basan en una relación entre los desórdenes de la economía afectiva y lo somático. «La carga ligada a los afectos y a las emociones, escribían los autores de *La investigación psicosomática* en l962, mal conducida, o poco o nada elaborada por las funciones mentales, parece dirigirse rápidamente hacia la vía somática». P. Marty, como sabemos, identificó tres vías para la descarga de las excitaciones en el ser humano, una mental, otra comportamental, y la tercera somática. Esta última se utiliza cuando las otras dos están bloqueadas. Este modelo está en la base de su concepción de la economía psicosomática. Así pues, la somatización estaría ligada económicamente a la inexpresividad afectiva de la depresión esencial. Sin embargo, la práctica psicoanalítica nos conduce a encontrar pacientes deprimidos esenciales que no están atacados por una afección somática Nos encontramos aquí en presencia de un enigma en el interior del enigma y de la relación económica que tendría la somatización con la tendencia a la frigidez afectiva de la depresión esencial, que queda aún por demostrar aunque fue postulada pertinentemente según una lógica metapsicológica. Quizás habría que concebir la somatización, tanto dinámica como económicamente, como una consecuencia de un desfallecimiento de la economía del funcionamiento mental, desfallecimiento que afectaría particularmente a los afectos sujetos a un *proceso de negativización*.En este

sentido, la somatización se inscribiría como suceso ya potencial o bien efectivo, aunque una vez instalada, constituye una novedad en la vida del sujeto, y su propia evolución puede hasta cierto límite, quedar correlacionada con la economía psíquica, límite más allá del cual la desunión-desligadura psicosomática parecía consumada. En esos estadios frecuentemente avanzados de la enfermedad, el psiquismo padece más las contrariedades y su-frimientos del cuerpo enfermo porque éste no los regula con el trabajo de los representantes pulsionales. Comprometido en una lógica de supervivencia, no puede permitirse el lujo de la expresividad afectiva.

Vamos a interesarnos ahora por la cuestión del dolor psíquico en la depresión esencial, o más bien, como ya lo anuncié, por la tendencia a su inexpresividad dolorosa. No recorreré el conjunto de los textos de Freud que marcan para nosotros una etapa en su elaboración del enigma del dolor. Sin embargo, elegiré ciertos escritos que representan a mi entender momentos teóricos de gran valor heurístico para comprender lo que *falta* en la depresión esencial para hacerla advenir a una expresión dolorosa. Se tratará pues de descubrir, detrás de las elaboraciones positivas, lo que se inscribe en defecto o en negativo, y qué es lo que califica o especifica la vivencia de depresión esencial. Subrayemos rápidamente que la elaboración teórica de Freud sobre la cuestión del dolor reposa sobre dos ejes metapsicológicos fundamentales y necesariamente intricandos uno al otro, un *eje económico y un eje semántico*, el de un lugar o de una tópica del objeto perdido.

El *Manuscrito G* data de enero de 1895. Representa la primera versión teórica del dolor psíquico, versión que será retomada casi íntegramente veinte años más tarde en el estudio sobre *Duelo y melancolía.* El término «melancolía» dado a ese manuscrito debe ser entendido, como lo señalaron todos los autores, como el paradigma de la depresión en general, y reagrupa de este modo el conjunto de las formas depresivas, incluyendo la melancolía de la psiquiatría clásica. El contexto histórico en el que fue redactado ese manuscrito, permite comprender que se inscribió en una serie de trabajos, en el centro de los cuales se encuentran las *neurosis actuales*. La textura teórica de ese manuscrito porta la marca de las elaboraciones de Freud sobre las neurosis actuales. En este sentido el manuscrito representa el prototipo de la versión económica de la cuestión del dolor. La proposición axiomática a partir de la cual Freud construyó su desarrollo teó-rico se resume así: «La melancolía es un duelo provocado por una pérdida de libido». Esta proposición incita un comentario. Después de definir la melancolía como una reacción afectiva de duelo, «es decir, la nostalgia amarga del objeto desaparecido», sitúa esta pérdida «en el terreno de las necesidades instintivas» Debemos ser sensibles a este movimiento de báscula, en el que la pérdida pasa desde el orden del objeto al de la pulsión. Freud nos invita a un verdadero *descentramiento conceptual* dando predomi-nancia a la libido en relación con el objeto (perdido) privilegiando el eje económico sobre el eje semántico. Una asociación nos viene a la mente inmediatamente. Cuando P. Marty describió en l966 la depresión esencial, la definió como una pérdida de libido a la vez narcisista y

objetal, una *pura* pérdida del tono de los instintos de vida, especificándola de entrada según condiciones económicas. A partir de la proposición axiomática que vengo de recordar, Freud ilustra con un esquema «las condiciones en las cuales la excitación del grupo sexual psíquico está en disminución». Propone entonces dos aspectos que responden exactamente a las particularidades etiopatogénicas de la neurastenia, por una parte, y de la neurosis de angustia, por otra. Describe así dos formas de melancolía (depresión), una —neurasténica—, ligada a un debilitamiento de la tensión sexual somática, y la otra —ansiosa—, ligada a un desvío de la tensión sexual somática. Los trabajos de Freud sobre las neurosis actuales que encuadran el *Manuscrito G* nos permiten validar las conclusiones teóricas que postula en el origen de esas dos categorías depresivas. El *Manuscrito E* sobre la angustia, de junio de 1894, enuncia las coyunturas defensivas del Yo que conducen al desvío o a la retirada de la libido de su destino psíquico de ligar la excitación sexual somática con las representaciones de objeto del inconsciente. Entre ellas figuran la supresión, la degradación (desorganización) y el alejamiento entre el desarrollo de la psicosexualidad y el de la sexualidad somática. Freud insiste en *El trastorno psicógeno de la visión*, en 1910, en relación al mismo en la hipererogenización del órgano o de la función somática, que conducen a lo que llamamos hoy *trastornos funcionales somáticos*. En la lógica de la neurosis actual, esta «captura» de la libido por el nivel somático priva, en la lógica de la neurosis actual, a la carga sexual somática de una parte de su capital destinado al recorrido psíquico. En definitiva, el *Manuscrito G* propone distinguir lo que es del orden del *afecto*, sensaciones voluptuosas o formaciones reaccionales comoel asco, de lo que es del orden de la tensión somática que escapa tanto del afecto como de la psiquización. Las consecuencias afectivas de la melancolía (depresión) se interpretan como resultado de un «*agujero» en el psiquismo* que produce un efecto de llamada hacia todas las investiduras disponibles: de esta coyuntura económica procedería el dolor psíquico. Por analogía, la neurastenia se interpreta como el resultado de un *agujero en lo somático*. Freud termina su escrito sin poder decir qué es lo que diferencia la melancolía de la neurastenia: «Las manifestaciones son realmente tan semejantes que a menudo es difícil diferenciar ciertos casos».

¿Qué conclusión provisional podemos sacar de la lectura del *Manuscrito G* para comprender la tendencia a la inexpresividad dolorosa de la depresión esencial? Pienso que de esta lectura podemos quedarnos con la noción de una depresión que propongo llamar *depresión actual*, que implica una serie de defectos en la trayectoria psíquica de la excitación sexual somática y que sitúa al sujeto *fuera del orden de los afectos* en grados más o menos importantes. Acercaremos provisionalmente la noción de depresión actual a la de depresión esencial.

El *Proyecto* redactado durante el verano de 1895 hace un sitio al tema del dolor en el capítulo «La prueba del sufrimiento». Freud continúa su elaboración económica, y su lectura atenta permite percibir los primeros alineamientos de una concepción

semántica a través de lo que llamará más tarde el factor histórico del afecto. El texto se inicia con la noción de *cantidad de excitación*, que produce una «brecha» en la para-excitación, es decir, en la organización defensiva del individuo. Estamos en el orden de la economía. La consecuencia cualitativa de este *exceso* es una autopercepción de un estado de sufrimiento. Freud planteó ya como una de sus hipótesis económicas fundamentales que el displacer está ligado al aumento del nivel de excitación en el aparato psíquico. La elevación cuantitativa entrañará un modo de respuesta primario bajo la forma de una *descarga motriz*. Esta modalidad respeta el principio de constancia pero, por su forma misma, escapa a los circuitos de representación psíquica. Se trata de un corto-circuito psíquico que utiliza la vía del *comportamiento*. Pero lo esencial está por llegar. Freud admite que el dolor deja detrás una *apertura* entre la tendencia a la descarga y la representación del objeto (hostil). «Nos vemos conducidos a pensar, escribe Freud, que la investidura de los recuerdos provoca un displacer que emana del interior del cuerpo, un displacer quesurge de nuevo». Introduce aquí la cuestión de la génesis del afecto. Freud postula otra vía distinta de la descarga motríz, la vía de la producción del afecto. Esta se concibe como ligada a otra categoría de neuronas, las neuronas secretoras, opuestas a las neuronas motoras. Desde el punto de vista económico, lo importante es que la liberación de afecto substituye a la descarga motriz. Pero la economía no es suficiente para rendir cuentas del proceso de liberación del afecto. Allí se abre el orden semántico, sugerido en el texto del *Proyecto*, a través de la noción de *reproducción en y por el afecto (apertura),* desarrollada treinta años más tarde en *Inhibición, síntoma y angustia.* En ese texto de l926 Freud escribirá en relación a la angustia: «Estamos tentados de admitir la presencia de un factor histórico que liga sólidamente las sensaciones y las inervaciones de la angustia, unas con otras. En otros términos, el estado de angustia sería la reproducción de una experiencia vivida que comportaría desde ya esas dos condiciones de aumento de la excitación y de descarga por medio de vías determinadas…Pensamos que los otros afectos son también reproducciones de sucesos antiguos de importancia vital, eventualmente pre-individuales: *vemos en estos afectos accesos histéricos generales, típicos, congénitos, en comparación con los ataques de la neurosis histérica, que son tardíos, adquiridos individualmente y de los que el psicoanálisis nos reveló la génesis y la significación de símbolos mnésicos».*

Dos conclusiones pueden ser extraídas de esta lectura del *Proyecto* relacionadas con la depresión esencial y la cuestión de su tendencia a la inexpresividad dolorosa. La primera es la de una dualidad entre dos modalidades de respuestas psicosomáticas a un exceso de excitación: la vía del comportamiento y la del afecto. La primera escapa al orden psíquico mientras que la segunda lo funda y lo constituye. P. Marty, como sabemos, y todos los psicoanalistas psicosomatólogos detrás de él, subrayaron en sus observaciones la importancia económica de la *vía comportamental* en los pacientes operatorios y deprimidos esenciales. La segunda conclusión es la de la

debilidad de la dramatización histérica en esos mismos pacientes. Este último punto es para mí de una importancia excepcional y se inicia en un orden de significaciones que interroga las relaciones primarias de la criatura humana con lo que M. Fain llama la coyuntura parental.

Inhibición, síntoma y angustia representa el último texto de nuestra trilogía teórica. Constituye un estudio que recapitula so-bre la cuestión de la angustia y más generalmente sobre la de los afectos en el seno de los cuales el dolor tiene un lugar importante. Tal como venimos de precisar, en el «*Apéndice C*» Freud propone por primera vez desde el inicio de sus trabajos, una concepción metapsicológica unificada del dolor. El texto se compone de dos partes, cada una interroga al dolor psíquico en sus relaciones con una vivencia psíquica próxima: angustia y dolor psíquico. El examen de la pareja afectiva formada por el dolor y la angustia llevó a Freud a dos conclusiones. La primera es de orden genético. Los dos afectos parecen confundidos al comienzo de la vida de la criatura humana y se diferencian progresivamente en el curso del desarrollo del Yo. La segunda es de orden metapsicológico. El dolor se define como el afecto específico de la pérdida de objeto, mientras que la angustia se concibe como un afecto generado por el peligro de la pérdida de objeto, lo que implica un cierto grado de desarrollo del Yo. De cualquier modo, la dimensión de *exceso* de la reacción ansiosa y dolorosa es afirmada con fuerza por Freud. La pareja formada por el dolor psíquico y el dolor físico pone de manifiesto problemas de otra naturaleza. En numerosos textos anteriores, Freud pospuso el examen del enigma del dolor en razón de un bloqueo en la comprensión de los mecanismos recíprocos que conducen en un caso a un dolor físico y en otro caso al dolor psíquico. Pienso que se puede afirmar que la elaboración teórica de esas cuestiones en Freud, estaba sostenida por una intuición que nunca abandonó, la de un *modelo único* unificador de la comprensión de las dos variedades de dolor. En cierta manera, Freud buscaba el *caput nili* común a los dos procesos dolorosos. Desde este punto de vista, el texto del «Apéndice» llegó a una solución, como veremos.

¿Porqué Freud, psicoanalista, tiende tanto a unir el enigma del dolor psíquico al del dolor físico, hasta el punto de diferir su resolución mientras que las condiciones del dolor físico no fueran clarificadas? *Duelo y melancolía*, en l915, termina con este pensamiento: «Pero aquí, convendría una vez más hacer un alto y diferir la continuación de la elucidación de la manía hasta que hayamos aclarado la naturaleza económica relativa al dolor corporal, ya que el dolor anímico *le es análogo*». El trabajo de la melancolía convenció a Freud en la idea de que existía una relación profunda, más que analógica, no solamente en el plano de la descripción fenomenológica, sino también en el plano de los procesos psíquicos subyacentes, entre las variaciones depresivas y ma-níacas, y la experiencia dolorosa y la vivencia narcisista que prosigue cuando cesa el dolor. El carácter de retirada en el Yo, de re-tracción en relación al mundo de los objetos propio del dolor corporal, es comparable al dolor moral del sujeto melancólico. Sobre ese punto, Freud conservó siempre la

concepción según la cual el dolor constituiría un «agujero» en el psiquismo que vacía al Yo de sus investiduras y lo empobrecería en consecuencia. Ese «agujero» o esta determinada herida es un punto capital, es una *contra-investidura* extraordinariamente elevada de parte del Yo. En su opuesto, es del todo convincente el acercamiento que podemos hacer entre el estado maníaco y el estado tímico de un sujeto bruscamente liberado de un dolor corporal que lo ocupó durante mucho tiempo. Respecto de la manía, Freud concluye de la manera siguiente: «Esta acumulación de investidura, ligada al principio y que después de la terminación del trabajo de melancolía se vuelve libre y hace posible la manía, debe estar en correlación con la regresión de la libido al narcisismo». Con la noción de *investidura*, Freud llega a la solución del enigma del dolor uni-ficando en un mismo modelo teórico las dos variedades de dolores concebidos como dos modalidades de investidura psíquica. Su desarrollo le lleva a poner en paralelo dos tipos de sobreinvestidura: la que se sitúa en la periferia del órgano lesionado en un marco de dolor corporal, y la que se establece en la periferia del objeto perdido («en nostalgia») dejando su huella en negativo en el tejido psíquico por el dolor moral. Hasta aquí, no hay dificultades. ¿Pero qué tienen en común un órgano lesionado y un objeto perdido? Aquí Freud propone dos argumentos que tienen como objetivo integrar el dolor corporal en la perspectiva de su representatividad psíquica. El primero de ellos es el valor que comporta el dolor corporal como agente de conocimiento de la imagen del cuerpo. El segundo se funda en una realidad clínica. Ésta reside en la capacidad de desviación momentánea de la experiencia dolorosa cuando una poderosa investidura psíquica se dirige sobre otro objeto.

En definitiva, *el representante psíquico del lugar del cuerpo lesionado es el objeto de sobre- investidura y no la entidad material corporal.* Estamos en el orden de la representación, es decir, de lo psíquico. Ese salto conceptual separa la dimensión real y fisioló- gica y re-sitúa el suceso doloroso somático en la única perspectiva humana concebible: la de la representación, primero neurológica y luego psíquica, esta última integrando a todas las demás.P. Marty no decía otra cosa cuando concebía las fijaciones mentales como recapitulando toda la historia de las fijaciones. El último paso fue dado, y Freud pudo proponer su síntesis unificada de las dos variedades de dolor: «La investidura del objeto ausente (perdido) en nostalgia, investidura intensa, y que por su carácter inextinguible no cesa de aumentar, creando las *mismas condiciones económicas* que la investidura del dolor concentrado sobre un lugar del cuerpo lesionado… El pasaje del dolor corporal al dolor psíquico corresponde a la transformación de la investidura narcisista en investidura de objeto. La representación de objeto fuertemente investida por la necesidad juega el rol del lugar corporal investido por el aumento de la excitación».

La concepción renovada que aporta el «Apéndice» a la cuestión del dolor abre una perspectiva de una importancia excepcional para la comprensión de la tendencia a la inexpresividad dolorosa de la depresión esencial. Para Freud, la especificidad del

afecto doloroso está ligada al «*nivel elevado* de las relaciones de investidura y de ligadura al que se unen esos procesos que conducen a la sensación de displacer». Se retoma allí la noción de nivel de la *carga psíquica* de la que depende la preparación a la angustia que Freud postuló en los estados de neurosis traumática. Esas nociones se acercan igualmente a la de energía psíquica de-sexualizada de la que el Yo dispone para el conjunto de sus procesos de transformación interna. Lo que aquí se apunta como ese *factor económico* que determina la liberación del afecto doloroso, es el conjunto de las capacidades de contra-investidura psíquica. Comprendimos que ese factor económico tiene que ver con lo que P. Marty propuso con el nombre de *mentalización*. Si el dolor psíquico implica para Freud un nivel elevado de las relaciones de investidura, es decir un cierto grado de mentalización, entonces la definición que dio P.Marty de la depresión esencial se convierte en un nuevo hito metapsicológico. Hay que comprender la *ausencia de contrapartida económica positiva* de la depresión esencial como indicativo de un nivel particularmente bajo de las relaciones de investidura y de ligadura animando los procesos psíquicos. Es esta disminución generalizada de las contra-investiduras psíquicas o, si queremos expresarlo de otra manera, esta mala mentalización, la que explicaría *in fine* la debilidad o la ausencia del afecto doloroso en la depresión esencial. Se confirma nuevamente que la expresividad dolorosa está estructural y económicamente ligada al exceso, al demasiado que demuestra. La au-sencia de ese testigo o de ese testimonio califica en negativo la caída del «tono de los instintos de vida» por el que P. Marty definía la depresión esencial, esta caída de presión que ninguna contra-investidura puede detener ni delimitar.

El exceso por el que el dolor se califica, es exceso en el plano económico (la cantidad), pero también en el plano semántico (la cualidad). *Inhibición, síntoma y angustia* clausura una serie de reflexiones freudianas sobre el más acá «pre»-histórico de la historia individual y asigna al *afecto* el lugar de testigo de las huellas de una historia perdida de la familia humana, huellas *transmitidas* sin embargo de generación en generación y que son heredadas por las criaturas humanas. *Las visiones globales sobre las neurosis de transferencia*, texto que debía rematar la metapsicología de l915, descar-tado por Freud, pero conservado por Ferenczi a quién se lo envió, prosigue las concepciones elaboradas en *Tótem y tabú* en l912 sobre la prehistoria de la familia humana y concluye con firmeza la existencia de un factor altamente determinante en el devenir de la neurosis, factor denominado la *disposición a la neurosis*: «La disposición filogenética, escribe Freud, está «en segundo plano» en tanto *que adquisición y transmisión* de la disposición individual y onto-genética». Esta disposición contiene todos los datos de un programa sexual edípico referido a la historia mítica de la familia humana, de sus orígenes, y es revivido en cada generación. Programa conservado bajo la forma de *huellas* (filogenéticas) inscritas en hueco o en *negativo* en la herencia pulsional del ser humano y llamadas a ser *resignificadas* en los « a posteriori « (après-coups) sucesivos de la historia sexual

individual. Esta concepción es reafir-mada sin ninguna ambigüedad por Freud en su última obra *Moisés y el monoteísmo* (1938): «Lo que actúa en la vida psíquica del individuo, no son sólo contenidos vividos por el individuo mismo, sino también contenidos innatos, elementos de procedencia filogenética, una *herencia arcaica»*. De este modo se postula de entrada una sexualización de la criatura humana y comprendemos junto a Freud que la angustia como el dolor llevan, por su exceso o desmesura, las huellas de esta herencia sexual perdida. El afecto se describe en *Inhibición, síntoma y angustia* como un símbolo mnésico de un orden de representaciones sexuales colectivas, dicho de otra manera, como un *acceso histérico general*. «Los estados de afecto, escribe Freud, son incorporados a la vida psíquica a título de sedi-mentos de sucesos traumáticos muy antiguos, recordados en situaciones análogas como símbolos mnésicos».

De ese desarrollo podemos concluir que la tendencia a la inexpresividad dolorosa en el deprimido esencial, está ligada a una *falta de histeria* en su funcionamiento psíquico. Los trabajos de D. Braunschweig y de M. Fain, y en particular el «Preludio a la vida fantasmática» de M. Fain, esclarecen de manera impre-sionante las relaciones precoces del bebé con su madre y el objeto de su madre, situando de entrada la conflictividad entre la función materna y la estructuración edípica. En el nivel de las *identificaciones primarias,* directas, inmediatas, tal como Freud las describe, se opera la transmisión de la organización histérica de la madre a su bebé, siendo ella misma la que reenvía a las de su propia madre por los mismos canales identificatorios. Esas identificaciones, denominadas histéricas primarias por D. Braunschweig y M. Fain, constituyen las bases del narcisismo primario del niño e inscriben a éste en un destino edípico desde el comienzo. Los desfallecimientos de la investidura materna (para-excitación) tienen efectos perjudiciales sobre la calidad de las identificaciones «histéricas primarias», *interrumpiendo* el proceso alucinatorio del niño y el dinamismo de sus auto-erotismos. El resurgir de una sensorialidad primaria indiferenciada, según la formulación de M. Fain, impone al niño la puesta en marcha de defensas antitraumáticas más o menos prematuramente. Esas condiciones pueden volverse a encontrar cuando una madre es absorbida por un duelo personal o cuando su organización psíquica está dominada por un ideal de conformismo. Presente físicamente, la madre está ausente psíquicamente para su niño. Podemos comprender que en estas coyunturas el afecto, y en particular el dolor, en tanto que lugar psíquico de la condensación de identificaciones primarias, falta en mayor o menor intensidad.

III. Depressión esencial y masoquismo

A. *La paradoja psicosomática y la economía narcisista*

Si resumimos las conclusiones a las que hemos llegado en el análisis de la depresión esencial en sus relaciones con la depresión y la economía afectiva,

llegaremos a la idea según la cual la depresión esencial recubre *una falta en el orden del narcisismo primario*. La comparación entre depresión esencial y las entidades depresivas vecinas nos confirmaron que ocurrieron sucesos psí-quicos precoces que produjeron la asimilación de una pérdida objetal con una pérdida narcisista debido a la inmadurez de los medios psíquicos de individuación del sujeto respecto al objeto. Por otra vía de análisis, adjuntamos aquí las conclusiones de P. Marty que, en su texto inaugural de 1966, definía la depresión esencial como depresión ligada a una pérdida de libido objetal *y* narcisista. El examen del dolor, y más generalmente de la economía afectiva en la depresión esencial, nos conduce a subrayar las in-suficiencias de los mecanismos identificatorios primarios en el bebé. Esas identificaciones histéricas primarias comprometen plenamente la cualidad de las investiduras maternas en su doble polaridad, narcisista y erótica, y representan las premisas de la organización edípica que se realizará en el niño. Comparto la concepción de D. Braunschweig y de M. Fain según la cual esos mecanismos identificatorios precoces constituyen el marco (o el enmarcado) en el interior del cual se va a desarrollar el narcisismo primario del bebé. Es decir, que las faltas o distorsiones que pueden sobrevenir en esas relaciones precoces entre el niño y la pareja de padres van a tener consecuencias dinámicamente de gran importancia, no solamente sobre la cualidad de la economía narcisista, sino también sobre la de la organización pulsional edípica.

Volvamos a la clínica. Encontramos numerosos pacientes en los que la aparición de una somatización entraña una modificación positiva de su humor. Hemos llamado «paradoja psicosomática» a ese fenómeno. Habitualmente los pacientes no revelan espontáneamente ese fenómeno. Cuando se les lleva a hablar de ello, experimentan frecuentemente un sentimiento de vergüenza frente a su interlocutor. Como si se tratara de algo que no se debe hacer, que no se dice, y que debe guardarse dentro de uno. Sería vergonzoso confesar a tu vecino que te sientes mejor desde que sabes que estás enfermo. Uno de mis pacientes, a quien acababan de descubrir una metástasis, me dijo que tenía mucha más energía desde que se lo dijeron. Era portador de una enfermedad cancerosa silenciosa desde el punto de vista del dolor y de la molestia funcional y no tenía ningún tipo de tratamiento. Solamente una vigilancia regular. Su rebrote de energía chocaba con la vivencia de depresivo esencial de antes del suceso metastásico. Otros pacientes me revelaron con precaución, cómo se sentían aliviados desde que se sabían enfermos, ya se tratase de un primer anuncio de cáncer o de una recidiva. Algunos pacientes, an-ticipaban el alivio que esperaban del anuncio de una enfermedad para poner fin a un sufrimiento depresivo que sentían que eran incapaces de atenuar. Como si tuvieran la seguridad de que la vía de la enfermedad constituía una solución a la indefensión depresiva esencial.

Si prestamos atención al discurso del paciente y al contexto en el que nace su nuevo sentimiento de bienestar, constatamos que éste está ligado a un nuevo conocimiento respecto de su salud somática. Constatamos al mismo tiempo que este nuevo conocimiento le es transmitido por la institución médica: los médicos. Dicho

de otra manera, el nuevo sentimiento de bienestar parece orgánicamente ligado a la *función médica* que se vuelve su agente y su vehículo. En el curso de una investigación que efec-tuamos en el Instituto de Psicosomática de París con el servicio de cancerología del Profesor Jasmín sobre el tema del cáncer de mama en mujeres francófonas, observamos muchas veces en nuestras investigaciones psicosomáticas, que ciertas pacientes reconocían haber cambiado de humor *desde el anuncio del cáncer por los médicos, mientras que ellas lo ignoraban totalmente antes del examen gineco-mamográfico preventivo habitual*. La modificación positiva del humor parece *primitivamente* ligada al suceso psí-quico que representa el hecho de saberse nuevamente enferma, *independientemente* de las alteraciones funcionales y dolorosas del órgano enfermo. Para el sujeto deprimido sucede algo nuevo en relación con la representación que él se hace de su estado de salud y de su relación con la función médica. El nuevo acontecimiento psíquico inaugura una serie de modificaciones económicas que se traducen en una ganancia psíquica para el paciente. La paradoja psicosomática reposa en este nuevo hecho económico y procede de las relaciones metapsicológicas entre el defecto narcisista primero de la depresión esencial, y la ganancia narcisista segunda de la conciencia de la somatización. Este nuevo hecho establece las bases y las condiciones necesarias para la tentativa de religadura psicosomática a través de nuevos lazos masoquistas de los que hablaremos más adelante.

Las modificaciones económicas acaecidas cuando se anuncia una somatización, tienen que ver con *aportes narcisistas secundarios*, y su fuente es exterior al sujeto. Este lugar de la fuente narcisista se encuentra en el *socius,* en lo *colectivo*, y por ello esta fuente representa una cualidad relativamente indiferenciada, al menos durante un primer tiempo. Cuando un paciente deprimido esencial es informado en el curso de una consulta médica sobre una patología grave, este anuncio es inmediatamente acompañado de una investidura particular de su persona en *tanto que sujeto enfermo*, investidura que emana de la función médica. Sucede como si el médico le dijera: «Usted me interesa porque está enfermo». Este enunciado implica otro: «Nos vamos a ocupar de usted, vamos a cuidarle». Los pacientes en los que pienso se mostraron todos activos en la cooperación de los cuidados con el cuerpo médico. Daban la impresión de sentirse llevados por una empresa común en la que el objetivo era la restitución del buen funcionamiento de sus funciones somáticas. La institución médica se encargaba de la gerencia de su soma. Esta fuente colectiva de aportes narcisistas secundarios se encuentra relanzada o reforzada en la mayor parte de los pacientes con relaciones más diferenciadas con objetos específicos, médicos, cuidadores, pa-rientes o amigos. Esta nueva gerencia evoca la noción de *función materna* desarrollada por P. Marty y propuesta como un modelo en la práctica psicoterapéutica con pacientes con afecciones somáticas evolutivas, y particularmente con pacientes operatorios.

Vamos a detenernos un momento sobre esta noción que juzgo de gran valor

heurístico, la función materna, y mostrar de qué manera recubre el *campo de investiduras narcisistas del sujeto*. P. Marty lo explicó ampliamente, primero por analogías, pero sobre todo por las disimilitudes entre la función materna de la madre para su bebé y la del terapeuta para su paciente operatorio. La atribución de un valor de *función* a las investiduras afectivas que emanan de la madre o del analista frente a un objeto cercano (bebé o paciente) no se establece automáticamente en todos los casos, y pone de relieve la cuestión de la significación que este valor recubre. M. Fain., en su estudio sobre la «función materna según P. Marty», subrayó con razón las implicaciones superyoicas que esta noción de función recubre. De ordinario una función se inscribe en el tejido de las relaciones sociales entre los individuos. Esto supone que el sujeto que es investido por ella conoce sus objetivos y aprende su manejo. Supone también que el sujeto, nuevamente investido por esta función, se integre a su vez en un conjunto de lazos significantes *codificados* que le anteceden y que podrá eventualmente modificar y mejorar conser-vando el objetivo inicial que es fundamentalmente *conservar el orden colectivo*. Desde ese punto de vista, la función materna puede ser considerada como una función que recubre un *fin conservador para la especie*. Para P.Marty, esta función reposa en el instinto materno que, según él, procede no solamente de una memoria filogenética y hereditaria, sino también del conjunto de huellas mnésicas de la madre en relación con su desarrollo pulsional precoz y más tardío.

Analógicamente, la función materna del terapeuta supone que la práctica psicoterapéutica sea codificada con una finalidad conservadora de la salud del paciente. Esta dimensión legisladora de la práctica, para que sea compatible con un trabajo psicoanalítico, debe reposar sobre procesos inconscientes, en cuya ausencia esta práctica tendería a resumirse inevitablemente en un conjunto de recetas… operatorias. Las diversas modalidades identificatorias del analista con su paciente movilizan la actividad interpretativa y la modulan en función del nivel y la cualidad del funcionamiento psíquico del paciente y también según su propio ritmo. D. Braunschweig situó el impacto de la función materna del terapeuta en dos niveles: por una parte, el refuerzo de las contra-investiduras para el establecimiento de un trabajo interpreta-tivo que lleve a establecer una barrera para-excitante y, por otra parte, la creación o mejora de las condiciones económicas que permitan el proceso de la represión mediante la transmisión de una amenaza de castración que emana del padre, y de la que el terapeuta es el agente. De este modo *el Superyó se vuelve,* como escribe M. Fain, *un componente de la función materna*. Marca con su sello, y con los valores colectivos de los que es su representante en el interior del aparato psíquico, las investiduras eróticas de dicha función, inscribiendo esta última en un marco en el que los límites están fijados por las presiones de la organización pulsional edípica de la familia humana.

El narcisismo primario es un presupuesto teórico indispensable para la coherencia freudiana de la vida pulsional del niño. Representa el estado hacia el que

retornan las investiduras narcisistas secundarias, en particular en el curso de los procesos de desexualización. Resulta de las investiduras eróticas de las fun-cionas somáticas, de los auto-erotismos primarios y de la coexcitación libidinal. Freud señaló muchas veces que el estado del narcisismo primario representaba el estado en el cual se encontraba el bebé en su nacimiento. Esta concepción implica que el lugar ideal donde se despliega el narcisismo primario es la vida *in utero*. Si el desarrollo de los auto-erotismos está dinámica y económicamente ligado a las relaciones precoces con la madre-mujer, la coexcitación libidinal está asociada, según Freud, a un determi-nismo interno de orden fisiológico que, por otra parte, se agota con el tiempo. Encontramos esta última noción en P. Marty, en su concepción de los movimientos individuales de vida y de muerte: «La fuerza de los instintos de vida, escribe, es considerable durante el desarrollo. *Se apaga regularmente en el curso de la evolución individual».* Resulta de lo dicho que el narcisismo procede de dos fuentes: una interna, la coexitación libidinal, y la otra externa, las investiduras maternas. Para Freud, el bebé se transforma en el lugar de proyección del narcisismo de los padres. Esas investiduras narcisistas, «primitivamente secundarias» contribuyen a erigir al bebé como *His majesty the baby*. La clínica nos confirmó la idea de que toda interrupción o deficiencia de esta fuente de investidura hace correr graves dificultades al niño en el desarrollo de su vida pulsional y crea las condiciones para la formación de las organizaciones narcisistas de la edad adulta. Según P. Marty,: «Las excitaciones del bebé, *excitaciones internas espontáneas* del desarrollo (cuyo efecto solicita la réplica exterior) son tales, tanto a nivel de la automación como en el de la programación de las diferentes etapas de la construcción individual primera, que demandan frecuentemente, pero no siempre, poco aporte artificial exterior».Como vemos, la identificación de dos fuentes narcisistas primarias, una interna y otra externa, es tenida en cuenta tanto por Freud como por P. Marty. Para este último, la confianza en el carácter evolutivo (la programación) de los procesos internos de desarrollo le conduce a reducir la importancia de los aportes externos de excitación, pero le llevan a insistir sobre todo en el valor de las para-excitaciones que considera primordiales en las situaciones de desarrollo normal.

Según la teoría sexual infantil, la fase auto-erótica del desarrollo se caracteriza por una relativa inorganización o anarquiza-ción de los diferentes auto-erotismos orgánicos, cada pulsión parcial busca independientemente de las otras su placer de órgano. El pasaje del auto-erotismo al narcisismo supone para Freud, la intervención de un nuevo factor: «Es necesario admitir que en el individuo no existe desde el comienzo una unidad comparable al Yo: el Yo debe sufrir una evolución. Pero como las pulsiones autoeróticas existen desde el origen, *es necesaria una nueva acción psíquica agregada al auto-erotismo, para que aparezca el narcisismo».*Pienso que de este modo la función materna adquiere todo su valor heurístico. Asumiendo la carga provisional de gerencia, de regulación de todos los sistemas funcionales somáticos y psíqui-cos de su bebé, la madre, en el ejercicio de su función materna, está

cualificada para representar ese factor «nuevo» por el que se opera el pasaje del auto-erotismo al narcisismo. Representa ese organizador que falta en el bebé al comienzo de su vida, y que es el resultado de un hecho fundamental de la evolución, la situación *neoténica* del bebé.

Para P. Marty, la función materna supone «la existencia de un apoyo exterior que proviene de un personaje vigilante de los movimientos evolutivos y contra-evolutivos del sujeto». Esta actitud innata de vigilancia se dirige muy particularmente a las funciones somáticas del sujeto y a su desarrollo. Las investiduras maternas de naturaleza narcisista tienen como fin, antes que nada, el buen funcionamiento del soma del lactante. A continuación de P. Marty, M. Fain insistió sobre el *carácter inconsciente,* que debe marcar el ejercicio de la función materna. Un buen funcionamiento somático se desarrolla en «el silencio de los órganos». Cuando estos son objeto por parte del niño de una búsqueda de placer auto-erótico, la inquietud de la madre se pone en alerta por la amenaza de castración del padre que pesa entonces sobre el niño y de la que la madre es la mensajera. Ésta, en el ejercicio de su función materna conduce el cuerpo del niño al silencio y al inconsciente. En una perspectiva ideal de buen funcionamiento mental, esas *producciones* auto-eróticas se ponen en latencia durante la vigilia y retornan por la noche en las formaciones oníricas, garantizando una buena calidad del sueño y una restauración del soma. Respecto a la creación de las bases narcisistas en su bebé y de la evolución hacia la estructuración de su organización edípica, la calidad de los cuidados maternos depende del *mensaje de castración* que la madre transmite a su niño. El mensaje materno, de naturaleza verbal, constituye clásicamente el primer tiempo del complejo de castración, el segundo tiempo, viene ulteriormente luego de una fase de latencia, estando ligado a la verificación de la realidad de la castración cuando se produce la percepción de la ausencia de pene en la niña. El valor estructurante del mensaje materno de castración depende ante todo, como lo señaló M. Fain, de las actitudes de ternura y de inquietud que la madre, en su atención vigilante, dirige a su niño. De este modo se establece una relación entre la calidad de la organización edípica de la madre, y particularmente de su Superyó, y la de los soportes narcisistas y pulsionales del niño. D. Braunschweig nos mostró de qué manera la angustia de la madre por el sexo de su «pequeño» se desplazaba a todo su cuerpo. La interiorización de la angustia materna se vuelve de este modo uno de los elementos constitutivos de la génesis de las pulsiones de autoconservación de su hijo.

La noción de función materna, llena de la riqueza de las investiduras narcisistas y eróticas de la madre, puede también mos-trarse deficiente y comprometer la evolución pulsional del niño hacia vías económicas en las que los comportamientos y las somatizaciones tendrán un lugar predominante. Esto es así en el caso de cuidados maternos que reposan en actitudes conformis-tas (operatorias), irregulares o depresivas de la madre. La depresión esencial como efecto de esas conyunturas negativas puede interpretarse como una *interrupción de los procesos de*

interiorización de la función materna. En el curso de este proceso, los mecanismos de identificación juegan un gran papel. Encontramos ese fundamento identificatorio en la concepción de P. Marty, quien lo sitúa tanto del lado de la madre como del lado del niño en el proceso de desarrollo: «Los aspectos fundamentales de la función materna, se caracterizan tanto por la apreciación afectiva de las necesidades y de los deseos del lactante, *según las señales percibidas gracias a una identificación profunda con él,* como por el ejercicio de una regulación de los tiempos y de los modos de intervención o de no intervención en los niveles de las múltiples comunicaciones con el niño». Según P. Marty, el fracaso o la deficiencia de esos procesos identificatorios de la madre con el niño finaliza en una desorganización parcial que afecta a las funciones en vías de desarrollo (programación). Por su parte, el niño posee aptitudes histéricas de identificación a su madre, aptitudes cuyo despliegue solo se hace posible en el curso del desarrollo a condición de que se ponga en funcionamiento un encuadre de *investidura materna discontinua*. Para P. Marty, la alternancia de investiduras, y la retirada de investiduras por parte de la madre hacia el niño es una condición fundamental para que se instaure en él un buen funcionamiento de sus funciones somáticas y luego psíquicas: «Idealmente la madre inviste afectivamente de una manera ni excesiva ni pobre (gracias a la regulación excitación-para-excitación) cada uno de los sistemas funcionales (respiratorio, ali-menticio, de excreción, de sueño, por ejemplo) de su bebé, luego desinviste esos sistemas para dejarlos progresivamente y, final-mente, confiar su regulación al propio sujeto». Esta discontinuidad de investiduras maternas se acerca a la concepción de M.Fain de la mujer alternativamente madre y amante en el momento en que retira sus investiduras maternas del niño para investir eróticamente al padre, retirada que da lugar a una censura, la de la amante, creando el marco dentro del que podrán desple-garse las aptitudes identificatorias histéricas del niño al deseo de la madre. Como lo demostró M. Fain, esta coyuntura ideal representa el preludio de la vida fantasmática.

El desarrollo de la función materna, según P. Marty, recuerda la concepción descrita muy tempranamente por Freud acerca de la *experiencia de satisfacción*, en el *Proyecto* (1895), tiempo estructurante de la formación del Yo. Para dar cuenta de la manera en que esos estados de necesidad del cuerpo encuentran cómo re-solverse en la experiencia de satisfacción, Freud admite la necesidad de una *intervención exterior*, exigencia ligada al hecho de que el bebé se encuentra en un estado de impotencia originaria (neo-tenia). La semejanza entre la naturaleza de esta intervención exterior y las cualidades requeridas por la madre (o su substituto) en el ejercicio de su función materna es muy esclarecedora, tal y como lo vemos en el texto de Freud citado a continuación: «La excitación no puede suprimirse sino por una intervención capaz de detener momentáneamente la liberación de cantidades en el interior del cuerpo. Esta clase de intervención exige que se produzca una cierta modificación en el exterior (por ejemplo, aporte de comida, proximidad del objeto sexual), una modificación, que en tanto que «acción específica», no debe efectuarse

sino por medios determinados. En estos estadios precoces el organismo humano es incapaz de provocar esta acción específica que solo puede realizarse a través de una ayuda exterior y en el momento en que la *atención de una persona vigilante se dirija hacia el estado del bebé.* Este último la alertó por el hecho de producir una descarga provocada por los cambios internos (los gritos del niño por ejemplo). La vía de descarga adquiere de esta manera una función secundaria de extrema importancia: la de la *comprensión mu-tua.* La impotencia original del ser humano se vuelve de este modo la primera fuente de todos los motivos morales».

En la tercera parte del *Proyecto*, Freud estudia el tema del objeto, del otro semejante, y define a este último en una noción-marco que designa como «complejo del próximo», noción que da cuenta del hecho de que el objeto pertenece al «mismo orden» que el sujeto, e insiste sobre el carácter de proximidad a él. No duda que la persona que da seguridad, que está atenta a las necesidades y deseos del niño, pertenece al complejo del próximo. Éste está compuesto, según la concepción desarrollada por Freud, por dos partes, la primera «no asimilable, el objeto», el otro en su alteridad irreductible, y la segunda, es el soporte de una actividad imitativa por parte del niño, que podríamos designarla como identificatoria. Sin ir más lejos, reencontramos en esos desarrollos teóricos precoces de Freud, la *noción de apuntalamiento narcisista primario* que intentamos poner en evidencia en la concepción de la función materna de P. Marty y en la de la censura de la amante de M. Fain.

Este recorrido teórico de la función materna se nos impuso asociativamente por la importancia económica que toma la función médica en los pacientes en estado de depresión esencial y que son informados de la aparición de una somatización grave. En los pacientes, la función médica adquiere un valor sustitutivo de la función materna, provisional, y de naturaleza regresiva. Su debilidad viene del hecho de que está fundada sobre una realidad externa, de naturaleza colectiva y relativamente indiferenciada, y que no se apoya sobre las cualidades de una función materna interiorizada. El abandono o alejamiento del apuntalamiento médico hacen correr el riesgo de precipitar nuevamente al paciente en el vacío de la depresión esencial. Ello es debido a que no hay descanso en las modificaciones psíquicas que ocurren, ya natu-ralmente en las relaciones del paciente con sus seres próximos, ya promovidas por el trabajo psicoterapéutico con un psicoanalista. Conocemos pacientes que habiendo sido curados físicamente por la medicina recaen en enfermedades psíquicas. La paradoja psicosomática se aclara con significaciones nuevas si consideramos que la irrupción de una somatización grave en un paciente en estado de depresión esencial activa provisionalmente *una función materna colectiva* que oponemos a la función materna individual y específica del sujeto en el que la interiorización faltó de manera más o menos grave en el curso de su desarrollo.

B. *La paradoja psicosomática y el patomasoquismo*

En su descripción de los aspectos evolutivos de la depresión esencial, P. Marty reconoció que ésta podía desaparecer espontáneamente en favor de una enfermedad somática que se constituye en el punto de partida de una reorganización regresiva: «La depresión esencial puede desaparecer de manera espontánea (enfavor de una reorganización regresiva traducida esta vez por la eclosión de una sintomatología positiva de orden mental o *somático*, consiguiendo por otra parte eventuales beneficios secundarios) o por la aparición de modificaciones relacionales exteriores (terapéuticas entre otras). Ello da lugar a la reestructuración del individuo en un resurgir general del tono vital y en la reorganización de un cierto número de funciones». Esta vía evolutiva corresponde bien a la coyuntura de la paradoja psicosomática, la dimensión paradójica se desprende del hecho de que una enfermedad somática pueda servir a la conservación del individuo y a su reconstrucción. Las bases conceptuales sobre las que P. Marty funda este suceso paradójico es el *sistema de fijación-regresión*, siendo la noción de fijación somática uno de sus grandes desarrollos teóricos.

En la perspectiva evolucionista de P. Marty, la evolución individual procede de movimientos alternativos entre instintos de vida e instintos de muerte, que acaban en una construcción funcional progresiva y jerarquizada hasta la punta evolutiva del programa individual humano, es decir, la organización edípica en pleno funcionamiento psíquico. Esta alternancia de movimientos de vida y movimientos de muerte deja tras sí plataformas de fijación-regresión en diferentes niveles de la organización funcional, en particular en el nivel somático. Estas plataformas de fijaciones somáticas son el lugar de una condensación sexual (vital) y están marcadas por un privilegio defensivo contra todo movimiento de desorganización. Cuando en el ejercicio de su función materna, la madre (o su sustituto) retira momentáneamente sus investiduras del niño, favorece un movimiento de regresión susceptible, según P. Marty, de «instalar auto-erotismos arcaicos en el nivel de los funcionamientos somáticos». De este modo, en condiciones ideales de desarrollo, la alternancia de procesos de desligadura y luego de religadura contribuye a la evolución individual del sujeto y a la creación de múltiples sistemas de fijación-regresión en el conjunto de su funcionamiento somato-psíquico.*La cartografía de las fijaciones somáticas que resulta de esto corresponde al conjunto de las investiduras narcisistas del sujeto.*

La noción de fijación somática fue ampliamente criticada en el mundo psicoanalítico por la dimensión aparentemente trans-gresora de esta terminología respecto a la extensión freudiana de la noción de fijación, limitándose ésta a las zonas erógenas (y a las fases sexuales correspondientes) del desarrollo de la libido. Enrealidad, pienso que su fundamento teórico está totalmente justificado y reposa sobre concepciones freudianas afirmadas desde los comienzos y jamás abandonadas por el fundador del psicoanálisis. Una de las hipótesis necesarias de Freud en referencia a su teoría sexual, desarrollada ampliamente en sus *Tres ensayos de la teoría sexual*, es la *bipertenencia pulsional de cada órgano o función somática*. En la

perspectiva de la primera teoría de las pulsiones, cada órgano está investido a la vez por las pulsiones sexuales y las pulsiones de autoconservación o del Yo. El conflicto entre esos dos tipos de pulsiones en el terreno de un órgano puede finalizar, como Freud lo mostró en *Una perturbación psicógena de la visión* (1908), en un disfuncionamiento somático cuyo éxito depende de la calidad del trabajo mental y de la funcionalidad de las defensas neuróticas. En caso de fracaso de la elaboración mental o de la deficiencia del mecanismo de represión, el órgano se volverá regresivamente el lugar de una sexualización anormal produciendo una perturbación funcional de naturaleza neurótica actual. En relación con la hipocondría, cuyo estudio sirvió a Freud para introducir el concepto de *narcisismo* en la teoría sexual, la *erogeneidad* orgánica se postula como una cualidad regular y fundamental para cada órgano, estando relacionada su elevación o disminución con el nivel de investidura narcisista. En caso de estancamiento narcisista, los síntomas hipocondríacos testimonian de la existencia de una sobrecarga erógena en una función somática. De este modo, vemos que la realidad que sostiene para P. Marty la noción de fijación somática, es la de un «reservorio de la pulsión de vida» (sexual), y se acerca a las nociones de erogeneidad orgánica o de sexualización de un órgano de las primeras formulaciones de Freud. Si miramos ahora la noción de fijación somática en relación al marco de la segunda teoría de las pulsiones, encontramos también las mismas convergencias con la concepción freudiana. La intricanción pulsional que es el origen de la dualidad pulsional, pulsión de vida-pulsión de muerte, concierne tanto al funcionamiento psíquico como a los funcionamientos somáticos. Para Freud, un estado de desligadura durable, sin capacidad de religadura por parte del sujeto, puede tener las más graves consecuencias para la vida de sus funciones somáticas. Allí también el destino de una desintrincación pulsional y sus consecuencias sobre el funcionamiento del soma, dependerán de la calidad de los procesos de elaboración psíquica. Para P. Marty, cuando se ponen en funcionamiento condiciones traumáticas, una mala mentalización será el lecho de una desorganización psíquica en la que la progresión podrá terminar en una enfermedad somática. Ésta es concebida como la resultante de dos fuerzas opuestas, la vertiente de la corriente contra-evolutiva, animada por movimientos individuales de muerte, y la vertiente de las plataformas de fijación somática, animada por los movimientos individuales de vida. En este lugar, el de la plataforma de fijación, las dos fuerzas se unen (o intrincan). De esta unión-intrincación depende entonces el destino psicosomático del sujeto, hacia la continuación de una desorganización, o hacia una reorganización de naturaleza regresiva. En un texto reciente *(Psicosomática y pulsión,* 1993), ubicando la somatización como un posible destino de las pulsiones, M. Fain da su plena significación a la noción de plataforma de fijación, según P. Marty, sobre la base de una sexualización en el *a posteriori (après coup)* de la función somática: «Esta posibilidad de encontrar, gracias a la somatización, una disponibilidad de posiciones de repliegue a partir de las cuales se puede poner en marcha un proceso de curación,

condujo a P. Marty a hablar de «plataformas de fijación». Esas plataformas se caracterizan por síndromes somáticos que hacen del soma un lugar jerarquizado, jerarquía en relación con la evolución. La complejización fracasada en mayor o menor medida desde el punto de vista mental, se restablece entonces en el nivel somático. Las plataformas de fijación tienen un carácter paradójico, responsable de una sintomatología que juega su papel en la conservación. La «desorganización progresiva» característica de las perturbaciones graves, marca el fracaso de esas plataformas de fijación».

Tengo que retomar ahora el conjunto de los resultados de mi análisis y desarrollar la hipótesis, que considero fundada, de un *patomasoquismo,* para dar cuenta del fenómeno de la paradoja psicosomática. Este sigue una trayectoria en dos tiempos.

El primer tiempo está marcado por la *desligadura*, tanto en el funcionamiento mental como en los funcionamientos somáticos. La psicopatología de la calma domina el cuadro clínico, como lo revelan la depresión esencial y las modalidades operatorias del funcionamiento psíquico. La insuficiencia de las bases narcisistas y el aplastamiento de los procesos de elaboración de orden psíquico sostienen esta patología de la calma. Silenciosamente, una o varias de las funciones somáticas se desorganizan y se desregu-lan, perdiendo sus ataduras con la unidad del organismo. Este primer tiempo de desligadura es un tiempo de silencio clínico. Respecto a la segunda teoría de las pulsiones en la que es necesario apoyarnos, el proceso de desligadura que aquí se pone en marcha se refiere a la acción de la pulsión de muerte desintrincada de la libido. La insuficiencia de libido narcisista y objetal, agravada por coyunturas actuales de heridas y de traumatismos, acentúa el movimiento de pérdida de calidad libidinal en el seno de las formaciones psíquicas. La desintrincación pulsional es entonces la consecuencia inevitable. La destructividad interna no ligada se dirige en parte hacia fines para-excitantes y calmantes, lo que ilustra la sintomatología operatoria. En el nivel de los funcionamientos somáticos, podemos suponer que la destructividad interna favorece el proceso de desregulación y de pérdida de la unidad fisiológica.

El segundo tiempo está marcado por las tentativas internas de *religadura psicosomática*; el descubrimiento clínico de una somatización constituye el nuevo punto de partida. En esta ocasión vimos que la función médica, y las actitudes de lo social en general, podían ejercer provisionalmente de función materna supletoria de orden colectivo. Estos aportes narcisistas secundarios vienen en ayuda de las capacidades internas deficientes de ligadura de la pulsión de muerte desintrincada. En este lugar, en el de una posible intricanción masoquista, se juega el destino psicosomático del sujeto.

Freud describió en *El problema económico del masoquismo* (1924), un masoquismo primario erógeno, estructura matricial de la intricanción pulsional, y dos formas clínicas de masoquismo secundario de carácter regresivo, el masoquismo

femenino y el masoquismo moral. Lo que caracteriza estas dos formas clínicas de regresión masoquista es que se sitúan en el *orden de lo psíquico.* El complejo de castración está en el centro del proceso de regresión y determina su naturaleza y profundidad. El masoquismo femenino es un masoquismo *perverso* en el que figuran fantasías masoquistas que el analista puede asociar a una culpabilidad mas-turbatoria infantil. Aquí la regresión es de orden libidinal y mantiene en su sitio al Superyo. Las fantasías masoquistas, nos dice Freud, «colocan a la persona en una posición característica de la feminidad y por lo tanto significan estar castrado, experimentar el coito o parir». El masoquismo moral es un masoquismo que se expresa en su forma manifiesta mediante los *comportamientos.* El sentimiento de culpabilidad está clínicamente ausente, lo que condujo a Freud a atribuirle un carácter inconsciente. En este caso la regresión concierne al Superyó que pierde su estatuto de instancia para reencontrar el estatuto de objeto. El efecto del proceso de regresión es la resexualización del Superyó: «La conciencia y la moral aparecieron debido a que el complejo de Edipo fue superado, desexualizado; mediante el masoquismo moral, la moral es resexualizada, el complejo de Edipo resucitado, una vía regresiva se abre desde la moral al complejo de Edipo». M. Fain mostró que el objeto surgido de la regresión de la instancia superyoica, era proyectado sobre el mundo externo y daba forma al adulto seductor y amenazante. Es fácil constatar que las dos formas de masoquismo secundario y regresivo descritas por Freud representan dos niveles cualitativos diferentes desde el punto de vista de la elaboración mental y, en particular, respecto a la fuerza del Superyó y a la integración de la castración en la organización edípica del funcionamiento mental.

Demos un paso más, y estaremos en condiciones de reconocer en el patomasoquismo una tercera forma clínica de masoquismo secundario y regresivo. Su contenido manifiesto es aquí somático. Contrariamente al masoquismo femenino y al masoquismo moral que guardan uno y otro relaciones más o menos laxas con el orden psíquico, el patomasoquismo se desarrolla en ruptura con él, *sobre otro registro: el del funcionamiento somático*. El fracaso más o menos grande y más o menos durable de la organización edípica condujo a este movimiento de báscula. A partir de la escena somática se juegan en adelante, en un primer tiempo, las posibilidades de reestructuración del sujeto que está ligada a la *resexualización de la función somática alterada por la enfermedad.* Ese proceso de resexualización somática tiene por consecuencia el acrecentamiento de las capacidades del sujeto para ligar la destructividad interna que obra sobre el terreno del órgano o de la función enferma. Esas nuevas posibilidades de intricanción pulsional justifican, a mi entender, el término de patomasoquismo.

Cuando escuchamos hablar a un paciente de su enfermedad, es frecuente que ésta sea traducida en términos de figuraciones sádicas o persecutorias. Algunos pacientes relatan sueños donde estas últimas son representadas por animales malévolos. Uno de mis pacientes, enfermo de una afección neurológica evolutiva, en tratamiento

psicoanalítico desde hace varios años, fue conducido en el *a posteriori (après coup),* y en el marco de un trabajo de elaboración, a dar sentido a su enfermedad desplazando en ella estas fantasías y proyectando allí las representaciones superyoicas represivas de origen materno. En cierto modo, su enfermedad cogió el relevo del mensaje materno de la castración por el padre, habiendo sido su madre intocable desde siempre, e impensables las representaciones agresivas edípicas referidas a ella. Estos materiales surgidos de tratamientos psicoanalíticos psicoterapéuticos, muestran en el *a posteriori (après coup)* cómo puede encami-narse el proceso de religadura psicosomática a partir de una re-sexualización somática en el marco del patomasoquismo. Estos materiales muestran sobretodo el monto de degradación y de pérdida de la calidad del Superyó al que puede llegar el sujeto en una coyuntura psíquica correlativa a la desorganización edípica. El patomasoquismo puede así devolver sentido en el *a posteriori (après coup)* a las figuras de la castración, bajo una forma regresiva y proyectiva interna (somática) permitiendo al sujeto, en las evoluciones favorables, conservarse y reconstruirse en un mundo objetal menos amenazante.

Estudio sobre el pensamiento operatorio

El funcionamiento operatorio en la práctica psicosomática*

PRESENTIACIÓN

Hoy día, la psicosomática no constituye simplemente uno de los campos de pertinencia del psicoanálisis, representa una de sus mayores encrucijadas. Sin embargo, sabemos bien que esta afirmación está lejos de ser admitida por todos como una evidencia. Se considera más bien como una concepción teórica entre otras. Conviene por ello resituar primeramente el hecho psicosomático en el conjunto de los contextos en los que participa. Principal-mente en dos: el contexto médico y el contexto psicoanalítico. La medicina ocupó por derecho y desde muy temprano el territorio de la psicosomática. Ello era natural pues se trataba de enfermedades en las que el sufrimiento se expresaba sobretodo en el plano somático. El enfermo se dirigía de manera natural al médico. En la historia de la medicina se pueden observar fácilmente períodos de exclusión y de inclusión de la dimensión psíquica de la enfermedad. En el contexto de la medicina occidental en la que vivi-mos, la dimensión psicosomática no es siempre admitida, y cuando lo es, está sometida a condiciones limitativas que habría que precisar. Según la concepción médica de la enfermedad, a ladimensión psíquica se le asigna el estatuto de *factor etiológico* entre otros. Habitualmente se puede considerar que se trata de un factor coadyuvante. Pero lo esencial está en otro lugar: la unidad de la concepción médica reposa sobre el *carácter biológico* de la enfermedad al que se agregan todos los factores. Disciplinas científicas modernas como la neuro-psico-inmunología, llevan lo más lejos posible las implicaciones de esta doctrina. Los efectos de esta objetivación científica de la enfermedad son fáciles de percibir: el enfermo siente que tiene prohibido enunciar una palabra, su propia palabra respecto a una enfermedad que escapó precisamente al trabajo psíquico. Tenemos que señalar aquí la gran verdad de G. Canguilhem: «El enfermo es una persona que experimenta el deseo de hablar a otra persona». En la medida en que esta última es un médico, es un proceso que funda la medicina y la instaura no como una ciencia, sino como una clínica. Por este hecho, la *dimensión subjetiva* del ser- enfermo no puede de ninguna manera quedar excluida de la relación

con el médico.

Por tanto, ¿debe el psicoanálisis sentirse concernido por las enfermedades somáticas, en el triple plano de la práctica, la clínica y la teoría? Esta cuestión tiene su historia en el propio seno del psicoanálisis. *Las neurosis actuales*, estudiadas muy tempranamente por Freud, representaban una categoría de pacientes que interesa-ban de hecho más a la medicina que al psicoanálisis. Siguen siendo para la psicosomática una referencia permanente. Recordaré en mi exposición la posición de Freud al respecto de forma impositiva: «Las neurosis actuales no interesan al psicoanálisis». Esta declara-ción freudiana, pesada de consecuencias, participó sin duda de la exclusión de todo un sector de la clínica psicoanalítica durante muchos decenios, hasta que los autores de *La investigación psicosomática* reintrodujeron en el seno de esta clínica las figuras de la psicosomática. Sin duda Freud dejó de lado las neurosis actuales en razón de su tropismo actual y factual, que implican de manera excesiva los mecanismos de la percepción y de la conciencia. Pre-ocupado por construir una teoría general del psiquismo fundada sobre los mecanismos inconscientes, no encontraba en ellas ilus-traciones para su proyecto. Sin embargo, después de la introducción del narcisismo en 1914, de la compulsión a la repetición y la nueva oposición pulsional, pulsión de vida-pulsión de destrucción en l920, las neurosis actuales fueron legítimamente el objeto de una reinterpretación inscribiéndolas en la filiación de las neurosis narcisistas, por un lado, y de las neurosis traumáticas, porotro. De este modo, la posición inicial de Freud no puede ser razonablemente defendida hoy día. El segundo obstáculo a la integración del hecho psicosomático en el campo del psicoanálisis está representado por la enfermedad somática en tanto fenómeno heterogéneo en el interior del marco psicoanalítico. Este obstáculo puede ser superado en la medida en que poseamos instrumentos conceptuales que funden un verdadero monismo psicoanalítico psique-soma. A partir de Freud, me parece indiscutible que el funcionamiento pulsional atañe tanto a las funciones psíquicas como a las funciones somáticas, y que desde allí da lugar a la fundación del monismo soma-psique. La línea de escisión pasa en adelante por el interior del campo de actividad de las pulsiones. Sobre estas bases psicoanalíticas es así posible el desarrollo de una concepción de la economía psicosomática.

Este preámbulo trataba de precisar una posición teórica general, la que considera a la psicosomática como uno de los objetos de trabajo del psicoanalista. Tengo que explicitar ahora lo que me condujo a elegir una interpretación del funcionamiento operatorio según la segunda teoría freudiana de las pulsiones y a concebirlo como una *enfermedad del Yo-segunda tópica*. La concepción metapsicológica del funcionamiento operatorio que propongo se inscribe en una corriente de pensamiento, la misma que creó la escuela de psicosomática psicoanalítica y de la que *La investigación psicosomática* representa su acta de nacimiento. Los psicoanalistas de la Escuela de París, reagrupados en torno a P. Marty, operaron una profunda ruptura en la historia de la psicosomática de la que describo las posturas en mi exposición. El

resultado de esta ruptura fue transformar el estatuto de la psicosomática, pasando del régimen de aplicación del psicoanálisis al de *práctica del psicoanálisis*. El pensamiento operatorio nace de esta nueva interpretación del hecho psicosomático. El hecho clínico de la vida operatoria, tal como P. Marty lo comunicó en sus trabajos y en su enseñanza oral, constituye un conjunto de materiales en los que la riqueza, la finura y la complejidad hacen de ellos una referencia y una base esenciales para todo acercamiento psicoanalítico. Mi experiencia clínica con pacientes operatorios, y según creo la de la mayoría de los psicoanalistas del IPSO[*], seinscribe en esta tradición heredada. La interpretación teórica que P. Marty construyó a partir de la realidad clínica de la vida operatoria, es indisociable de su *modelo evolucionista*. Representa una última consecuencia. Desde este punto de vista, esta interpretación es perfectamente coherente con el modelo general de la economía psicosomática tal como P. Marty la concibió. La elección de mi interpretación-segunda tópica freudiana resulta principalmente de dos observaciones clínicas:

1.El funcionamiento operatorio procede de una violenciainaudita que se ejerce a la vez sobre la vida psíquica y, cuandouna somatización se desarrolla, sobre las funciones orgánicas delpaciente.

2.El *conflicto* entre las pulsiones de destrucción (del quedan testimonio el funcionamiento operatorio así como el carácter evolutivo de la enfermedad) y las pulsiones de vida (que seexpresan en las capacidades de transformación psíquica del paciente), queda activo hasta los últimos instantes de la vida.

La segunda teoría freudiana de las pulsiones contiene los instrumentos conceptuales aptos para dar cuenta de la realidad de la destructividad que actúa en la enfermedad operatoria, y de la conflictividad entre destructividad y creatividad psíquica surgida del erotismo. Voy a resumir la discusión en torno a estos dos puntos a partir de dos nociones « martynianas « de *pulsión de muerte* y de *desorganización* en el marco de su modelo evolucionista y de su teoría de los instintos fundamentales.

Recordemos que para P. Marty la vida operatoria procede ya de una inorganización del aparato mental en el marco de una neurosis de comportamiento, ya de una amplia desorganización de ese mismo aparato mental en las neurosis de carácter. Tanto en un caso como en el otro, la vida operatoria comporta un riesgo importante de desorganización somática. Según la lógica del modelo evolucionista, el movimiento de desorganización tiene el estatuto de corriente contra-evolutiva cuya fuerza motriz es atribuida a los movimientos individuales de muerte. Como lo expuse en trabajos anteriores, si examinamos la concepción del funcionamiento pulsional en P. Marty, constatamos que la pulsión de muerte no tiene en él ninguna independencia en tanto que fuerzapulsional. Está indisociablemente ligada a la pulsión de vida de la que es la figura inversa, como la corriente contra-evolutiva no es sino la figura inversa de la corriente evolutiva. Pero el punto importante es: *la pulsión de muerte*

según esta concepción no tiene la calidad de una fuerza de destrucción. Lo que podría definirla mejor sería decir que es un movimiento o una corriente de deconstrucción que se activa cada vez que ocurre algo que obstaculiza el dinamismo constructivo de la pulsión de vida. Lo que la caracteriza no es la violencia ejercida contra las estructuras psí- quicas y somáticas, es decir, el convertirlas en pedazos, sino más bien el borrado progresivo y gradual según un orden determinado por el plan de la evolución en su trayectoria invertida.

Para P. Marty, los dos movimientos de desorganización y de regresión se oponen en que en el curso del primero ninguna fijación le hace obstáculo, mientras que en el curso del segundo las fijaciones constituyen diques que detienen el movimiento. En el plano clínico, esta oposición se ilustra por el par contrastado del borrado y de la expresión de las figuras mentales. La vida operatoria es la consecuencia más amplia y de la más profunda desorganización de la que el aparato mental puede ser objeto. Para P. Marty se traduce por un borrado generalizado de todas las funciones psíquicas, el paciente operatorio está entonces reducido a automatismos de supervivencia. Sin embargo, P. Marty no excluye que puedan desarrollarse reorganizaciones, a menudo parciales, ya de manera natural por razones de modificaciones del marco vital, ya por tratamientos psicoterapéuticos. Según la lógica del modelo evolucionista, una cierta forma de conflictividad puede comprenderse debido a las oscilaciones entre los movimientos de desorganización y de reorganización. Se trata de una conflictividad que se inscribe en un plan vertical entre niveles evolutivos diferentes. Es necesario comprender en profundidad que, según la concepción evolucionista, las reorganizaciones, fuentes de una recuperación evolutiva, tratan de reanimar las estructuras preexistentes que fueron momentáneamente borradas por la corriente de la desorganización. *Lo que falta a esta conflictividad, es la calidad de la capacidad transformadora del aparato psíquico como función específica de las pulsiones eróticas a partir del trabajo del inconsciente, función indisociable del marco de la dualidad pulsional.* Si la enfermedad operatoria representa una solución entre otras, solución a la vez psicopatológica y psicosomá- tica, es porque, en último análisis, constituye una solución devida, por pobre que sea, y asegura hasta la muerte la primacía de la vida. Los autores de *La investigación psicosomática* subrayaron el carácter trágicamente plano de la vida psíquica del paciente operatorio. Si todo el ruido viene de Eros, como escribía Freud, y la pulsión de muerte trabaja en silencio, por fuerza constatamos que en la lucha que opone las pulsiones eróticas a las pulsiones de destrucción en el paciente operatorio, prevalecen estas últimas. De ello intenta dar cuenta la enfermedad operatoria, concebida como una enfermedad del Yo-segunda tópica.

En mi exposición propongo un conjunto de hipótesis metapsicológicas que tienden a esclarecer la singularidad de la organización psíquica de los pacientes operatorios. Se trata de una forma de psicopatología que no podemos adaptar de la

misma manera a todo paciente operatorio. En el campo de la clínica, M. Fain recuerda frecuentemente que no existe ninguna forma ideal. Sin embargo, la construcción teórica nos constriñe a un trabajo de síntesis y de reagrupamiento de los datos clínicos (ellos mismos diversamente distribuidos en los pacientes), para separar las figuras relativamente específicas. ¿No fue siempre así, que los psicoanalistas desde Freud describieron las organizaciones neuróticas, las organizaciones psicóticas y los estados límites? Bastaba referirse a sus descripciones para convencernos. Sin embargo, y es una de las características de la investigación psicoanalítica, el trabajo del psicoanalista con ciertas categorías de pacientes, nos impone reelaborar las interpretaciones en relación a las relaciones clínicas y, al mismo tiempo, nos obliga a reexaminar las fronteras con las entidades clínicas vecinas. En este sentido, en mi exposición me vi obligado a presentar, paralelamente a una elaboración teórica de conjunto, un ejemplo de trabajo psicoanalítico con un paciente operatorio para mostrar mejor la dimensión dinámica, ya que es verdad —señalémoslo una vez más — que la realidad psicoanalítica es indisociable del trabajo psíquico que se opera entre dos actores, el paciente y el psicoanalista.

Llegados a este punto debemos ahora precisar ciertos hechos de la clínica de la enfermedad operatoria, en particular los relativos a la *cuestión de su desarrollo procesual*. La enfermedad operatoria es concebida en la presentación que hice, como una enfermedad del Yo. Esto quiere decir que el Yo, en su funcionalidad de instancia psíquica, está afectado en sus bases constitutivas, las mismas que lo fundan. Quisiera hablar de su organización narcisista primaria. El desarrollo de una enfermedad obedece esquemáticamente a un cierto plan procesual. Como Freud lo recordó, el primer movimiento pasa habitualmente desapercibido. En el caso de la enfermedad operatoria, éste correspondería a una desinvestidura del Yo en tanto que objeto psíquico, a la pérdida de la calidad libidinal, sometiéndolo entonces a la fuerza desobjetalizante de la pulsión de muerte. La depresión esencial sería el único testigo clínico de ello. Este primer tiempo es traumático. El segundo tiempo es un *tiempo de curación*. Corresponde a lo que observamos inmediatamente en la clínica: pensamiento operatorio, comportamientos autocalmantes, conformidad a los ideales colectivos y a la realidad social. Es un tiempo de curación en el que toda la polarización del Yo hacia la realidad le permite recuperar un sentimiento de estima perdido en el curso del primer tiempo. Pero es también un tiempo de curación en el que la realidad operatoria permite al Yo la mejor adaptación posible a las condiciones traumáticas a las cuales fue confrontado. Clínicamente el pasaje a la enfermedad operatoria es muy sensible. Se ve muy bien cómo el ruido de las angustias y del malestar en todas sus formas, da lugar a la calma y al borrado de las producciones psíquicas. Se tiene entonces el sentimiento de que el Yo no puede ir más allá de un cierto grado de deformación para salvar su coherencia. Está obligado a abandonar partes de sí mismo. El trabajo de la sesión revela los hechos metapsicológicos que sin-gularizan el funcionamiento operatorio. En el discurso del paciente no hay retorno

de ninguna representación reprimida, escindida o forcluída. La no disponibilidad de las formaciones intermedias parece imponerse. El acceso a la interpretación está muy a menudo bloqueado. Las razones de este estado de cosas son difíciles de comprender. Pienso que estamos en presencia de mecanismos de negativización y de neutralización que afectan el conjunto del trabajo de las representaciones. En una perspectiva psicosomática no es sorprendente que la aparición de una somatización calme paradójicamente al paciente como si, en ausencia de objetos psíquicos disponibles, los órganos y las funciones somáticas pudieran, en cierto modo, «arreglar el asunto». Estaríamos frente a un fenómeno de *objetalización orgánica*. Forma degradada e inadecuada de objetalización en la que, desde el punto de vista psíquico, el interés sería el de constituir una nueva potencialidad de retorno al movimiento de investidura del Yo, a condición de que el carácter mismo de la enfermedad no quede atrapado en esta nueva ocurrencia.

Según la concepción metapsicológica que propongo, la enfermedad operatoria, que reagrupa el conjunto de líneas de fuerza del funcionamiento operatorio, representa una *figura referencial*. En su forma más completa, se presenta con una apariencia cró- nica, y sus estructuras de sentido perdieron al máximo su relación con toda dimensión simbólica. Prevalece aquí la dimensión *económica*, la fuerza. Por otra parte nos encontramos en presencia de pacientes en los que la enfermedad operatoria reviste una forma menos completa, menos rígida, y en los que la evolución es más variable. Se trata de estados operatorios en la vida de esos pacientes, en los que la dimensión de adaptación de su Yo a ciertas condiciones traumáticas de la realidad es inmediatamente perceptible. En estos casos, las *estructuras de sentido* son más visibles y las deformaciones extremas sufridas por el Yo se inscriben más fácilmente en un cuadro defensivo. De cualquier modo, a mi entender, se trata siempre de una realidad *desobjetalizante* que el Yo actúa según un modo de organización de tipo operatorio. La realidad desobjetalizante podría ser definida como una realidad cargada de una pura cultura del instinto de muerte. Para mí, el ejemplo típico de esta cualidad de realidad está representado por la realidad administrativa, realidad colectiva indiferenciada y de-subjetivante. Cuando en la coyuntura humana objetal acontece precozmente, o más tarde en la vida de un sujeto una tal calidad de la realidad, el Yo reaccionaría electivamente según modalidades operatorias.

El examen de los datos estadísticos del IPSO, que reagrupa el conjunto de las investigaciones psicosomáticas que se desarrollan en el *Hospital Pierre Marty,* destaca una observación interesante: los ítem «vida operatoria» y «neurosis de comportamiento» de la clasificación IPSO-Marty aparecen poco, contrariamente a los de «depresión esencial», de «desorganización mental» y «neurosis de mala mentalización o mentalización incierta». De este examen resulta que la figura referencial de la enfermedad operatoria es menos frecuente en la clínica que los estados operatorios que sobrevienen en el curso de la vida de los pacientes. Esta indicación de la práctica del trabajo psicosomático con los enfermos somáticos nos

lleva a reflexionar sobre las relaciones entre estados límites y estados operatorios.

Estados límites, estados operatorios

El campo clínico de los estados límites es un vasto territorio con zonas intermedias y que A. Green describió como abierto a dos espacios: uno, interno, hacia el soma; el otro, externo, hacia la realidad. La noción de límite se concibe por A. Green, «no en términos de representación figurada, sino en términos de procesos de transformación de energía y de simbolización (fuerza y significación)». El acento puesto en esta concepción sobre la dimensión de lo *transformacional,* lo volvemos a encontrar en la noción de mentalización que opera una ordenación de las neurosis de carácter en la clasificación IPSO. Por ello pienso que es pertinente considerar las neurosis de mentalización mala o incierta de nuestra clasificación como estados límites, ya que la clí- nica confirma habitualmente esta identificación nosográfica re-velando la fragmentación de las representaciones de afecto y de pensamiento, el predominio del comportamiento y la tendencia a las somatizaciones. A. Green, en su descripción de los estados límites, subraya que «en los casos muy graves, se produce una exclusión radical por la escisión… que hace imposible el trabajo de la representación. Por ello, en lugar de ser solamente una limitación, se transforma en una parálisis del Yo en su función de juicio; en este caso no solo ciertas pulsiones son escindidas sino que, por el mismo proceso, importantes partes del Yo lo son igualmente». Observo aquí, una proximidad entre la concepción descrita por A. Green de casos muy graves de estados límites y la hipótesis central de mi exposición sobre el funcionamiento operatorio, la pérdida del Yo en tanto que objeto erótico y el proceso de desobjetalización al cual está sometido. Nos hacemos la siguiente pregunta: ¿El estado operatorio representa la forma más radical de los estados límites o constituye una figura psicopatológica original? Aunque la pregunta sea abierta, y los límites entre las diferentes figuras no estén siempre cortadas a cuchillo, y que haya siempre que tener en cuenta la dimensión transformacional, sostengo, apoyándome en argumentos a la vez clínicos, prácticos y metapsicológicos, *la hipótesis de la originalidad y singularidad del estado operatorio*.

En el plano clínico, no podemos sino estar convencidos del parentesco entre los estados límites y los estados de desmentalización. Encontramos tanto en unos como en otros una calidad específica de angustia, la de desvalimiento, una calidad particular de depresión, calificada de primaria o de esencial, una fragmentación de las redes de representación de afecto y de pensamiento, una perturbación del discurso y del juicio, y una cualidad particular del narcisismo, definida por A. Green como narcisismo falso y que, siguiendo a M. Fain, reconozco como narcisismo de comportamiento. Sin embargo, cuando el estado operatorio se instala, se produce un *verdadero salto cualitativo* del que testimonia de manera elocuente la clínica. Las angustias a menudo no se perciben, el sentimiento de vacío de la depresión esencial no es vivido ni asumido por el paciente, la fragmentación de las representaciones y de

los pensamientos da lugar a una linealidad del discurso y del pensamiento, todo ello vestido de conformidad. El blanco del pensamiento se vuelve hiper-claridad, imponiéndose al Yo desvalido del paciente. Se operan entonces dos tipos de transformaciones, del lado de la realidad interna, el paciente se comporta como si sufriera una *ceguera frente a su mundo inconsciente,* en adelante un muro lo separa del mundo de sus representaciones; del lado de la realidad externa, el paciente está sometido a una modalidad de lo real que lo emparenta con una formación psicótica. No se trata de una neo-realidad como en las psicosis delirantes sino, más bien, de una *forma de hipocondría de lo real.* La realidad en el paciente operatorio es desmesuradamente grande y se le impone en la plenitud de su sensorialidad. Es lo que le da ese carácter de convicción casi alucinatoria. De hecho, como lo señalo en mi exposición, la enfermedad operatoria constituye, a mi entender, un *tiempo de curación* de un primer tiempo definido por grandes perturbaciones del narcisismo. Su significación de contra-investidura se afirma por las transformaciones clínicas que caracterizan el desarrollo.

En el nivel de la práctica, lo que especifica mejor la relación operatoria es la *búsqueda de recetas.* Tarde o temprano, en el curso del proceso psicoterapéutico, llega inevitablemente la pregunta dirigida al analista: «¿Cómo se hace?». Esta pregunta responde al deseo de librarse por el camino más corto y más rápido de lo que se vive como una tensión interna amenazante. Todo el arte del psicoanalista consistirá en transformar la urgencia de esta pregunta, y su forma actuada, en un espacio de juego compartido en el seno del cual el paciente es invitado a identificarse al placer de su propio funcionamiento mental, según el modelo de su analista. En realidad, lo *que falta al paciente operatorio, es la capacidad de ausentar a su analista* en la situación de la relación analítica. Este procedimiento de la alucinación negativa del encuadre es necesario para la regresión del pensamiento. Es lo que le falta a este paciente en la mayor parte de los casos,

Finalmente, en el plano metapsicológico, la importancia que doy al proceso de desobjetalización en el funcionamiento operatorio se aproxima a la concepción desarrollada por A. Green en relación a los estados límites, fundada en la preeminencia de los efectos de la pulsión de muerte en su organización. Sin embargo, habría que distinguir varias categorías de efectos de la pulsión de muerte. Según A. Green, en los estados límites la pulsión de muerte actuaría por *mecanismos disyuntivos* de corte, de ruptura de las relaciones entre todo tipo de representantes, lo que él denomina escisión, y que conduciría a ese aspecto fragmentado del funcionamiento psíquico. Pienso que en los estados operatorios la pulsión de muerte actuaría por medio de *mecanismos de negativación, de neutralización y de extinción* de las cargas de excitación interna. Estos mecanismos fueron descritos hace mucho tiempo por M. Fain y sitúan los estados operatorios más allá del principio del placer, bajo el dominio de la compulsión a la repetición, inscribiéndolos en la lógica de los estados traumáticos. Sin duda existen relaciones internas entre los efectos disyuntivos

y los efectos negativizantes de la pulsión de muerte. ¿Corresponden a mecanismos graduales u operan en coyunturas diferentes? Según mi hipótesis, en cualquier caso la desinvestidura del Yo, en tanto que objeto del Ello, funda el proceso desobjetalizante bajo el efecto de la pulsión de muerte. Desde este punto de vista, el estado operatorio representa una forma radical de *trabajo de lo negativo*. ¿En qué nivel se sitúa el bloqueo de la expresión de las investiduras pulsionales eró- ticas y en qué configuraciones conflictivas con los objetos? Es una pregunta que queda abierta. Quiero señalar que la *negativación del representante afecto (quantum de afecto) de la pulsión* tiene un gran lugar en el trabajo de lo negativo.

INTRODUCCIÓN

El objeto de esta exposición es proponer hipótesis metapsicológicas en torno a una de las figuras centrales de la clínica psicosomática: los estados operatorios. Esas hipótesis están articula-das entre sí e intentan presentar una concepción original del funcionamiento operatorio.

La primera parte, histórica, retoma las etapas del proceso teó- rico que a partir de la metapsicología freudiana, condujo al descubrimiento del pensamiento operatorio en 1962. No quise escribir una historia de los sucesos de la psicosomática que llevaría a la presentación de uno de los capítulos más ejemplares sino que, totalmente adrede, quise discutir los soportes teóricos en los que reposa una clínica psicosomática moderna de naturaleza auténticamente psicoanalítica. Por ello, esta primera parte debe leerse como un preludio al posicionamiento de la psicosomática en la órbita de la metapsicología psicoanalítica y a su fundamento sobre la base de un monismo somatopsíquico organizado a partir de la actividad de las pulsiones.

La segunda parte, metapsicológica, tiende a hacer trabajar un cierto número de hipótesis, apoyadas en la observación clínica de un paciente operatorio afectado por una enfermedad cancerosa. La concepción de conjunto que resulta de ello sitúa el funcionamiento operatorio en el marco de una *enfermedad del Yo-segunda tópica.* La filiación teórica entre neurosis actuales, neurosis narcisistas y psicosomatosis es el núcleo de los desarrollos que presentamos aquí. Las hipótesis que tratan de explicar el funcionamiento operatorio destacan el papel de la alteración del valor funcional del objeto, del de los procesos de desligadura y de desobjetalización, la importancia axial del trauma y el apego vital a los ideales de la psicología colectiva.

A lo largo de este trabajo, la noción de operatorio está asociada a numerosos sustantivos. Aunque recubriendo la misma realidad, su elección fue dictada por el plan de análisis. Esquemáticamente, pensamiento operatorio, vida operatoria, o estado operatorio, delimitan las fronteras de un campo clínico original. El funcionamiento operatorio que es objeto de esta exposición designa diferentes constituyentes metapsicológicos que están en la base de esta realidad clínica y que proceden todos de la actividad de las pulsiones.

El pensamiento operatorio es un producto de la investigación psicosomática moderna. Es el resultado de los estudios empren-didos por la Escuela de

psicosomática de París entre 1958 y 1962 que culminaron en la publicación del libro *La investigación psicosomática,* aparecido en 1963, bajo la pluma de P. Marty, M. De M'Uzan y Ch. David. Fue presentado en el XXIII Congreso de psicoanalistas de lengua francesa en 1962, en Barcelona, por P. Marty y M. De M'Uzan. Este descubrimiento clínico tiene todaslas características de un descubrimiento científico. Representa en el campo de la clínica, la emergencia de una nueva entidad profundamente original en la que la definición y su puesta en evidencia pudieron precisarse únicamente a partir de un nuevo mé- todo de investigación y un nuevo acercamiento comprensivo. Como la mayoría de los descubrimientos científicos, el hecho mismo que contiene el pensamiento operatorio no es nuevo en sí mismo de manera absoluta; es probablemente tan viejo como la humanidad. Su novedad reside en su acceso al estatuto de objeto de estudio científico. El hecho es nuevo en el plano del conocimiento y no en el de la realidad. Para pasar de uno a otro, del plano de la realidad al plano del conocimiento, es necesario un largo proceso, el que sostiene todo descubrimiento científico fundado necesariamente en la historia, la creatividad y la elaboración psíquica. Este proceso conduce a desgajar en un campo de la realidad opaco en sí, es decir, indiferenciado, los elementos de una primera diferenciación de la que emergerá una forma apta para convertirse en un objeto de conocimiento. De este modo, el pensamiento operatorio, en tanto que descubrimiento clínico hoy día incontestable, solo pudo surgir de las relaciones íntimas de un proceso histórico, el del movimiento de la psicosomática psicoanalítica y los trabajos innovadores de un grupo de investigadores psicoanalistas de la Escuela de psicosomática de París. Este descubrimiento se sitúa en la encrucijada de dos historias. Una es la historia general de los descubrimientos científicos. Estamos obligados a preguntarnos por qué, si el pensamiento operatorio está presente en una gran cantidad de seres humanos, no emerge como objeto de conocimiento más que a principios de los años 1960 en Francia. Dicho de otra manera, ¿cuáles son las condiciones que permitieron su emergencia? La otra es la historia regional o local de los descubrimientos en el campo del psicoanálisis, y más particularmente de la psicosomática. Nos lleva a preguntarnos cómo en el curso del proceso específico de la investigación psicoanalítica, esta entidad clínica nueva adviene al conocimiento y a la conciencia.

El objeto de esta exposición es el funcionamiento operatorio. Hay muchas maneras de presentar un informe sobre una cuestión de orden científico. La primera es la de concebirlo como un documento. Se centraliza un tema presentando todas las tesis e interpretaciones al respecto según un orden previamente elegido, ya diacrónico, con una referencia histórica axial, ya sincrónico,articulado alrededor de algunas temáticas esenciales o problemá- ticas. El documento intenta ser exhaustivo, completo, y tiene por fin aportar a los lectores un conjunto de elementos sobre una cuestión determinada con una intención más o menos explícita de objetividad. La segunda manera es la de concebirlo como un ensayo. Aquí se trata de trabajar una cuestión según una cierta idea. El conjunto de problemas resaltados por esta cuestión

se agrega entonces al hilo conductor que representa esta idea. Se trata en suma de presentar una tesis sobre una cuestión determinada. Esta última concepción guiará mi exposición. La tesis que trataré de desarrollar puede enunciarse como sigue: desde 1920, Freud, en razón de dificultades de todo tipo, desarrolló nuevos instrumentos conceptuales formalizados en lo que se convino en llamar la segunda tópica y la oposición pulsional entre pulsiones de vida y pulsiones de destrucción, o de muerte. Esos nuevos instrumentos forman un cuadro teórico, a la vez necesario y, hasta un cierto punto, suficiente para dar cuenta de manera pertinente de las diferentes formas clínicas bajo las cuales aparece el funcionamiento operatorio en el curso del trabajo analítico. Esta tesis recorrerá mi exposición como un río de agua subterránea y lo nutrirá en cada una de sus partes.

Recordé al comienzo de esta introducción, que el pensamiento operatorio fue presentado a la comunidad de psicoanalistas en 1962. En esta fecha la psicosomática, en tanto que disciplina original, había producido ya numerosos trabajos, tanto en Francia como en el extranjero, particularmente en los Estados Unidos. Es decir, que en un breve lapso de tiempo su historia estaba ya bien consolidada. En efecto, fuera de los estudios realizados por psicoanalistas contemporáneos de Freud, tales como Groddeck, Deutsch, Ferenczi, la investigación psicosomática no se desarrolló verdaderamente hasta finales de la segunda guerra mundial. En una primera parte trataré de mostrar en qué contexto teórico y general se emprendió esta investigación, los problemas que tuvo que afrontar, los estancamientos encontrados, los interrogantes que puso en evidencia. Tomar en consideración ese proceso histórico me parece indispensable para comprender de dónde nació el pensamiento operatorio y sobre qué cuestiones teóricas y clínicas fue descubierto y concebido. Al mismo tiempo indicaré, cómo, muy pronto, la referencia explícita a las neurosis actuales, fue interpretada erróneamente por diversos autores, y su aplicación a la clínica psicosomática condujo a estancamientos teóricos del que nacieron nuevas cuestiones y nuevas maneras de abordar los problemas impuestos por la clínica. En estos autores me parece que la concepción freudiana de las neurosis actuales fue objeto de interpretaciones que subvierten el sentido original del descubrimiento freudiano. Continuando el hilo de los complejos desarrollos del pensamiento de Freud, la investigación psicosomática pudo encontrar su fecundidad. Rápidamente digamos que el núcleo de este cambio reside en la concepción de las organizaciones psicosomáticas como organizaciones narcisistas, o si queremos expresarlo de otra manera, como enfermedades del Yo. Freud mostró la vía que lleva a ello con el desarrollo de la segunda tópica y el análisis psicoanalítico del Yo por medio de las neurosis narcisistas, en el seno de las cuales, hay que pre-cisarlo, no imaginaba explícitamente las antiguas neurosis actuales. Trataré de mostrar las relaciones clínicas, teóricas y lógicas de este nuevo acercamiento de las neurosis narcisistas y el análisis de las organizaciones psicosomáticas. Este será objeto de la segunda parte de esta exposición.

A partir del trabajo psicoanalítico con pacientes con funcionamiento operatorio crónico o pasajero, vi interesante abordar el estudio psicoanalítico de ese funcionamiento en varias de sus dimensiones: el vector traumático y la construcción de esta realidad original que es la realidad operatoria; el vector del afecto y los procesos transformacionales en funcionamiento en el aparato psíquico que comprometen el valor funcional del Superyó y los destinos de la culpabilidad, el rol de los ideales y de la «psicología colectiva» en la organización narcisista desfalleciente de los pacientes. En fin, aunque el funcionamiento operatorio no se observa exclusivamente en pacientes que sufren afecciones somáticas, sus relaciones con lo somático, por su importancia histórica y su frecuencia, nos impone preguntarnos acerca de la naturaleza profunda de los problemas psicosomáticos que comprometen el dualismo pulsional en su formulación definitiva desde 1920.

En la historia de la investigación científica, el diálogo entre los hechos y la teoría es un dato constante, regular. El psicoaná- lisis no escapa a este funcionamiento. Pero parece que en este diá- logo es siempre la teoría, es decir, el pensamiento, quien tiene la última palabra. Es ella la que acoge los hechos y no al revés. Es ella quien constituye el marco en el interior del cual puede emerger un hecho nuevo. La historia de las ciencias nos ofrece innu-merables ejemplos de este orden. El descubrimiento de datos nuevos no reside por lo general en una exploración bruta de la realidad, sino en una nueva manera de concebir, de pensar la realidad. En suma, es la novedad del cuestionamiento la que hace surgir el hecho nuevo y no la observación bruta de la realidad. Se ve y se escucha con el pensamiento tanto, sino más, que con los sentidos. En su *Etiología de la histeria,* en 1896, Freud exponía a sus interlocutores críticos los resultados de sus investigaciones sobre la histeria. Buscaba mostrarles los lazos entre el síntoma histérico y las escenas traumáticas inconscientes. Su honestidad intelectual le condujo a expresar su decepción ante la primera tentativa de actualización de esas escenas en sus pacientes, en la medida en que estas últimas revelaban no poseer los necesarios y suficientes medios para resolver los síntomas. Prosiguió entonces de esta manera: «Comprenderéis cuán grande es la ten-tación de renunciar a proseguir este trabajo, que en todo caso es muy difícil. Pero quizás nos hace falta una idea nueva para salir adelante y para conducirnos a resultados válidos!… De este modo, la escena descubierta primeramente no tendría otra significación que la de ser un eslabón en el encadenamiento asociativo». Esta ilustración del modo de trabajar del pensamiento freudiano nos sumerge en el centro de nuestro tema. Considero que el pensamiento operatorio es el producto de un método de investigaciones psicosomáticas determinado y de un acercamiento psicoanalítico específico a los pacientes. Nos vemos obligados a constatar que el pensamiento operatorio no pudo ser descubierto por otros psicosomatólogos a partir de las observaciones psicosomáticas re-latadas en los trabajos anteriores a 1962. Esta constatación no puede explicarse como fruto del azar. El tomar en consideración todos los hechos del marco teórico contextual, es la única forma de explicar razonablemente cómo una

forma de pensamiento original, pero a la vez tan común, pudo revelarse al conocimiento en ese momento dado, y porqué se encuentra tan íntimamente ligado a los desórdenes psicosomáticos. Esta exposición intentará precisar las articulaciones estructurales del descubrimiento del pensamiento operatorio y de los procesos de teorización.

I. Historia de un descubrimiento psicosomático: el pensamiento operatorio

A. *Primeras orientaciones de la investigación psicosomática*

1. La «medicina psico-somática»

Mi finalidad no es contar una historia de la psicosomática desde que nació el psicoanálisis, historia por otra parte apasio-nante y rica de enseñanzas. Se trata desde la perspectiva de esta exposición, de hacer emerger de esta historia reciente hitos no-cionales, concepciones en torno a las cuales se organizó el trabajo del pensamiento de los primeros psicosomatólogos, y a partir de los cuales se constituyó una primera tradición intelectual en materia de psicosomática. Se trata de hecho, más de una historia teó- rica, que de una historia simplemente. Lo que consideraremos es la manera en la que los conceptos utilizados funcionaron en el campo de la clínica, y evolucionaron en el diálogo con ella, cómo algunos fueron abandonados para ser reemplazados por otros juz-gados más eficaces en el plano heurístico. Existen otras dos razones importantes para esta selección teórica de la historia de la psicosomática. La primera es la proximidad de la concepción de los primeros trabajos psicosomáticos con el desarrollo de las investigaciones primordiales de Freud. Como lo señalé en la introducción, los primeros psicosomatólogos eran contemporáneos de Freud, y algunos tuvieron con él discusiones muy ricas sobre el tema de la psicosomática. Después de la guerra, los primeros psicoanalistas que se interesaron en aplicar los conocimientos psicoanalíticos al campo de la medicina lo hicieron privilegiando un sector de la teoría psicoanalítica elaborada por Freud. Ya veremos que los primeros trabajos y las primeras concepciones de psicosomática se resintieron mucho por ello. La segunda razón está en relación con los psicosomátologos de la segunda generación quienes, precisamente en Francia, iban a realizar el descubrimiento del pensamiento operatorio. Ellos aprendieron en la tradición construida por los primeros psicosomatólogos, y podemos leer, en ciertas concepciones que elaboraron más tarde, los lineamentos de antiguas nociones teóricas. También daremos ejemplos de esto.

«En los países anglosajones se designa desde hace algunos años como *medicina psico-somática*, aparentemente a una nueva concepción de la patología. Ésta propone acercarse al hombre enfermo bajo su aspecto somático y psíquico al mismo tiempo.

No es necesario ver en ello la vieja y estéril querella de los organicis-tas y de los psicogenetistas, ni un aspecto del dilema orgánico o psíquico, sino un método que se propone descubrir la acción y la interacción en uno y otro». Estas palabras introducen la conferencia de Sacha Nacht, pronunciada el 17 de diciembre 1946 sobre el tema: *Introducción a la «medicina psicosomática»*. La lectura de este artículo, en adelante clásico, en el que Nacht introdujo ante los psicoanalistas franceses los trabajos de los psicosomatólogos americanos, Dunbar, Weis y English, indujo dos clases de reacciones que se contradicen la una a la otra, como lo ilustra el texto citado aquí arriba. Por un lado, constatamos que la *medicina psico-somática* es una nueva concepción de la patología que pone en su centro al hombre enfermo en su totalidad. Por otro lado, el autor la define en función de un método encargado de estudiar los dos campos somático y psíquico y los efectos recí- procos de uno sobre otro. De este modo, a pesar de las afirma-ciones de monismo somatopsíquico, varias veces repetidas por el autor, no podemos dejar de deducir del conjunto de la concepción desarrollada en ese texto un trasfondo *dualista* que va a marcar su huella en toda la *medicina psico-somática.*

El objetivo del método psicosomático del que da cuenta Nacht se precisa sin ambigüedades a continuación:

«1. Investigar en presencia de perturbaciones puramente funcionales (no acompañadas de ningún signo de lesión somática aparente) los factores psíquicos susceptibles de ser parcialmente o enteramente responsables de los síntomas».

«2. Poner en evidencia en presencia de afecciones somáticas caracterizadas, los elementos psíquicos que puedan jugar un papel en la aparición, la elección y la evolución de los síntomas, sus intensidades o sus reacciones a la intervención terapéutica».

Citando a Dunbar, Nacht valoriza la noción de observación psicosomática, añadiendo al examen clínico del enfermo y a los exámenes de laboratorio un estudio profundo de su personalidad. Como se ve, el psicoanálisis se utiliza aquí como un método psicológico más preciso y más profundo en la evaluación de las tendencias y de los conflictos psíquicos del paciente enfermo. Lo que conviene destacar es la calificación de instrumento psicológico asignada al psicoanálisis. Esta orientación conceptual, y el dualismo somato-psíquico que necesariamente se desprende de ello, se expresan de manera muy clara por M. Ziwar en su artículo «Psicoanálisis de los principales síntomas psicosomáticos» (1984): «Tomé la costumbre de asignar al psicoanálisis en el terreno de la clínica psicosomática, el papel de establecer una semiología psicológica en profundidad que haga de puente a la semiología somática. Es la confrontación de esas dos semiologías, sin preocupación de causalidad directa, la que nos permitirá abrazar la totalidad de los fenómenos que se presentan en el individuo enfermo, y nos aproximará a una visión de conjunto en la que los dos aspectos de la patología van a aparecer como repercusiones del fracaso fundamental de la adaptación».

Si separé de los primeros trabajos de la psicosomática fundadores de la corriente de la *medicina psico-somática,* la noción de *dualismo somatopsíquico* que está indisolublemente ligado a ella, se debe a los estancamientos clínicos y teóricos a los cuales conduce esta noción. Desde el punto de vista clínico, la concepción dualista de las relaciones del cuerpo y del psiquismo están en completa contradicción con el hecho psicosomático en su originalidad profunda y en su aprehensión humana intuitiva. La *medicina psico-somática,* se ubica así de entrada en una situación donde tuvo que enfrentarse a aporías irreductibles. Profundizar en el estudio psicoanalítico del paciente por un lado, y por otro, a la evaluación extremada de las funciones somáticas incrimina-das en la enfermedad no conducirán nunca a una captación unitaria del hecho psicosomático. Esta doble aproximación, por profunda que sea, a lo máximo que puede conducir es al establecimiento de *correlaciones* entre las características de la personalidad y una configuración somática patológica. A esto se con-sagraron los investigadores de la corriente de la *medicina psico-somática*. Los trabajos de Dunbar y de Alexander en los Estados Unidos, de Ziwar en Francia, ilustran esta orientación de la investigación. Así, los estudios de Dunbar llegaron a la descripción de perfiles de personalidad ligados cada uno a una entidad mórbida. Para comprender con amplitud el carácter descriptivo de la evaluación psicológica de los pacientes, y la utilización de conceptos del psicoanálisis en un marco que le es fundamentalmente inapropiado ya que tiene la intención de recoger elementos de una observación objetiva, damos el ejemplo reportado por Nachten su conferencia sobre los hipertensos vasculares: «Habitualmente dueños de ellos mismos, no muestran su sensibilidad sino de una manera explosiva. La tensión psíquica se extiende a los músculos lisos y al aparato motor… En el plano psicodinámico, el rasgo predominante reside en su imposibilidad de dosificar y adaptar su agresividad. Este defecto es consciente como nos lo muestra el horror que sienten en manifestar su descontento o su hostilidad. Acumulan sus resentimientos, tratando de controlar-los el mayor tiempo posible y sucumben de vez en cuando a las crisis de cólera… En el plano inconsciente, existe en estos enfermos un conflicto infantil no resuelto entre sus pulsiones activas y pasivas: por una parte necesidad de actuar, de dominar, de imponerse pero, al mismo tiempo, un igual deseo de sumisión, de ser protegido, amado. Contrariamente a otras personalidades con un conflicto semejante, estos enfermos se sienten incapaces de encontrar en algún momento una posibilidad de descarga para sus pulsiones agresivas». Vemos con claridad que colocándose de esta manera, utilizando el psicoanálisis como un instrumento exclusivamente psicológico, el psicosomatólogo animado por el deseo de investigar, se expone a privarse de todos los beneficios que el psicoanálisis podría aportarle, tanto desde el punto de vista de sus conocimientos clínicos como de su comprensión teórica del hecho psicosomático. Además, los resultados desde el punto de vista terapéutico, no son sino limitados y relativamente superfi-ciales. Si nos interrogamos sobre las razones profundas y esenciales de este estancamiento, nos vemos conducidos a pensar que reside en que

esos psicosomatólogos aplicaron los conocimientos psicoanalíticos al campo clínico médico, en lugar de ubicarse como psicoanalistas frente a enfermos, tratando de utilizar todos los recursos posibles del método psicoanalítico.

Este recorrido a través de los primeros trabajos históricos de la corriente de la *medicina psico-somática* no me hace olvidar el tema que trato aquí, el del funcionamiento operatorio. Se comprende que esta primera orientación de la investigación que privilegia el estudio psicológico de la personalidad y los conflictos que la animan, echaba en falta la captación de una forma de pensamiento, el pensamiento operatorio, tan confundido con un pensamiento normal. No podían encontrar estos pacientes porque su trayectoria no pasaba por donde ellos estaban. En cierto modo era algo parecido a: ¡Circulen, no hay nada que ver! Vimos de qué manera psicocosomatólogos como Dunbar utiliza-ban con facilidad los conceptos de conflictos infantiles y de inconsciente en sus pacientes psicosomáticos. Otros como Alexander, llevaron más lejos aún la problemática del conflicto psíquico y sus relaciones con una afección somática determinada. Lo que he tratado de separar a través de este desarrollo, es el límite que marca el resultado de una investigación en el campo de la clínica psicosomática. El pensamiento operatorio está en otro sitio, en otro espacio de conocimiento, más allá de este límite que los instrumentos conceptuales todavía en vigor no permitían imaginar. Sin embargo, más acá de este límite, los numerosos trabajos de *medicina psico-somática* produjeron resultados que, aunque desi-guales, fueron apreciables. El centrarse en las enfermedades, la referencia a las grandes categorías de la nosología médica, siguen siendo una vía privilegiada en la investigación psicosomática moderna. Sin embargo, es abordándola desde otro ángulo, ubicándonos desde un punto de vista auténticamente psicoanalítico, que podremos comprender mejor los hechos psicosomáticos específicos. Quedándonos en un campo estrictamente clínico y empírico, la cuestión de la validez de los resultados de los trabajos y de la aproximación a la *medicina psico-somática* se centró principalmente en la noción de correlación somato-psíquica.

Veremos más adelante, que el cuestionamiento de esta validez fue uno de los elementos que llevaron al abandono de esta orientación de la investigación en Francia.

Anuncié que el dualismo soma-psique implicado en la concepción del pensamiento de la *medicina psico-somática* conduce a dos tipos de estancamientos, clínicos y teóricos. Después de haber evocado los primeros, precisemos los segundos. Casi todos los trabajos de *medicina psico-somática* establecen una concepción nueva de la medicina según la cual el hombre enfermo debe ser aprehendido en su totalidad, y no por sectores. Como vimos, esta afirmación de monismo no resiste al análisis. Creímos deducir de estos trabajos una incontestable aproximación dualista somatopsíquica, en la medida en que no consideramos que la suma de un estudio psicológico y de un estudio fisiológico sea igual a una concepción monista. Sin embargo, ¿cómo es posible que estos autores mantuvieran esta afirmación de

monismo y en qué la fundan? El mantenimiento de esta afirmación monista está implicada en el estatuto mismo del hecho psicosomático. Se puede decir que está en el centro de su identidad. No se puede imaginar un psicosomatólogo cuyas investigaciones no se fundasen en una intuición de base monista respecto al hecho psicosomático. El problema no está ahí. El problema es la concepción teórica que sustenta e interpreta ese monismo y lo hace vivo y pertinente en el plano heurístico. Por ello, cada uno de los autores que citamos se sintió empujado a elaborar una superestructura monista por encima de una concepción que era de hecho dualista. Había que encontrar una solución para salir del bloqueo teórico. Normalmente la solución escogida se basa en una noción general a la que se pide dar cuenta, tanto del curso de los procesos psíquicos como de los mecanismos fisiológicos. Así, para Nacht, «el hombre —como todo organismo viviente, planta o animal— es un transformador de energía. Esta energía emplea dos grandes vías para descargarse, una somática, a través de todas las funciones generales del metabolismo, otra psíquica, a través del comportamiento, el conjunto de conductas y procesos mentales. Tiende por una y otra vía a convertirse en acción bajo diferentes formas que tienen todas como resultado el mantenimiento de la vida». Vemos aquí la utilización del concepto vago de energía, cuya naturaleza no se precisa, pero que está conducido a operar indiferentemente en los campos psíquico y somático. Postular que los procesos psíquicos o fisiológicos están sostenidos por la acción de fuerzas o de energía no es en sí chocante desde el punto de vista del razonamiento científico. Pero sorprende constatar en las formulaciones del autor que esta noción tan fundamental está tan poco trabajada. Como si nos pudiéramos contentar con la idea general de que todos los fenómenos vivos están animados por la energía. Ante una tal hipótesis, habría que comenzar por preguntarse lo que, por una parte, el psicoanálisis pudo decir y cómo éste elaboró el concepto de energía y, por otra parte, confrontar esta hipótesis con la larga historia de la biología. Podríamos decir que a continuación de tal examen, de un inventario de la cuestión, se llegaría seguramente a la constatación de una evidente *heterogeneidad* entre los procesos psíquicos y los procesos biológicos. Heterogeneidad no solo en la manera de abordar el tema, sino en la naturaleza misma de los problemas originados por él. La biología tiene una larga historia y atravesó en el curso de esta historia numerosas crisis teóricas. Cada una de ellas está dominada por un concepto mayor que es el encargado de dar cuenta del conjunto de los fenómenos vivos. Así vimos desfilar mecanismo, vitalismo, el concepto físico-químico, la genética. Hoy día, parece que la teoría de la evolución, completada con la de la genética, es decir, lo que se decidió llamar *neodarwinismo*, ofrece un marco conceptual al conjunto de las investigaciones biológicas. En el interior de este marco, la vieja noción de energía se transformó, y no podemos utilizarla igno-rando su alto grado de diferenciación y de complejidad en el interior de las funciones de los seres vivos. Por su parte, el psicoanálisis tiene también una historia jalonada de crisis, historia confundida hasta cierto punto con el trabajo científico de Freud. La cuestión

energética fue planteada muy tempranamente por él mismo, y recubre en la metapsicología el punto de vista econó- mico. Pero, desde el punto de vista psicoanalítico, lo importante es que no se puede disociar la hipótesis energética del *marco pulsional* en el interior del cual cobra sentido y pertinencia. Desde ese punto de vista, no se puede concebir otra energía que la pulsional. Dicho de otra manera, ubicar la cuestión de la energía sos-teniendo los procesos psíquicos bajo el ángulo del psicoanálisis, excluye toda otra naturaleza que no sea pulsional en la definición de esta energía. Ya vimos que si no se toman en consideración las estructuras conceptuales en el interior de las cuales se sitúa una cuestión determinada, al examinar este tema y al enunciar proposiciones hipotéticas, se corre el riesgo de hacer una amalgama entre datos heterogéneos y finalizar de este modo inevitablemente en estancamientos teóricos. En la concepción energética formulada por Nacht, en la que la finalidad es reunir la vertiente somá- tica y la vertiente psíquica de la unidad psicosomática, la amalgama es sorprendente como se puede ver a continuación: «Cuando la tendencia afectiva en juego no puede encontrar satisfacción, ya sea por obstáculos exteriores o interiores (provocados por una inhibición subjetiva), y la tensión se vuelve demasiado penosa, el conflicto es a veces eliminado de nuestra conciencia. Vuelto inconsciente corre el riesgo de ser todavía más nocivo psí- quica y somáticamente. Lo que diferencia dinámicamente el proceso consciente del proceso inconsciente, es la canalización de su energía. Esquemáticamente hablando, se puede decir que en el primer caso está dirigida a través del córtex, y principalmente las vías piramidales, en el segundo, coge un circuito reducido, formado por los centros sub-corticales y el sistema neuro-vegetativo».

Lo que revelan estas líneas no es, como el autor intenta de-mostrarnos, la prueba de que los fenómenos psíquicos y los fenómenos somáticos están sometidos a la misma problemática de una energía común cuyas leyes de descarga la conducirían a circuitos que alimentan tanto las funciones psíquicas como las funciones somáticas; lo que estas líneas revelan, es una considerable yuxtaposición de nociones y conceptos pertenecientes a campos epistemológicos diferentes. Revelan también la formulación de una concepción que no tiene en cuenta la heterogeneidad de los objetos que intenta tratar e integrar en un mismo conjunto. De este modo se mezclan en un mismo envoltorio, dos concepciones tópicas del espacio, una *psicoanalítica*, diferenciando un lugar psíquico consciente de un lugar psíquico inconsciente, otra *anatómica,* diferenciando el cortex de los centros sub-corticales, así como las vías motrices piramidales de las vías neurovegetati-vas. También se reúnen dos concepciones económicas, una que se refiere al destino de la pulsión (la satisfacción de una tendencia), y la otra referida a una representación de los circuitos eléctricos en el sistema nervioso. En definitiva, la superestructura monista elaborada por Nacht para intentar dar cuenta de la unidad psicosomática con la representación de una energía común, termina por mostrar su verdadera naturaleza que es, como ya vimos y sin ambigüedad, biológica. Es como si durante un conflicto el juez tomara partido por

una de las partes. La solución escogida no es satisfactoria y siembra confusión en las dos partes. De la misma manera podría mostrar que la concepción desarrollada por M. Ziwar, según la cual los dos conjuntos —psí- quico y somático— de la patología, aparecerían como repercusiones del fracaso fundamental de la adaptación, acaba por dar la prioridad a la biología como esquema director y organizador de la unidad psicosomática. No continuaré con este análisis porque trataba simplemente de ilustrar a través de un ejemplo, los estancamientos teóricos a los que conduce la concepción dualista cuando trabaja sobre el hecho psicosomático.

Digámoslo rápidamente, el pensamiento operatorio no fue descubierto hasta que las condiciones metodológicas conceptuales y teóricas de la investigación psicosomática evolucionaron lo suficiente como para ofrecer a la observación del hecho psicosomático un marco auténticamente monista. La creación de estas nuevas condiciones es inseparable de un retorno al espíritu psicoanalítico, tanto en su estado como en su método. Una vez más es muy instructivo para la cuestión que discutimos, referirnos al modo de trabajar del pensamiento de Freud. Antes de interesarse por la psicopatología y descubrir el psicoanálisis, Freud, como el conjunto de los investigadores de su época, tenía esquemas de pensamiento dualistas en la aproximación a las relaciones entre soma y psique. *Su monismo es una adquisición de sus descubrimientos psicoanalíticos*. Es por lo tanto secundario y ligado a su experiencia clínica y teórica del psicoanálisis. Este punto es fundamental. Repitámoslo, el monismo de Freud no es un postulado abstracto, originado en una creencia personal o una adhesión a una mitología colectiva, es una hipótesis científica hecha necesaria para la coherencia de su doctrina. La adquisición de esta hipótesis monista en el trabajo teórico de Freud representa una convulsión considerable, no solamente en la concepción de lo humano, y particularmente en lo que concierne a las relaciones entre lo somático y lo psíquico, sino también en el campo del pensamiento en general. ¿En qué consiste esta revolución del pensamiento? En que Freud desplaza la cuestión del dualismo hacia otro terreno. Para él no se trata de oponer el psiquismo a las funciones somáticas. No se trata tampoco de reunirlos en una misma representación de cualquier metabolismo orgánico básico. Si a menudo dijo que el psicoanálisis debía ser concebido como una superestructura que reposaba sobre una base orgánica, esto jamás contradijo para él las lecciones del psicoanálisis. Estas lecciones, las sacó principalmente de su trabajo con las histéricas. Lo que funda el monismo de Freud, es la sexualidad. Para ser más precisos y más cercanos al texto freudiano, deberíamos decir: *lo que funda el monismo de Freud, es la actividad de las pulsiones.* En efecto, las pulsiones, en su primera versión así como en su versión definitiva, ejercen su actividad tanto sobre las funciones psí- quicas como sobre las funciones somáticas. He aquí la idea nueva que funda un monismo real, y no una fachada, que proviene de la experiencia clínica del psicoanálisis y se convierte en una hipótesis necesaria en los encadenamientos teóricos de la doctrina freudiana, y no una simple fachada. A partir de aquí el dualismo psique-soma no tiene pertinencia en el

enfoque psicoanalítico. *La línea de escisión pasa por el interior del dualismo pulsional.* Así, si seguimos esta revolución freudiana, esta nueva mirada sobre la realidad humana, no se puede considerar el hecho psicosomático sino como un producto de la construcción o de la deconstrucción del juego pulsional.

Desde el punto de vista histórico y teórico es muy importante que los grandes cambios conceptuales se hayan producido a partir de la histeria. En su *Etiología de la histeria*, ya citada (1896), Freud se expresa así: «Con el fin de coordinar mis observaciones, la única tentativa que hice para explicar los mecanismos fisiológicos y psíquicos de la histeria, me condujo a considerar la intervención de las fuerzas pulsionales sexuales como una hipótesis indispensable». Paralelamente, sus trabajos sobre las neurosis actuales, lejos de debilitar su edificio teórico y el puesto central dado a la sexualidad, van a completar y mostrar la parte sombría que recubren estas otras figuras clínicas comparativamente,si podemos permitirnos esta expresión, a la zona de luz que representa la histeria.

2. *La referencia a la teoría de las neurosis actuales*

Los primeros psicoanalistas que se interesaron en la *medicina psico-somática* hacen casi todos referencia a la teoría de Freud sobre las neurosis actuales para fundar sus concepciones teóricas. A primera vista este hecho parece muy comprensible desde el punto de vista clínico y teórico. Desde el punto de vista clínico, Freud describió muy pronto las organizaciones neuróticas en el seno de las cuales figuraba una constelación de síntomas somáticos no conversivos, ya que no se los asociaba a un mecanismo histérico. La comparación entre estas observaciones tempranas de Freud y las que en un medio médico habían hecho los psicoanalistas con enfermos somáticos, era, si no evidente, por lo menos comprensible. Desde el punto de vista teórico, los hechos de observación médicos necesitaban un marco conceptual para incorporarlos e interpretarlos. Dicho de otra manera, para darles un sentido. Este marco estaba allí como esperando para ser utilizado. Solo hacía falta servirse de él. Y así ocurrió. En adelante, la teoría de las neurosis actuales, se convirtió en el marco conceptual que iba a organizar toda la abundancia y la diversidad de la patología médica. Con estas herramientas la *medicina psico-somática* podía empezar a investigar.

Pero he aquí que, mediante un examen más atento de esta cuestión, descubrimos una serie de problemas que aparentemente no habían sido ni señalados ni, menos aún, trabajados. ¿Los autores de estas primeras aproximaciones entre las neurosis actuales descritas por Freud y la patología médica que ellos mismos habían estado observando en un marco hospitalario, se pregun-taron si se trataba de los mismos pacientes? ¿La situación en la que se encontraba Freud cuando trataba de analizar estos «ner-viosos» que venían a verle a su consulta privada, era la misma conla que se encontraban estos primeros psicoanalistas «invitados» a observar pacientes enfermos en un servicio hospitalario? Freud veía pacientes ansiosos, neurasténicos o hipocondríacos en los que trataba de comprender el mecanismo de formación de sus síntomas, dentro de un

marco conceptual y teórico enteramente habitado por su experiencia psicoanalítica de las neurosis de transferencia, en particular la histeria. En el hospital, la observación de los enfermos somáticos por los psicoanalistas no podía estar sometida a una presión del marco conceptual médico, cuyos componentes biológicos y fisiológicos eran dominantes. Esta heterogeneidad contextual condujo necesariamente a tensiones y separaciones en la comparación clínica y teórica de los enfermos, y marcó, como ya vimos, todas las concepciones de la corriente de la *medicina psico-somática.* Una de las consecuencias sorpren-dentes de esta situación fue el *desvío* del sentido que Freud había dado a su concepción de las neurosis actuales. Parece ser que los autores no se hubieran percatado del deslizamiento que operaron subrepticiamente respecto a la teoría freudiana que, sin embargo, estaba explícita y repetida numerosas veces en sus escritos. Vamos a tratar de mostrarlo a partir de dos ejemplos, uno sacado de Nacht, ya citado en el texto, y otro de Ziwar, también citado anteriormente.

Para Nacht: «Las leyes dinámicas que dictan los procesos patológicos, formulados por Freud, parecen poder aplicarse a la patología general. Por otro lado, Freud fue el primero en sostener que los conflictos psíquicos que conllevaban represiones susceptibles de bloquear y, por ello, de perturbar las corrientes energéticas, podían crear una tensión responsable de alteraciones funcionales primero, y lesionales después. La *medicina psico-somática* busca respuesta a múltiples cuestiones que derivan de esta concepción». Lo que revela este texto es, por un lado, una interpretación personal de la teoría general de las neurosis de Freud, en particular de las neurosis actuales y, por otro lado, la afirmación que la concepción freudiana, *así interpretada*, constituye la base teórica de todas las cuestiones planteadas por la *medicina psico-somática*. Las leyes dinámicas a las que aquí se hace referencia, conciernen los movimientos y transformaciones de energía en el interior de cada uno de los espacios psíquicos y somáticos, así como entre ambos espacios. Estas leyes reflejan para Nacht las leyes de la termodi-námica, conservación y transformación de energía. Pero, además, el autor afirma que estas leyes no solamente dictan el proceso psicopatológico, sino que también *han sido formuladas por Freud*. ¿Podemos considerar correcta esta afirmación? No nos parece evidente. Parece que lo que se produjo aquí es una interpretación que desplazó el sentido freudiano de su contexto original hacia el contexto elegido por el autor. Este deslizamiento no es explí- cito, y la afirmación de que se trata de una proposición freudiana viene a enmascararlo. El contexto original freudiano me parece que es el siguiente: los movimientos y las transformaciones psí- quicas a las que se refiere Freud en su teoría de las neurosis, conciernen exclusivamente los destinos de las pulsiones y los de sus representantes psíquicos, y la energía de la que habla es una energía que tiene la cualidad de la *sexualidad.* De ningún modo se trata de una energía neutra. Si los síntomas neuróticos están concebidos como modos de satisfacción pulsional sustitutivos, es a causa de una serie de operaciones, como la represión, la regresión y las fijaciones de la libido, de las que los puntos de vista tópico, dinámico y

económico intentan dar cuenta. El contexto que sostiene la interpretación de Nacht puede ser reconstruído a partir del conjunto de formulaciones expresadas en su artículo y parece depender de un marco conceptual que podemos calificar de neurofisiológico. La sexualidad ha sido eliminada y la energía es atribuida a una cualidad física. En lo que sigue inmediatamente al texto citado más arriba, Nacht, desde esta perspectiva, va a buscar pruebas en el campo de las experiencias de laboratorio, refiriéndose a investigadores como Pavlov, Cannon o Lidell. Así concluye sobre estas experiencias, que según él, «confirman las observaciones psicoanalíticas, aportan un inicio de prueba a las hipótesis formuladas desde hace tiempo, concretamente ésta: si las tendencias psíquicas no encuentran una descarga a través de la acción satisfactoria, pueden aparecer no solamente alteraciones psicopatológicas, sino también alteraciones somáticas, funcionales primero y lesionales después». Si continuamos el análisis del texto de Nacht, constatamos una distancia sensible entre la interpretación neurótica (neurosis actual) de las alteraciones somá- ticas que sobre ellas da el autor y lo que formula Freud en el artículo de referencia sobre las neurosis actuales: Está justificado separar de la neurastenia un cierto complejo sintomático bajo el nombre de «neurosis de angustia» (1895). En efecto, Nacht evoca la formación de síntomas somáticos como resultado de una serie de operaciones que podemos descomponer de este modo: 1/ conflictos psíquicos; 2/ represiones; 3/ perturbaciones de los movimientos de energía y de tensión; 4/ alteraciones somáticas. Com-paremos este texto con el de Freud: «Lo que lleva a la neurosis de angustia, son todos los factores que impiden la elaboración psíquica de la excitación sexual somática. Las manifestaciones de la neurosis de angustia aparecen cuando la excitación somática, se deriva fuera del psiquismo y se gasta de una manera subcortical en reacciones totalmente inadecuadas». En su concepción de las neurosis actuales que hemos resumido aquí, Freud insiste acerca de tres nociones: 1/ la sexualidad es de orden somático y no psíquico; 2/ los mecanismos de elaboración psíquica son insuficientes; 3/ no hay conflictos psíquicos (neuróticos) en el origen de los procesos que conducen a las alteraciones somáticas (excitación derivada fuera del psiquismo). Podemos de esta manera precisar la separación que existe entre la interpretación de Nacht y las formulaciones de Freud. Para Nacht, son los mecanismos *psiconeuróticos* los que se postulan como el origen de las transformaciones energéticas y de la formación de los síntomas somá- ticos (conflictos psíquicos, represión). Para Freud, los síntomas somáticos de la neurosis actual son la consecuencia de los *efectos directos* de la función sexual sobre los órganos, fuera de toda problemática psiconeurótica.

Para M. Ziwar, la teoría freudiana de las neurosis actuales representa igualmente el marco conceptual que funda su concepción de la *medicina psico-somática* Escuchémosle: «Freud ya había presentido la naturaleza de los problemas que son actualmente el objeto de los estudios psicosomáticos y había indicado su relación con el psicoanálisis en un artículo titulado «La alteración psicógena de la visión en la

concepción psicoanalítica» (1910). Me permitiré traducirles los siguientes párrafos de este artículo, párrafos que *fundan la medicina psico-somática*». Para entender mejor el desvío del sentido freudiano que implica la traducción de M. Ziwar, cito el conjunto del fragmento del texto freudiano escogido por el autor: «Así el psicoanálisis también está presto en acordar, incluso en postular, que todas las alteraciones funcionales de la visión no pueden ser psicógenas como las que provienen de la represión de la escoptofilia erótica. Si un órgano que sirve a las dos pulsiones intensifica su *papel erógeno,* podemos esperar de una manera general que ello no ocurrirá sin que su excitabilidad y su inervación sufran modificaciones que se manifestarán mediante alteraciones de la función del órgano que está al servicio del Yo. Y si vemos un órgano que normalmente sirve para la percepción sensorial comportarse directamente como si fuera un órgano genital cuando se produce un incremento de su *papel erógeno*, no nos parecerá extraño que se pro-duzcan en él modificaciones tóxicas. En ausencia de un término mejor, se deberá utilizar el antiguo e inadecuado nombre de «alteraciones neuróticas» para las dos clases de alteraciones que resultan de una intensificación de la *significación erógena*, tanto las de origen fisiológico como las de origen tóxico. Las alteraciones neuróticas de la visión tienen la misma relación con las alteraciones psicógenas, que de una manera general, las neurosis actuales tienen con las psiconeurosis; las alteraciones psicógenas de la visión no podrán nunca producirse sin alteraciones neuróticas, pero estas últimas podrán producirse sin aquellas. Desgraciadamente estos síntomas son aún hoy día muy poco considerados ya que no son inmediatamente accesibles al psicoanálisis».

Sigamos a continuación con el comentario de Ziwar: «En este pasaje, Freud distingue dos categorías de alteraciones funcionales: una de naturaleza *física* que consiste esencialmente en alteraciones fisiológicas ocasionadas por el uso intempestivo de una función dada; la otra categoría comprende las alteraciones funcionales que tienen un sentido inconsciente preciso, y que son expresión de fantasías en un lenguaje corporal, directamente accesibles al psicoanálisis, como por ejemplo, los sueños. Estas alteraciones son evidentemente conversiones. Las primeras son las que actualmente se denominan psicosomáticas».

«Como lo señala Freud, las alteraciones bioquímicas y fisiopatológicas, así como sus efectos lejanos que él llama modificaciones tóxicas, junto a las alteraciones en el terreno de la inervación, no pueden evidentemente ser objeto de las investigaciones psicoanalíticas y deben ser estudiadas mediante medios apropiados. Únicamente las actitudes inconscientes que están en el origen de estas alteraciones son accesibles al psicoanálisis».

Si he citado íntegramente el conjunto de este pasaje del artículo de Ziwar, es debido a las necesidades de mi exposición. Cuando leemos el comentario del autor, no nos impresionamos inmediatamente por alguna incoherencia o cualquier contrasen-tido respecto a la lectura del texto freudiano. Sin embargo, en una atenta lectura percibimos que existe en el comentario de Ziwar una omisión fundamental y

una contradicción. *La omisión es la sexualidad*. Releamos la frase del autor que contiene esta omisión: «Una es de naturaleza física y consiste esencialmente enalteraciones fisiológicas ocasionadas por el uso intempestivo de una función dada». Lo que se omite aquí es la calificación *sexual* de esta función. No se trata para Freud de cualquier función y el texto al que se refiere la cita es explícito cuando habla de los efectos de la intensificación del papel erógeno sobre un órgano o un sistema de órganos. Así, *exit* la sexualidad. Además, releyendo el texto freudiano escogido por el autor, nos apercibimos también de que introdujo un término en medio de una frase, omitiendo el fin de la frase que contiene precisamente la noción de sexualidad. Reconstruyamos la última frase del pasaje de Freud citado por el autor: «Desgraciadamente estos síntomas neuróticos son aún hoy día muy poco considerados y muy poco comprendidos pues no son inmediatamente accesibles al psicoanálisis, y los otros modos de investigación no han tenido en cuenta el punto de vista de la sexualidad». Excluyendo la sexualidad en el determinismo de las alteraciones somáticas de la neurosis actual, la sexualidad con sus efectos directos, repitámoslo, se subvierte el sentido original y profundo de la concepción psicoanalítica elaborada por Freud. A partir de aquí, es comprensible que inevitablemente haya un deslizamiento hacia una concepción energética indiferenciada refiriéndose entonces a un conjunto físico vago y general. Después de poner en evidencia la omisión de la sexualidad en el comentario del autor, precisemos en qué consiste la contradicción que he señalado. Consiste en que, de una parte, el autor cita un texto de Freud en el que éste afirma que los síntomas de la neurosis actual no son inmediatamente accesibles al psicoanálisis y, por otra parte, en su comentario, afirma que «solo las actitudes inconscientes que están en el origen de estas alteraciones son accesibles al psicoanálisis». Una de las proposiciones que Freud enunció a propósito de las neurosis actuales es precisamente la insuficiencia de las capacidades del Yo en su papel ela-borativo de la sexualidad en el plano psíquico. Este factor condujo a Freud a pensar que las neurosis actuales no eran accesibles al psicoanálisis. Es decir, si las actitudes inconscientes de las que habla Ziwar no pueden, desde toda lógica concernir la organización neurótica actual, podemos al menos pensar, en la perspectiva de la concepción freudiana, que ellas pertenecen al sector psiconeurótico asociado a la neurosis actual.

¿Qué podemos pensar de la exclusión del concepto de la sexualidad en estos trabajos de *medicina psico-somática*? ¿La sexualidad es tan inconcebible cuando se trata de pensar la enfermedad somática? Como si esta aproximación entre estos dos conceptos fuera contra natura. Sin embargo, Freud es muy claro en esta cuestión, y lo olvidamos demasiado fácilmente: «La sexualidad no es el patrimonio del psiquismo, produce sus efectos tanto sobre las funciones psíquicas como sobre las funciones somáticas». El genio freudiano condujo a reunificar el soma y la psique en una misma estructura constituída por las pulsiones. En la época de la formulación de la teoría de las neurosis actuales, el clivaje pasaba por el interior de la sexualidad. Con Freud se

podían distinguir dos categorías de fenómenos psicosomáticos: «uno proveniente de la sexualidad, el otro de la psicosexualidad». La sexualidad tiene que ver con los efectos directos de la función sexual sobre las funciones somáticas, la psicosexualidad con sus efectos indirectos por intermedio del aparato psíquico. La psicosexualidad aparece cuando la excitación sexual somática (la sexualidad) se liga a las representaciones de objeto del inconsciente. Así pues, es inseparable de la trayectoria de la pulsión, desde su fuente somática a su meta psíquica.

A partir de la histeria Freud desarrolló su concepción del conjunto de la sexualidad. La separación del concepto de pulsión parcial y de satisfacción sexual perversa le permitió comprender que todas las partes del cuerpo y todos los órganos podían sustituir al órgano genital en la búsqueda de la satisfacción. En su XX Conferencia de introducción al psicoanálisis, titulada «La vida sexual del hombre» (1916-1917), Freud resume así su teoría: «Gracias a la sintomatología de la histeria llegamos a la concepción según la cual *todos los* órganos *del cuerpo, además de sus funciones normales, jugarían un papel sexual erógeno que se convierte a veces en dominante hasta el punto de alterar el funcionamiento normal».*

Como vimos, los primeros trabajos de *medicina psico-somá- tica* se refirieron todos a la teoría freudiana de las neurosis actuales para explicar los fenómenos psicosomáticos y justificar los resultados de sus investigaciones. Hemos mostrado que esta referencia teórica procedía cada vez de una interpretación que des-viaba el sentido de la concepción freudiana. Podríamos resumir-las en cuatro propuestas:

1.Los síntomas de la neurosis actual se inscriben en elmismo marco pulsional que los de la histeria y, más generalmente, en el de las neurosis de transferencia. Lo que diferencia unas deotras es el proceso de la sexualidad y de las relaciones entre las pulsiones. Esta proposición funda el monismo somato-psíquico de Freud y desplaza el dualismo hacia el terreno pulsional.

2.Los síntomas somáticos de la neurosis actual son la expresión de alteraciones materiales más o menos intensas de losórganos y de las funciones. Siguiendo a Freud, en la perspectiva psicoanalítica se las considera como las consecuencias de la intensificación de la función erógena del órgano y de la distorsión del juego pulsional sobre su terreno. Con toda lógica, si se quieren considerar los hechos psicosomáticos desde un punto de vistapsicoanalítico, esta proposición excluye toda referencia a un marco conceptual distinto del pulsional en la comprensión del síntoma somático o de la enfermedad somática. Esta comprensión se inscribe en la coherencia interna del aparato psicoanalítico, coherencia que incluye las tres dimensiones: clínica, teóricay terapeútica.

3.La organización neurótica actual, desde el punto de vistapsíquico, es decir, desde el punto de vista de su psicosexualidad, se caracteriza por una insuficiencia global de sus medios de elaboración por razones determinadas, al mismo tiempo estructurales y de desarrollo. Es esta característica de estos pacientes lo quelos excluyó del campo de acción del psicoanálisis que para Freudsolo tenía como meta el

poner en evidencia el inconsciente en la vida psíquica. Desde este punto de vista, el juicio de Freud era inapelable. En su «XXIV Conferencia de introducción al psicoanálisis», titulada «El nerviosismo común» (1916-1917), se expresa así: «Me interesa mucho más darles una idea del psicoanálisis que hacerles adquirir ciertos conocimientos de las neurosis yello me dispensa de poner en primer plano las neurosis actuales, tema totalmente estéril desde el punto de vista del psicoanálisis». Así, esta propuesta elimina del campo de la neurosis actual toda organización psíquica en cuyo seno el psicoanálisis identifica los conflictos psíquicos y los mecaismos de defensa, tales como la represión; para Freud estos mecanismos de defensa se refieren alcampo de las psiconeurosis.

4.En su concepción general de las neurosis, Freud conservó las neurosis actuales y les asignó un lugar bien definido, con una importancia de consecuencias teóricas considerables: «Existe entre los síntomas de las neurosis actuales y los de las psiconeurosis una interesante relación que proporciona una contribución importante al conocimiento de la formación de síntomas en estas últimas: el síntoma de la neurosis actual constituye a menudo el núcleo y la fase preliminar del síntoma psiconeurótico» (*ibid*.). Esta concepción abre todo un campo a la investigación psicosomática y fundael marco teórico de la noción de *complacencia somática* en Freud.

La referencia a la teoría de las neurosis actuales era lógica y necesaria en la aproximación psicoanalítica del hecho psicosomático, tal y como he tratado de mostrar durante esta larga exposición. Sin embargo, fue necesario que respetara el espíritu de la concepción freudiana. Las interpretaciones de las que fue objeto por parte de los autores que hemos citado, introdujeron la corriente psicosomática en una vía que solo podía, por un lado, consolidar el enfoque dualista de los hechos estudiados y, por otro, alejarlo del descubrimiento de un modo de relación original, el que acompaña al pensamiento operatorio, descubrimiento que solo podía emerger de una consideración psicoanalítica del objeto en su unidad psicosomática y en su dimensión intersubjetiva. Como ya vimos, la concepción freudiana de la neurosis actual imponía un *límite* a la investigación psicoanalítica. Si queremos continuar refiriéndonos a su marco conceptual para el estudio de los fenómenos psicosomáticos, hay dos maneras de franquear este límite y así perseguir la búsqueda en la perspectiva psicoanalítica. La primera es ignorar este límite y no tener en cuenta las condiciones estructurales necesarias que organizan los procesos psicosomáticos en el neurótico actual y que Freud juzgó imponían un límite a la acción del psicoanálisis. Esta negación conduce a modificar, incluso a desviar, el sentido de la concepción freudiana. Es lo que vimos que ocurría con los teóricos de la corriente de *medicina psico-somática*.

La segunda manera es seguir, una vez más, la vía que nos indicó Freud. Esta vía le condujo hacia las transformaciones teóricas de 1920 y a las nuevas formulaciones acerca del aparato psí- quico y las pulsiones. Nunca dejó de señalar que era el estudio

de las neurosis narcisistas el que iba a abrir el acceso a la comprensión psicoanalítica del Yo. Al mismo tiempo podríamos afirmar que fue el descubrimiento de un cierto tipo de resistencia que acompaña la represión, la que estuvo en el origen de los primeros descubrimientos psicoanalíticos a partir de las neurosis de transferencia. Así mismo se puede afirmar que se trata de otro tipo de resistencia, aquella a la que más tarde dio el nombre de «reacción terapeútica negativa», la que originó las transformaciones teóricas que desembocaron en la segunda tópica y en la oposición de los dos nuevos grupos de pulsiones, las pulsiones de vida y las pulsiones de destrucción o de muerte. Aunque Freud nunca situó las neurosis actuales en el marco de las neurosis narcisistas, pienso que hay que considerarlas, desde el punto de vista psicoanalítico, como enfermedades del narcisismo. Cuando leemos atentamente el conjunto de las primeras conferencias de introducción al psicoanálisis, editadas en 1916-1917, descubrimos un cierto orden en la sucesión de las mismas. Freud dijo que este orden le fue impuesto internamente y, de alguna manera, le llevó a someterse. En la primera parte de la teoría general de las neurosis, las ocho primeras conferencias tratan de las psiconeurosis de defensa. Después viene la conferencia sobre las neurosis actuales (nerviosismo común), la de la angustia, y la última conferencia teórica que trata del narcisismo. ¿Porqué este orden?Revela los lazos internos y lógicos, desde el punto de vista del marco teó- rico del psicoanálisis freudiano, entre las neurosis actuales y el narcisismo, las neurosis actuales y el Yo, las neurosis actuales y las neurosis narcisistas, ambas destinadas a ser estudiadas y com-prendidas por los instrumentos conceptuales de la segunda tó- pica. No nos olvidemos que las organizaciones psicosomáticas que hoy estudiamos son herederas de las neurosis actuales de Freud.

B. *Nacimiento del pensamiento operatorio*

1. El debate sobre la especificidad

La *medicina psicosomática* dio a luz una nueva nosología. Mé- dica en su expresión, psicológica en su intencionalidad, representa un verdadero híbrido desde el punto de vista epistemoló- gico. Ella opera recortando del esquema de la patología general un cierto número de entidades que se convertirán en síndromes psicosomáticos o *enfermedades psico-somáticas.* Así, al hilo de los estudios y de los trabajos, serán separadas y catalogadas las grandes categorías de la nueva disciplina médica: el asma bronquial, la úlcera gastro-duodenal, la hipertensión arterial. Más tarde, otros síntomas, síndromes y enfermedades entrarán en el campo de la *medicina psico-somática.* Como ya señalamos, el modo de pensamiento de la *medicina psico-somática* trabaja escogiendo en el interior de la nosología médica una enfermedad tomada por referencia a la que se aplica una evaluación psicológica con el fin de definir, junto a la semiología somática ya constituida, el establecimiento de una nueva

semiología psíquica. El conjunto de estas dos semiologías es el encargado de dar explicaciones sobre el sujeto enfermo, si no en su totalidad, al menos en una aproximación. Cuando el pensamiento funciona de esta manera, busca, en un primer tiempo, establecer entre los dos campos, acercamientos, correlaciones. Busca reunir en un mismo conjunto, dos semiologías que pertenecen a dos campos diferentes. En un segundo tiempo, trata de dar *un sentido* a lo que primeramente reunió. De esta manera se construyen entidades psicosomáticas postuladas como *significantes*. En este contexto nació y se desarrolló la cuestión de la *especificidad* de las *enfermedades psico-somáticas*. La noción de especificidad está fundada en la idea de una relación regular, estable, entre dos conjuntos de elementos. Admite, para ser validada, que la presencia de uno de los dos conjuntos es necesaria y suficiente para que el segundo elemento pueda darse. En esta relación de dos parámetros se tiene que postular también la reciprocidad del proceso. En el plano clínico, la cuestión de la especificidad tiene dos aspectos. F. Dunbar buscaba asociar un perfil de personalidad con una entidad somática determinada. Para Alexander, se trataba de asociar un conflicto de una determinada naturaleza con una alteración orgánica precisa. «La especificidad de la alteración emocional, afirmaba Alexander, engendra la especificidad de la alteración orgánica funcional, incluso el daño lesional». Daremos un ejemplo de la manera en que trabajaba Alexander tomado de su libro *La medicina psicosomá- tica* (1952) y del que el volumen *Clínicas psicosomáticas,* de las «Monografías de la *Revista francesa de psicoanálisis»* publicó ciertos extractos, se trata del ejemplo de los enfermos que sufren de diarrea crónica o de colitis espasmódica: «Los enfermos afectados de diarrea sobrepasan su pasividad mediante el simbolismo inconsciente del acto excrementicio, substituto afectivo de una actividad real, de un don, de las obligaciones hacia los demás. La base fisiológica de estas diarreas crónicas de origen afectivo es una excitación continua de la actividad peristáltica de los intestinos. Es el resultado de una estimulación excesiva de las vías parasim-páticas. Las tendencias afectivas de dar y de actuar aparecen como compensaciones de fuertes tendencias receptivas y captadoras. Si éstas son reprimidas y privadas de la posibilidad de expresarse mediante un acto voluntario, parecen ejercer una *influencia específica* sobre la funciones intestinales».

Este pasaje es ejemplar acerca de la concepción desarrollada por Alexander y la Escuela de medicina *psico-somática* de Chi-cago. Aquí se ve con claridad la manera en que el marco teórico del psicoanálisis está desviado, maltratado y sometido a utiliza-ciones inapropiadas. No retomaré aquí los análisis críticos que hice en relación con los ejemplos sacados de Nacht o de Ziwar. La cuestión que se plantea a partir de la hipótesis de las relaciones específicas entre una constelación conflictiva de orden psí- quico y una alteración orgánica es la de la *intencionalidad del hecho psicosomático*. Dicho de otra manera, ¿el hecho psicosomático tiene un sentido? Está claro que para Alexander, y el pasaje al que me referí lo muestra sobradamente, el síntoma psicosomático no solamente tiene un sentido, sino que además este sentido es

interpretado según las coordenadas del simbolismo inconsciente. Esta interpretación significante proviene en realidad de un doble desvío teórico: en primer lugar, el simbolismo inconsciente no se refiere a la sexualidad sino a la afectividad. En esta sustitución figura un deslizamiento de sentido que desvía al psicoanálisis de sus puntos de referencia fundamentales para atribuirle un estatuto psicológico. En segundo lugar, el pensamiento psicológico y el pensamiento fisiológico están tratados en un mismo plano, en relaciones de causalidad directa, despreciando la diferencia de los campos epistemológicos concernidos. La consecuencia de una tal coyuntura es, tal como lo escriben M. de M'Uzan y Ch. David en sus «Preliminares críticas a la investigación psicosomática» (1960), «una ruptura de contacto con la realidad, es decir, con el dato intuitivo irrecusable de una especie de *lugar* psicosomático». Estos autores consideran la cuestión de la intencionalidad en el síntoma psicosomático en referencia a los síntomas de naturaleza psíquica y a los síntomas histéricos. Proponen analizar el valor significante de un síntoma en función de su nivel propio y según dos ejes de coordenadas: el de su significación simbólica, respecto a la interpretación del inconsciente, y el de su situación epistemológica. Concluyen que el síntoma psicosomático tiene una situación profundamente heterogénea desde el punto de vista epistemológico y una ausencia de simbolismo. Esta puesta en orden, desde el punto de vista del pensamiento y del análisis conceptual, se justifica principalmente por la necesidad de diferenciar los síntomas conversivos de los síntomas psicosomáticos.

Como lo vimos en el ejemplo de Alexander, la concepción desarrollada lleva a confundir los dos órdenes sintomáticos. El debate sobre la noción de especificidad no solamente se desarrolló en el terreno de las cuestiones teóricas. Otros autores han tratado de verificar su validez desde el punto de vista clínico. ¿Es cierto que se encuentra siempre la misma constelación conflictiva en los enfermos que presentan la misma afección somática? ¿O, al revés, los enfermos en los que se encuentra la misma constelación conflictiva caen todos enfermos desde el punto de vista somático? Constatamos que la realidad clínica está lejos de confirmar la regularidad y la estabilidad del vínculo de especificidad, tanto en un sentido como en el otro. Progresivamente, el debate sobre la especificidad tomó la forma de una nueva pregunta: *¿enfermedades psico-somáticas o enfermos psico-somáticos?* Después de haber explorado uno de los polos de la cuestión, la enfermedad, la ba-lanza se desplazó hacia el otro polo, el enfermo. Se trata de otra versión del debate entre historia y estructura. Se concibe fácilmente que prisionero de una tal alternativa, solo se puede llegar a callejones sin salida de todo tipo. Sin embargo, la cuestión planteada de esta manera tuvo el mérito de suscitar trabajos psicosomáticos cuyo objeto se concentró en el funcionamiento psíquico del enfermo. Autores como Held imaginaron que «ciertas situaciones infantiles frustrantes podían haber dejado desde la infancia ciertas *huellas»* susceptibles de ser reactivadas en la edad adulta por acontecimientos diversos. Esta noción de huella evoca la de los traumatismos precoces que conoció numerosos desarrollos en diversos trabajos ulteriores de

psicosomática. Otra noción que nació en esta época en el contexto de las discusiones relativas a los *enfermos psico-somáticos*, es la de los «puntos débiles» somáticos, «lugares de apelación que serán utilizados para futuras investiduras afectivas inconscientes, siendo estas últimas, a su vez, susceptibles de perturbar las funciones o los órganos» (Held). Se adivina lo que esta noción tiene en común con la de fijación somática de P. Marty.

En realidad, el debate sobre la cuestión de saber si habría que hablar más bien de *enfermedades psico-somáticas* o de *enfermos psico-somáticos* sería como dar preeminencia, en el análisis de los hechos, a los acontecimientos conflictivos actuales o a los acontecimientos conflictivos pasados, reactivados en el presente. Se ve con claridad que el plano del análisis concierne a los objetos homogéneos, unos y otros, desde el punto de vista epistemológico. Esta homogeneidad es la de los objetos de estudio psicológicos. El problema así planteado se sitúa pues definitivamente en un marco dualista, y los dos elementos de la relación psicosomática, su vertiente psíquica y su vertiente somática, son tratados de manera desigual. En efecto, de estos dos elementos, uno queda siempre fijo, el somático, y es siempre el elemento psíquico el que el pensamiento dualista hace trabajar y variar. Esta variabilidad del elemento psíquico le hace circular en una escala de significaciones que va desde el pasado más remoto al presente más actual. Esta desigualdad en el tratamiento de los dos elementos del hecho psicosomático, el somático y el psíquico, es la consecuencia del modo de pensamiento dualista y de las aporías irreductibles a las que necesariamente conduce. Mientras el análisis de los hechos psicosomáticos esté sometido al orden psicológico, conducirá a esta situación. Para superarla, y retomar el hecho psicosomático en su unidad profunda y original, hay que encontrar una nueva aproximación conceptual, *una nueva idea directriz* en la observación y el análisis de los hechos. Hay que abandonar la referencia psicológica.

En el texto que co-firmaron en 1956, *Psicoanálisis y medicina psico-somática*, P. Marty y M. Fain hacen una doble pregunta: «¿Qué es un *enfermo psico-somático*? ¿Qué es una *enfermedad psicosomática?».* Los autores tratan de salir de la alternativa enfermedades-enfermos, mediante un esfuerzo conceptual de integración de los diferentes planos concernidos, y substituyen la referencia axial psicológica por una nueva referencia *relacional.* Para ellos se trata de definir, por un lado, el conflicto en su relación con los enfermos y, por otro, en su relación con la enfermedad. De esta manera discriminan tres series de relaciones, integradas las unas con las otras: una relación contingente, reflejo de la incidencia de la condición conflictiva del psiquismo sobre toda enfermedad; una relación esencial y específica, reflejo de un vínculo preciso entre la situación conflictiva del enfermo y su enfermedad;una relación esencial y específica, reflejo de un vínculo entre la naturaleza de la situación conflictiva y la forma misma de la enfermedad. Este modelo permite, integrar los dos términos de la alternativa sin oponer uno al otro, situándolos en dos planos diferentes; por otro lado, cambiando el eje de referencia conceptual, al resituar el hecho

psicosomático en una dimensión relacional a la vez intra-subjetiva e intersubjetiva, se reconcilia de este modo con el sentido original y principal de la corriente psicoanalítica.

En la historia de la teoría psicosomática este acontecimiento en el campo del pensamiento es fundador de nuevas vías de investigación que condujeron a nuevas concepciones.

2. La investigación psicosomática

Pienso que tenemos razones para considerar *La investigación psicosomática* como el *acto de nacimiento* de la psicosomática. La historia que desarrollé hasta aquí, muestra que los trabajos que cité hasta ahora en este texto no son los primeros en tratar los hechos psicosomáticos, pero constituyen los *trabajos primordiales* de esta nueva disciplina. Toda ciencia procede de esta manera. Los primeros trabajos de Freud en el campo de la psicopatología datan de 1890, pero su obra primordial, la que constituyó el acto de nacimiento del psicoanálisis, es *La interpretación de los sueños*, publicada en 1899. Lo que es primordial surge siempre de una crisis en el lento proceso de la investigación científica. A este respecto, *La investigación psicosomática* constituye, dentro de la corriente del pensamiento psicosomático, una crisis fundamental reorganizadora que abre una dimensión nueva de la realidad epistemológica. Este cambio de dirección en el modo del pensamiento y el modo de aproximación del hecho psicosomático, lo debemos a los psicoanalistas de la Sociedad psicoanalítica de París, reagrupados en la Escuela de psicosomática de París, allá por los años 1960, P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan y Ch. David.

En las primeras líneas de la introducción a su obra, los autores de *La investigación psicosomática* sitúan su visión sin ambigüedad. La construcción del primer párrafo ilustra claramente los lazos estructurales entre esta obra y *el psicoanálisis*. Examinando atentamente estas primeras líneas, comprendemos que el psicoanálisis se encuentra inmediatamente situado como el marco teó- rico de referencia en la constitución de lo que ellos definen como «una disciplina original y fundamental*, la psicosomática».*Por primera vez, aquí, el vocablo «psicosomática» es utilizado como un sustantivo y no como un adjetivo. Este cambio en el orden gramatical, aunque no esté explicitado por los autores, recubre un cambio radical en el orden epistemológico. Hasta ahora, la psicosomática señalaba una nueva concepción de la medicina. No solamente estaba asociada a ella, sino que dependía estructuralmente. Sus vínculos de dependencia con la medicina se concretizaban principalmente en la referencia nosológica médica. Más aún, como ya lo hemos visto, las tentativas de superar el dualismo soma-psique se referían a los esquemas teóricos biológicos o neuro-fisiológicos. El concepto de *medicina psico-somática*, con guión entre «psico» y «somático», mostraba claramente la pertenencia de la psicosomática al campo conceptual de la medicina. En con-traste con esta primera concepción histórica, los autores nos presentan un nuevo vocablo que de hecho es *un concepto nuevo:* la psicosomática. En primer lugar, constatamos que aquella no se refiere ya a

un objeto, la medicina, sino que *representa ella misma su propio objeto*. La medicina desaparece del concepto. Asistimos a una verdadera revolución conceptual. En segundo lugar, el guión entre «psico» y «somático» desaparece. Este hecho indica que en el interior del concepto de psicosomática la línea de separación entre las vertientes psíquica y somática ya no existe. *Exit* el dualismo soma-psique. Cuando nos interesamos en la historia de las ideas y buscamos reconstruir la historia de un concepto, quedamos atrapados por la importancia de lo que se desarrolla en el campo de la psicosomática. La vemos desprenderse de los viejos hábitos para probar otros más nuevos.

¿Pero son realmente nuevos? Vimos de qué manera los autores postulaban el vínculo inseparable de la nueva disciplina con el psicoanálisis. Este vínculo se precisa algunas líneas más adelante: «Ella (la nueva disciplina) se singulariza por la introducción revolucionaria del concepto de inconsciente. Inicialmente, es cierto, el inconsciente ha sido aprehendido sobre todo a través de la multiplicidad de sus expresiones mentales; *queda poder captarlo a nivel somático puro gracias al genio del descubrimiento freudiano del Ello, en tanto que instancia arraigada en lo biológico»*. Si precisamos, siguiendo a los autores, que el Ello es el lugar donde las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte se intrincan y se desintrincan en el seno de una economía cambiante y violenta, tenemos aquí los elementos de un marco teórico de referencia só- lidamente fundado y que respeta el espíritu y la letra de la concepción freudiana.. Entendida de esta manera, la nueva aproximación del hecho psicosomático a la que nos acercan los autores de *La investigación psicosomática* se parece más a un *redescubri-miento* que a un descubrimiento. Si desde el punto de vista psicoanalítico tratamos de interpretar este movimiento de pensamiento, ello nos conduce a evocar la metapsicología de la percepción. Desde Freud, sabemos que el objeto percibido no constituye un encuentro sino un reencuentro respecto a la huella del objeto alucinado. Tenemos pues que concluir que los autores de *La investigación psicosomática* han redescubierto el psicoanálisis en la aproximación de los hechos psicosomáticos, gracias a una sólida experiencia del psicoanálisis. Para mí, esta trayectoria científica representa hasta hoy el único modelo posible para los estudios psicosomáticos.

Retomemos el hilo de nuestra trayectoria. Hemos visto que P. Marty y M. Fain trataron de definir una nueva referencia conceptual con el fin de integrar los diferentes niveles conflictivos que atañen al paciente. Esta nueva referencia es en adelante relacional. Nosotros le dimos el estatuto de una nueva idea directriz en la aproximación del hecho psicosomático. A partir de aquí, solo quedaba encontrar un nuevo método de investigación que fuera coherente con esta nueva idea. La búsqueda anamnésica de naturaleza psicológica fue abandonaba en beneficio de una auténtica investigación psicoanalítica. «La manera en que el investigador concibe los fines, las modalidades y la técnica de su búsqueda está directamente ligada a la concepción y a la práctica psicoanalítica. Sin embargo, la presencia de una sintomatología

psicosomática impone importantes adapta-ciones destinadas a revelar su vínculo con las características de la personalidad. *Todos los elementos encaminados a conocer este vínculo no pueden ser realmente considerados y utilizados más que a través de la relación médico-enfermo»*. Así fue definido el mé- todo de la investigación psicosomática por sus propios autores. En su *Críticas preliminares a la investigación psicosomática*, M. de M'Uzan y Ch. David justifican la elección de este método mostrando que es el único que responde a la necesidad de hacer emerger la cosa psicosomática. «Su aprehensión directa, escriben, se concretiza por el desarrollo de una relación de objeto significativa y por la emergencia, en el seno de ella, de "nudos psicosomáticos", fines reales de la investigación». Lo que revelará la aplicación de este método de investigación psicoanalítica en enfermos que presentan afecciones somáticas, no es la confirmación o la afirmación de tal o cual problemática conflictiva postulada por anteriores investigaciones, sino que lo que lo revelará será *otro objeto de estudio*. Un objeto que se constituye a medida que se aplica el método. Existe pues una interdepen-dencia entre la nueva idea directriz, el nuevo método de investigación y el nuevo objeto de estudio.

Debemos estar muy atentos a estos cambios que se operan en la investigación psicosomática. Retomando el hilo perdido durante un tiempo de la práctica y de la teoría psicoanalíticas, los autores de *La investigación psicosomática* tratan de descubrir una *nueva clínica*. Una nueva clínica que constituye el objeto mismo de esta nueva disciplina que es la psicosomática. Sin rechazar de pleno la antigua clínica, la de los síndromes y las enfermedades psicosomáticas, se pronuncian por una ruptura radical con ella. «Es decir, escriben, que este trabajo no tiene por objeto el estudio de tal o cual enfermedad somática y que con mayor razón no trata de ninguna manera de constituir, aún parcialmente, ningún tratado. Sin evitarlo sistemáticamente, no hemos buscado estudiar los grandes síndromes clásicos, *sino únicamente presentar enfermos situándolos de una manera original*: se trata, pensamos, de poner las bases de una investigación nueva».

Para constituir una nueva clínica no es suficiente utilizar un nuevo método de investigación. Hay que renunciar también a los antiguos esquemas semiológicos y a las antiguas referencias nosológicas. En cierta medida, para constituir una nueva clínica hay que avanzar en lo desconocido, teniendo como única herramienta útil, única brújula podríamos decir, la experiencia del psicoanálisis. El proyecto de la nueva Escuela de psicosomática es hacer emerger del nuevo método de investigación formas nuevas de personalidad, o más precisamente, como escriben sus promo-tores, «formas de vida que, por más extendidas que estén, por más banales que puedan parecer, no son por ello más conocidas, ni más exploradas, a pesar del interés humano que suscitan». Vemos con claridad, que este proyecto conduce directamente al descubrimiento del pensamiento operatorio. Después de un rodeo histórico, la investigación psicosomática encontró las condiciones de una verdadera creatividad. Lo repetimos una vez más, pudo realizar este giro ligando su destino con el del

psicoanálisis. El pensamiento operatorio estaba allí, presente, bajo la mirada de los observadores, pero éstos no poseían el pensamiento apto para verlo. Para captarlo, para después identificarlo, había que dejarse llevar en una relación con un paciente operatorio. Había que reintroducir en el método de la investigación psicosomática lo que el psicoanálisis había ya introducido desde hacía tiempo en el centro de su técnica: la transferencia, aún cuando, a partir de la experiencia, nos diéramos cuenta de que solamente se podía concebir como un hueco o en negativo.

3. El pensamiento operatorio

La investigación psicosomática está enteramente orientada al descubrimiento de un nuevo tipo de funcionamiento mental. Es el método al servicio de este descubrimiento. Llevando las cosas al extremo, se podría casi decir que fue escogida como método para que este descubrimiento fuera posible. Quizás, nunca en la historia del pensamiento psicoanalítico las relaciones entre el mé- todo de investigación y la constitución del objeto mismo que había que estudiar fueron tan íntimas. Es lo que hace de *La investigación psicosomática* una obra incomparable, única en su concepción. Nos revela *en vivo* la emergencia de una nueva clínica que se está constituyendo. Desde el inicio hasta el final de la obra, por estratos sucesivos, asistimos al nacimiento de esta nueva clí- nica. Desde la presentación del método de las investigaciones clí- nicas, desde las investigaciones clínicas a los primeros comentarios, desde los primeros comentarios a los comentarios de síntesis, y desde estos últimos a las propuestas de las conclusiones, parti-cipamos en el descubrimiento progresivo de una clínica.

Nos sentimos con razones para calificar esta clínica de psicoanalítica, ya que procede de un método totalmente arraigado en la práctica y la formación psicoanalíticas. Es una nueva clínica en la medida en que completa las categorías nosológicas que la práctica y la teoría psicoanalíticas han constituido a lo largo del tiempo desde Freud. Es una clínica fundamentalmente nueva y original en la medida en que se sitúa al margen de las grandes organizaciones neuróticas y psicóticas. Al margen, pero no fuera. Aquí el margen no debe ser concebido como una frontera cortada con cuchillo y abierta al vacío y a lo desconocido. No es un islote sino un «entrelagos» cuya expresión se desprende desde los niveles de condensación de las formas psíquicas en el seno del proceso mediante el que estas formas aparecen. Necesariamente, es también una nueva clínica psicosomática, porque su emergencia tiene que ver con las enfermedades somáticas. Aunque su vínculo con lo somático no es exclusivo, conserva con él relaciones constitutivas respecto a las consecuencias para su elaboración teórica. Pero no es simplemente una clínica psicosomática por la casualidad del lugar en que fue descubierta. Lo es en razón de una concepción económica común a otras organizaciones que el psicoanálisis ha dado a conocer. Los autores de «El pensamiento operatorio» retienen por ello el término de

«psicosomatosis» «para designar las afecciones o las disposiciones de la personalidad que tienen la vía somática como vía principal de salida en las situaciones conflictivas». Finalmente, se comprende que esta nueva clínica revele, más que ninguna otra, que toda clínica psicoanalítica es una clínica psicosomática.

«El pensamiento operatorio» fue presentado, repito, en el Congreso de Barcelona en 1962 por P. Marty y M. De M'Uzan. Su lectura no es suficiente para calibrar lo que en ella se juega. Este es un punto importante sobre el que hay que insistir si se quiere comprender lo que es el pensamiento operatorio. Cojamos otro ejemplo en un terreno clínico que nos es conocido, el de la histeria, e imaginemos que la queremos presentar a partir de los síntomas de conversión. Enseguida entenderemos que este abordaje, por muy interesante que sea, es incompleto. Lo mismo ocurre con el pensamiento operatorio: *es uno de los elementos cons-tructivos del funcionamiento operatorio*. Si queremos aproximarnos desde el punto de vista metapsicológico, debemos admitir que no resume en sí mismo el funcionamiento operatorio, pero es uno de sus engranajes. Esta lectura metapsicológica del pensamiento operatorio, que desarrollaré en la segunda parte de mi trabajo, es en realidad un retorno a las fuentes de su descubrimiento. El punto de vista metapsicológico obliga a todo psicoanalista que se refiera al mismo, a considerar en conjunto y con igualdad, se podría decir democráticamente, los tres puntos de vista que lo fundan y que constituyen su definición freudiana: el punto de vista tópico, el dinámico y el económico. Sin embargo, refiriéndonos al pensamiento operatorio, parece ser que la historia de estos treinta últimos años ha privilegiado su dimensión económica en detrimento de sus otras dos dimensiones metapsicológicas. El acento puesto sobre el aspecto económico, aunque justificado por una serie de razones, si es demasiado exclusivo, solo puede conducir a falsificar su sentido original. Es una corrección que trataré de aportar en mis ulteriores desarrollos. Para mí se trata de recolocar en su lugar a las otras dimensiones, tópica y dinámica, cuyos derechos se han podido encontrar comprimidos, incluso olvidados, en ciertas elaboraciones teóricas. Digo bien «recolocar», ya que los autores de *La investigación psicosomática* siguiendo lo observado en sus primeras investigaciones, habían concebido el pensamiento operatorio con este espíritu. Mediante este retorno convendría reencontrar el sentido de un verdadero acercamiento psicoanalítico al funcionamiento operatorio. Tenemos que empezar por este retorno.

Así pues, para conseguir a partir de sus fuentes históricas, una lectura lo más justa y lo más completa posible del pensamiento operatorio, hay que confrontar en permanencia lo que los autores de *La investigación psicosomática* han revelado en su obra, con la comunicación que hicieron en el Congreso de Barcelona. Aunque situadas en el mismo tiempo, las dos lecturas o elaboraciones son sensiblemente diferentes ya que cada una privilegia uno de los puntos de vista de la metapsicología. Esquemáticamente, se puede decir que *La investigación psicosomática* acusa los rasgos de la dimensión dinámica, mientras que la comunicación de Barcelona pone el

acento en la dimensión económica. Es como si un fotógrafo, deseoso de tomar una serie de fotos de un mismo paisaje, hiciera variar los elementos que lo constituyen, colocándolos unos retirados, otros en primer plano, para darles mayor o menor visibilidad. Quizás el marco científico en cuyo seno se desarrollaron las diferentes elaboraciones, haya impuesto a sus autores el punto de vista que guió su presentación. *La investigación psicosomática* es, tal como lo hemos señalado muchas veces, la ilustración de un método de investigación fundado en la relación del analista con el enfermo, y cuyo proyecto era separar los aspectos psicodinámicos del funcionamiento mental del enfermo. La comunicación de Barcelona se situaba en el marco de un escrito presentado por M. Fain y Ch. David, acerca de las dimensiones funcionales de la vida onírica, y «El pensamiento operatorio» podía entonces colocarse como un contrapeso económico al sueño.

M. Gilbert C… es la quinta observación de *La investigación psicosomática*. Nos acordamos de este paciente coronario y de la atmósfera dramática de la entrevista. Desde el principio hasta el final, la investigación es difícil, pesada, inquietante a veces.«En esta observación la investigación es, y solo puede ser una manipulación de la relación transferencial», escriben los autores en un comentario de la síntesis. Es sobre todo esta observación la que servirá de soporte a la descripción de la forma de vida original que es la vida operatoria. El comentario que los autores hacen sobre ella ofrece una primera línea de descripciones, de reflexiones y de definiciones de esta nueva organización mental. Su valor reside en que se desprende directamente de un material vivo. No solamente vemos al analista trabajando con su paciente, sino que inmediatamente después le seguimos en su trabajo mental. Es decir, que lo que emerge en ese mismo momento como producto de la elaboración de lo que acaba de ser vivido, guarda la huella de los movimientos dinámicos transferenciales y contra-transferenciales que han atravesado la entrevista. El comentario hace ampliamente eco, insistiendo permanentemente sobre la dificultad de mantener con el paciente una continuidad de relación que obstáculos tanto internos como externos ponen regularmente en peligro. «Estimulamos activamente el diálogo, escriben los autores, *para acercarnos al paciente y sacarlo de su retiro»*. Del lado del analista, la imposición de la dimensión relacional vivida en su contra-transferencia y en su proceso de identificación al paciente, hace emerger del marco de la entrevista un dato semiológico original y fundamental, un modo de relación específica con el paciente: *la reduplicación subjetiva.* Esta «relación de objeto» se mostrará muy pronto como característica del paciente operatorio. Está en el centro del comentario de la observación de Gilbert C… Sus autores la definen así: «La proyección, muy diferente de la que se observa en los neuróticos, es masiva, sin variaciones, es decir, de estilo «reduplicatorio». El Ello está fuera de circuito y, por así decirlo, enteramente comprometido en un disfuncionamiento somático, el Sí mismo aparece indisolublemente ligado y casi asimilable al Superyó: es él, y solo él, el que se proyecta de una manera indivisa. El Otro es aprehendido por el paciente según su

propio modelo *(pattern)* y si, por casualidad, aparece su disparidad, por ejemplo en las condiciones del examen psicosomático, no es aceptada, ni aprovechable, ni metabolizable. Por ello se ponen en marcha las alteraciones psicosomáticas». En este comentario la descripción del pensamiento operatorio se sitúa en segundo plano respecto a la del modo de relación reduplicativo. En la organización mental del paciente, es el sistema reduplicativo el primero que aparece y el pensamiento operatorio el segundo, siguiendo el orden de los acontecimientos psí- quicos. Hasta el punto, que el concepto operatorio es utilizado en este comentario, como calificativo para especificar un cierto carácter de la vida mental del paciente.

La comunicación de Barcelona sobre «El pensamiento operatorio» presenta el concepto bajo otro ángulo. Aquí el clima es otro. Nos encontramos con una presentación casi magistral, que da la sensación de obedecer a los principios de exposición de una comunicación médica. El pensamiento operatorio es primeramente presentado en su diagnóstico positivo, después se presenta en sus formas clínicas. Algunas viñetas ilustran la descripción sintomatológica. En un segundo tiempo, los autores examinan algunos diagnósticos diferenciales, en primer lugar sobre el plano económico, diferenciando el pensamiento operatorio del proceso primario y del proceso secundario, en segundo lugar sobre el plano psicopatológico, diferenciándolo del pensamiento de la neurosis obsesiva. En fin, para concluir, nos proponen una hipótesis patogénica. Este esquema de exposición descriptivo, sistemático, contrasta con el carácter vivo, casi intuitivo del comentario de la observación de M. Gilbert C… Éste revela un grado de elaboración de la noción más acentuado. Pero sobre todo, revela una precedencia del punto de vista económico sobre el punto de vista dinámico. Siendo destacable que, de manera deliberada o no, el concepto de reduplicación proyectiva no figura en la comunicación: queda reducido solo a su definición, sin nombrarlo. En definitiva, la comunicación de Barcelona presenta el pensamiento operatorio bajo un modo esencialmente descriptivo y sintomatológico, asociado a su evaluación económica, mientras que *La investigación psicosomática* lo presenta como un elemento constitutivo de una organización mental original, en el seno de la cual figura el sistema reduplicativo de la relación. Sea como fueran estos comentarios que tratan de recolocar el pensamiento operatorio en un marco más próximo al dato clínico, la descripción semiológica que hacen P. Marty y M. de M'Uzan sigue siendo de una calidad excepcional. Retenemos de esta descripción sobre todo dos nociones. La primera es que el pensamiento operatorio nos es presentado de hecho como *un pensamiento motriz*. La segunda es que nos es presentado como un pensamiento inepto para representar su papel de integración pulsional. Estas dos especificaciones del pensamiento operatorio muestran bastante bien el poco valor funcional que le atribuyeron sus autores.

Como conclusión de sus investigaciones, los autores de *La investigación psicosomática* dan a pensar que promueven al nivel de organización mental paradigmática la organización operatoria, aunque precisan que abarca el conjunto de

las formas psíquicas salidas de los estudios psicosomáticos. «Aunque —escriben los autores— a riesgo de "escotomizar" y de recurrir a un cierto ar-tificio, vale quizás la pena bosquejar una especie de descripción "popular " de este personaje tan extendido y aún tan mal conocido hoy, sería en cierta manera un "retrato-robot del enfermo psicosomático"». Resumiendo, los autores también enumeran las constelaciones psíquicas más sobresalientes y más significativas de la organización mental del paciente operatorio: la ausencia de li-bertad fantasmática, la compartimentación entre los diferentes espacios psíquicos, el pensamiento operatorio y la reduplicación proyectiva. Así, en esta síntesis, nos encontramos con los tres puntos de vista de la metapsicología freudiana. Veremos que nos hará falta integrar a este conjunto otro dato psíquico de primera importancia, la depresión esencial, cuya presentación científica solo aparecerá algunos años después.

En adelante, llamaremos «funcionamiento operatorio» al conjunto de datos metapsicológicos de la organización mental del paciente operatorio.

II. Ensayo de conceptualización de una metepsicología del funcionamiento operatorio

A. *Preámbulos*

1. Preámbulos teóricos

A lo largo de la primera parte de esta exposición traté de mostrar cómo el pensamiento operatorio solo pudo conocerse cuando se encontraron reunidas las condiciones de un verdadero marco teórico psicoanalítico. Una vez descubierto, fue objeto de diversos intentos de explicaciones, de diversas interpretaciones teóricas. El destino de todo descubrimiento clínico es el de darle un lugar y un estatuto desde el punto de vista teórico. Sin embargo, señalé el riesgo que comportaba desde el punto de vista psicoanalítico, el presentar al pensamiento operatorio dentro de una entidad semiológica independiente. Tanto desde el plano histó- rico, como desde el teórico, es fundamental para su comprensión metapsicológica el concebirlo únicamente como uno de los elementos constitutivos de un significado conjunto que reagrupa junto a él, sobre todo el modo de relación reduplicativa y la depresión esencial. Antes de aportar nuevos elementos clínicos que abrirán, así lo espero, nuevas vías a la conceptualización del funcionamiento operatorio, quisiera, en un primer tiempo, volver sobre ciertas cuestiones teóricas.

En Freud el abordaje de los problemas psicosomáticos nunca fue directo, frontal. Es gracias a esta coyuntura de pensamiento, que la extrema riqueza y complejidad de la teoría freudiana puede ofrecer vías de acceso irremplazables para elucidar estos problemas. Las *neurosis actuales* plantearon rápidamente a Freud dificultades de método y de tratamiento primero, de comprensión teórica después. Sin embargo, hay

que señalar como un hecho significativo que, aunque no pudo continuar el análisis de estas neurosis pudo, a pesar de todo, elaborar sobre ellas hipótesis teó- ricas que permitían integrarlas en el conjunto de los fenómenos neuróticos procedentes de la teoría de la libido. Este hecho es importante puesto que revela de manera ejemplar que la teoría precede a la clínica. Vemos aquí pacientes cuya organización mental es juzgada por Freud inapta para la investigación y el tratamiento psicoanalíticos y, sin embargo, un marco teórico está allí, presente, para dar cuenta de ello. Un marco teórico *en latencia* esperando para ser utilizado. Sin duda, la convicción ina-movible de Freud en el descubrimiento del papel supremo de la sexualidad en las alteraciones neuróticas, interviene en el mantenimiento de las neurosis actuales y de su puesta en latencia teó- rica. Recordemos las tres hipótesis que hasta 1920 fundan el marco teórico de las neurosis actuales:

1.Los síntomas somáticos de la neurosis actual están ligados a los efectos directos de la sexualidad sobre los órganos y sistemas de órganos.

2.El funcionamiento mental de la neurosis actual está caracterizado por la ausencia o la deficiencia de mecanismos psiconeuróticos.

3.La neurosis actual representa el núcleo de toda psiconeurosis.

Un cierto número de consecuencias teóricas se desprenden de estas hipótesis. En primer lugar, si la función sexual inviste regularmente los órganos que aseguran la conservación del individuo, la autoconservación tiene indiscutiblemente un carácter *libidinal*... Habrá que esperar hasta 1920 la conceptualización de la nueva dualidad pulsional, pulsiones de vida-pulsiones de destrucción, para validar esta propuesta teórica. En segundo lugar, la neurosis actual se encuentra asociada a toda coyuntura de la que se desprenda una *interrupción de la psicosexualidad*. Lo quees igual que decir que los acontecimientos traumáticos, sean de la naturaleza que sean, son susceptibles de generar, incluso de mantener, una neurosis actual. Veremos que después de 1920 este vínculo se afirmará como indispensable para la comprensión teó- rica de las «antiguas» neurosis actuales. En fin, la indicación genética que da Freud a las relaciones íntimas de las neurosis actuales con las psiconeurosis, abre la vía a ciertas interpretaciones posibles respecto de las localizaciones somáticas. En este marco hay que integrar la noción freudiana de *complacencia somática* en la histeria. También a partir de este marco podemos comprender, a mi entender, lo que P. Marty conceptualizó en su sistema teó- rico bajo el nombre de «fijación somática».

Más arriba evoqué y señalé que el orden que escogió Freud para sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* en 1916- 1917, revelaba una relación implícita entre el lugar que daba a las neurosis actuales y el estatuto del narcisismo en su teoría de la libido: «No me extrañaré si un día me entero, dice en su XXVI Conferencia sobre el narcisismo, que el poder patógeno constituye efectivamente un privilegio de las tendencias libidinales y que la teoría de la libido triunfa, tanto a lo largo de las más sim-ples neurosis actuales, como de la alienación psicótica más grave del individuo». Así, esta primera aproximación freudiana de la cuestión, que se

puede calificar retrospectivamente de psicosomática y que se ilustra en el terreno de las neurosis actuales, desemboca en una afirmación manifiesta, la de la naturaleza libidinal de los procesos en causa, y sobre un pensamiento latente, el de las relaciones entre neurosis actuales y neurosis narcisistas, cuya naturaleza permanece oscura.

A partir de la obra de Freud se puede desprender o reconstituir, una segunda línea de trabajos referidos al tema de la psicosomática: se trata de aquellos que conciernen al *narcisismo*. En su prólogo a «Introducción del narcisismo» en 1914, Freud busca el acceso clínico, psicoanalítico, de «la inteligencia de la psicología del Yo». Junto a la demencia precoz y la paranoia, indica otras vías entre las que se encuentran la enfermedad orgánic*a y la hipocondría.* Por lo que sabemos, se trata aquí, de la primera ocurrencia en la que Freud concibe la enfermedad orgánica como tal, en sus relaciones con la economía libidinal. Hasta aquí había concebido el tema de los síntomas somáticos ya en el marco de la psicosexualidad (histeria), ya en el de las neurosis actuales. Hay que señalar sin embargo, que su «ángulo de ataque» de la enfermedad orgánica difiere muy sensiblemente del habitual de los psicosomatólogos, en que para Freud la enfermedad es un hecho establecido del que no discute aquí su génesis. Lo que trata de evaluar y de comprender son sus consecuencias dinámicas y económicas sobre la distribución de la libido y, en particular, sobre los movimientos entre libido de objeto y libido del Yo. Su interés se centra en el Yo y sus investiduras libidinales, y la enfermedad orgánica se revela como una de las figuras por la que el Yo recupera la libido que anteriormente había investido los objetos. La regresión narcisista que la enfermedad orgánica favorece es, sin embargo, de otra naturaleza que la que ocurre en las psicosis. Freud parece indicar que se acompaña de una *alteración del Yo.* Esta especificidad de la regresión narcisista, es para nosotros de una importancia fundamental. En dos de sus escritos, sobre la depresión, el *Manuscrito G* por un lado, y *Duelo y melancolía* por otro, Freud evoca una parecida alteración del Yo. En estos dos textos describe el complejo melancólico como una herida abierta que atrae grandes contrainvestiduras, alterando y empobreciendo al Yo. La asociación entre la representación metapsicológica que hace de la enfermedad orgánica y la que hace de la melancolía merece la pena ser recordada, volveremos a ello más tarde. Lo que nos importa aquí es traducir en el lenguaje de la teoría de las pulsiones lo que quiere decir *alteración del Yo:* se trata de una alteración de las pulsiones del Yo. Más precisamente aún, nosotros lo traducimos por *alteración del narcisismo.*

La segunda vía de acceso que hemos evocado para el estudio del narcisismo es la de la hipocondría. Evidentemente, Freud parece más a gusto en la comprensión de sus manifestaciones que en la comprensión de la enfermedad orgánica. Sus *Tres ensayos sobre la teoría sexual* y su análisis del caso Schreber le condujeron, por un lado, a convencerse de que todos los órganos poseían una cualidad erógena y, por otro, a asociar paranoia e hipocondría. «Podemos decidirnos, escribe Freud, a considerar la erogeneidad como una propiedad general de todos los órganos, lo que nos au-toriza a

hablar del aumento o de la disminución de la misma en una parte determinada del cuerpo. A cada una de estas modificaciones de la erogeneidad en los órganos podría corresponder una modificación paralela de la investidura de libido en el Yo. Es allí donde habría que buscar los factores que suponemos en la base de la hipocondría y que pueden tener la misma influencia sobre la distribución de la libido y sobre la afectación material delos órganos». Si examinamos este texto con atención descubrimos que señala un giro en la concepción freudiana de las manifestaciones sintomáticas del cuerpo. ¿En qué consiste este giro? Consiste en que los síntomas somáticos, por primera vez son concebidos procediendo de las investiduras libidinales del Yo y no asociados a la libido de objeto. Hasta ahora los síntomas somáticos de la neurosis actual entraban en el marco de las pulsiones sexuales de objeto de la que representaban una especie de desvío. Lo que estaba desviado era la psicosexualidad de objeto. Aquí, los síntomas hipocondríacos encuentran su lugar en el interior del marco narcisista. Proceden de la libido del Yo. Son un indicador. En su esfuerzo de sistematización teórica, Freud clasifica los síntomas somáticos en dos categorías, según el proceso libidinal que hay debajo: «Mencionemos únicamente que a partir de aquí se puede suponer que la hipocondría está en una relación con la parafrenia semejante a la que tienen otras neurosis actuales respecto a la histeria y a la neurosis obsesiva; dependería pues de la libido del Yo, así como las otras dependen de la libido de objeto».

Vemos pues clasificados los síntomas de la neurosis actual y las manifestaciones de la hipocondría. ¿Pero qué ocurre con las somatosis? Como lo muestra el texto referido más arriba, Freud asocia la enfermedad orgánica a la hipocondría respecto a la influencia que tienen ambas sobre la distribución de la libido. Así, provisionalmente con Freud retendremos que la enfermedad orgánica procede de la libido del Yo. Sin embargo, tenemos que reconocer que, en el punto en que estamos, la enfermedad orgá- nica está lejos de habernos entregado sus secretos. En definitiva, los trabajos sobre el narcisismo desembocan en una nueva clasificación de la cuestión psicosomática a partir de la referencia libidinal. La separación teórica de los síntomas de la neurosis actual con los de la hipocondría se encuentra confirmada por la clínica. Sin embargo, si la enfermedad orgánica permanece como una incógnita, hay un hecho que no podremos dejar de lado para su elucidación teórica: su vínculo indisociable con la libido del Yo. A estas alturas se puede afirmar que este vínculo es necesario, pero no suficiente. Por otro lado, los trabajos ulteriores de Freud, y en particular los que establecen su revisión de la teoría pulsional, mostrarán que el narcisismo no debe ser simplemente concebido como positivo, sino también como negativo.

En nuestra lectura de los cimientos freudianos de la psicosomática, el tercer tiempo es el de la *neurosis traumática*. La neurosis actual nos introdujo en el proceso del desvío de la psicosexualidad. Toda coyuntura apta para interrumpir la continuidad de la investidura del deseo, podía hacer bascular el curso de los acontecimientos del otro lado de la frontera, hacia la excitación de los órganos. Las alteraciones de la

neurosis actual dependen de la imposibilidad momentánea o más duradera de la confluencia sexual con las representaciones de cosa del inconsciente. De este modo la neurosis actual queda enmarcada por la libido de objeto y sus vicisitudes. Por su lado, el narcisismo nos introdujo en los procesos de transformaciones económicas dentro del mismo Yo. Los síntomas hipocondríacos testimonian del desbordamiento de la investidura libidinal del Yo. En cierta manera representan en la paranoia la simetría de las manifestaciones de proyecciones en la realidad externa: pueden ser concebidos como una proyección en la realidad interna del soma.

De hecho, el texto freudiano sobre el narcisismo solo considera su vertiente positiva. En él, el narcisismo está pleno y no vacío. Está enfermo de su cantidad y de la deficiencia del Yo para ligarla. De allí las diversas manifestaciones patológicas que proceden de este estado de cosas, que se revelan clínicamente con ruido, y del que la interpretación freudiana hace signos de curación de un primer tiempo de desinvestidura libidinal de objeto. Con la neurosis traumática se trata de otra historia. En el centro de la noción de la neurosis traumática está el peligro por la vida, por la autoconservación. Es el Yo el que está tocado en sus aptitudes para vivir. Vemos bien que estamos aquí en otro registro, tanto clínico como metapsicológico. Por ello, no es de extrañar que sea la neurosis traumática la que abre la revisión freudiana de la teoría de las pulsiones.

Pero, ¿no estaremos yendo demasiado deprisa? ¿Qué es lo que liga la neurosis traumática al problema de la psicosomática? En su obra *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), Freud se dedica a un estudio comparativo entre las dos cualidades de angustia, la angustia automática y la angustia señal de peligro; la primera la refiere a la neurosis actual y la segunda a la psiconeurosis. Después, a lo largo de su desarrollo escribe: «es probable que el análisis de las neurosis traumáticas de guerra, término que por otro lado en-globa afecciones de naturaleza muy diversa, habría mostrado que muchas de ellas tienen caracteres comunes con las neurosis actuales». En la medida en que esta aproximación entre neurosis traumática y neurosis actual surgió sin preparación a lo largo del texto, estamos obligados a entender este vínculo por lo que precede a esta proposición en el texto. Entendemos que lo que introdujo esta aproximación en Freud, es la noción de *desamparo del Yo*. En la neurosis actual «se encuentra instaurado este mismo estado de desamparo del Yo frente a una tensión de necesidad excesiva que fue la del nacimiento, estado que condujo igualmente a un desarrollo de la angustia». Vemos aquí la neurosis actual re-introducida en el campo de observación del psicoanálisis, esta vez junto a la neurosis traumática. Este aparejamiento le da un estatuto teórico nuevo y permite abordarlo a partir de su vertiente económica. Muy pronto Freud presintió que no se podía entender la neurosis traumática más que a partir del concepto de libido del Yo. Esta convicción la afirmó en una presentación de «El psicoanálisis de la neurosis de guerra», en 1919: «Solamente mediante el establecimiento y el manejo del concepto de "libido narcisista" —es decir, de una cantidad de energía sexual que está ligada al Yo mismo

y de la que se sacia como habitualmente lo hace del objeto— se ha podido extender la teoría de la libido incluso a las neurosis narcisistas; y este desarrollo ulterior del todo legítimo del concepto de sexualidad promete realizar, para estas neurosis más graves (neurosis de guerra) y para las psicosis todo lo que se puede esperar de una teoría que progresa empíricamente mediante tanteos. La neurosis traumática (de paz) se insertará también en este conjunto una vez que las investigaciones sobre las relaciones indudablemente existentes entre miedo, angustia y libido narcisista hayan llegado a una conclusión». Sabemos que la etapa siguiente es el descubrimiento, sobre todo a partir de la neurosis traumática, de la compulsión de repetición y de su autora, la pulsión de muerte. En la lectura psicosomática del camino teó- rico de Freud, nos encontramos en presencia de dos propuestas aparentemente contradictorias respecto del estatuto pulsional de la neurosis actual: una postula sus relaciones con la libido de objeto; otra, asociada a la neurosis traumática, postula sus relaciones con la libido del Yo. Para salir de esta contradicción, hay que abordar esta cuestión a partir de otro punto de vista, el de la nueva teoría de las pulsiones. Sabemos que en este marco, las pulsiones de conservación del individuo son pulsiones libidinales, y nada impide concebir las neurosis actuales como formas clínicas que proceden de un proceso sexual objetal desviado de su curso. Al contrario, la novedad teórica surgida de la revisión de la teoría de las pulsiones va a servir para elucidar la cuestión de la enfermedad orgánica que, recordemos, había quedado en la oscuridad. El concepto de libido del Yo, *a condición de considerarla bajo su vertiente negativa,* y no positiva, asociada a los efectos de la desintrincación pulsional y a los de la destructividad interna, ofrece un nuevo marco teórico apto para considerar de otra manera la cuestión de lo que se ha llamado: las somatosis.

En efecto, la noción de libido del Yo pertenece al segundo tiempo de la elaboración de la teoría de las pulsiones y guarda la huella de la primera dualidad pulsional (pulsiones del Yo/pulsiones sexuales dirigidas hacia los objetos). En la perspectiva del Yo-segunda tópica y de la segunda dualidad pulsional (pulsiones de amor/pulsiones de destrucción), la noción de libido del Yo ya no tiene sentido. La libido, que toma sus fuentes del Ello, inviste el Yo, sus órganos, sus funciones de conservación y sus objetos. Si el Yo es el «reservorio» esencial de la libido, no es su fuente. Es un objeto de investidura erótica y el objeto más importante para el Ello. De esta nueva situación teórica resulta que no podemos separar el Yo de sus objetos desde el punto de vista de la investidura erótica, y que toda alteración de esta investidura de los objetos (representaciones inconscientes) repercutirá en la investidura del Yo, y recíprocamente. La nueva línea de separación se situará en adelante entre las investiduras eróticas y la destructividad. Es en este marco donde el valor funcional del objeto ocupa un lugar capital dentro de la economía pulsional. En efecto, si como lo señaló A. Green, el objeto está potencialmente contenido en la pulsión y la revela, es al mismo tiempo y fundamentalmente el agente intrincador y aquel por el que el Yo se defiende contra las fuerzas de desintrincación de la pulsión

de destrucción. Así, la noción de narcisismo negativo que consideramos en el centro de la problemática de las somatosis está ligada económicamente a la alteración del valor funcional del objeto.

2. Preámbulos clínicos

La investigación psicosomática presentaba consultas psicoanalíticas de pacientes afectados de enfermedades somáticas. Buscaba descubrir nuevas formas de funcionamiento mental cuyo vínculo con lo somático no fuera una pura contigüidad, sino que fuera postulado como algo necesariamente fundado. Lo que funda este vínculo es el *proceso económico* de una vía posible a las coyunturas conflictivas del individuo, proceso mediante el que la somatización adquiere el valor de una solución. La enfermedad orgánica obtiene así rango en el campo de las posibles vías. Esta nueva visión de las cosas, no solamente ofrece nuevas posibilidades al trabajo del psicoanalista sino que, al mismo tiempo, aumenta su responsabilidad terapéutica. Desde entonces, ya no es posible para el psicoanalista excluir del campo de su análisis los males corporales que puedan aparecer en el curso de los tratamientos, de la misma manera que en adelante no puede excluir del campo de sus indicaciones los pacientes que sufren afecciones somáticas. El punto de vista econó- mico, en el que tanto han insistido los autores de *La investigación psicosomática*, debería imponer a los psicoanalistas interesados por los tratamientos de los pacientes psicosomáticos, un manejo extremadamente delicado de su instrumento psicoanalítico.

Las primeras hipótesis metapsicológicas elaboradas a propó- sito de pacientes operatorios se apoyaron principalmente en un material clínico salido de investigaciones psicosomáticas. Muy a menudo, éstas producían en los psicoanalistas una gran perpleji-dad en cuanto a la indicación de una psicoterapia. Sin embargo, la comunicación de Barcelona sobre *el pensamiento operatorio* hacía ya mención a reglas técnicas propias para asegurar la conduc-ción de la psicoterapia de un paciente operatorio: «Sin detenerse en medidas técnicas que pueden imponerse y que, en ciertos casos, se apartan sensiblemente de la relación psicoterapeútica clá- sica, destacamos que es posible abrir la vía de las representaciones mentales, sea cual fuera su calidad; y que por otro lado, es importante no cortar nunca la elaboración fantasmática en los sujetos con pensamiento operatorio, cualquiera que sea el valor de la fantasía y lo bien fundado de una intervención sobre el contenido». Encontramos estas mismas reglas enunciadas por P. Marty en *El orden psicosomático* (1980), a propósito de la actitud que preconiza en la relación del investigador o del psicoterapeuta con su paciente deprimido esencial: «Una relación que hay que abrir… y un límite que no hay que franquear». Fuera lo que fuera de estas primeras experiencias psicoterapeúticas de los pacientes operatorios, resulta que las primeras concepciones psicoanalíticas estuvieron construidas sobre la base de la investigación psicosomática, como lo testimonia históricamente la obra citada que lleva este

nombre.

Si como debe ser, la teoría psicoanalítica no puede, salir más que del trabajo de la cura y, por extensión, del trabajo del analista con sus pacientes, entonces los materiales clínicos surgidos del trabajo del analista con sus pacientes operatorios deben representar un segundo tiempo para su análisis metapsicológico. «A partir de este nuevo espacio que es el trabajo analítico con un paciente operatorio podemos prolongar las preciosas indicaciones psicodinámicas de los autores de *La investigación psicosomática.* Colocados en este nuevo espacio podemos dejarnos atravesar por la sensibilidad y la violencia que hay en el paciente operatorio e iniciar un proceso relacional cuyo desarrollo en el tiempo puede hacerle apto para la aparición de elementos clínicos nuevos.

La vía operatoria, a lo largo de su historia aún breve, estuvo asociada a una serie de *representaciones colectivas* que no siempre confirman la práctica de los tratamientos psicoanalíticos. Sería interesante analizar tales esquemas colectivos de los que han sido y aún son objeto los pacientes operatorios, sobre todo en la comunidad psicoanalítica, pero también fuera de ella. Descubrire-mos sin duda, una constelación de causalidades que desbordan el estricto marco psicoanalítico. No podemos extendernos a estu-diarlas aquí, pero sí revelar tres de estas representaciones mode-ladas por la historia y el tiempo.

La primera de ellas es la que confiere a la vida operatoria un carácter de *cronicidad*. «Tal persona es operatoria», ello nos indica muy a menudo el carácter definitivo del juicio dado sobre el interesado, sea o no un paciente. La historia parece haber per-petuado de esta manera la noción de irreversibilidad del estado operatorio. Presentimos que esta noción, más allá de justificacio-nes o de racionalizaciones de orden teórico, contiene en filigrana postulados estructurales o constitucionales. En *El orden psicosomático* (1980), P. Marty definió la vida operatoria como «una etapa de relativa cronicidad, de relativa estabilidad, que se instala durante el curso de una desorganización lenta que ha cogido un carácter progresivo durante el cual *no se produce ninguna reorganización espontánea»*. Podemos pensar que esta definición está en suficiente conformidad con la representación de cronicidad de la vida operatoria. Sin embargo, el autor, justificando en la misma obra que la depresión esencial precede al pensamiento operatorio, se expresa así: «Nos hemos acostumbrado a designar por "pensamiento operatorio" un *estado* del pensamiento. Ahora bien, los acontecimientos de desorganización se encuentran muy a menudo detenidos en su progresión, gracias a la intervención de regresiones reorganizadoras. Corresponden a *crisis,* a pasajes(sin embargo temibles) de la vida de ciertos neuróticos con este carácter. Nos pareció que en estas condiciones la etiqueta de "depresión" sugería una *eventual reversibilidad* mientras que el término "pensamiento operatorio" implicaba más bien una *cronicidad incierta»*. La confrontación de estos dos pasajes, sacados del mismo texto y que conciernen el mismo fenómeno, habla por sí misma. Dejaremos a P. Marty su derecho a la

contradicción y como ocurre en la historia judía, donde el rabino consultado por un conflicto da la razón a las dos partes adversas, sentimos la ten-tación de dar la razón a estas dos posiciones. En efecto, es tan incontestable que existen clínicamente pacientes instalados en la cronicidad durable, como existen regularmente en nuestra práctica psicosomática estados operatorios pasajeros. Esta posición fue tempranamente afirmada por los autores de *El pensamiento operatorio* quienes escribían que «el pensamiento operatorio sin duda no era extraño a ciertas neurosis de carácter… y podía encontrarse en cuadros clínicos bastante variados».

Esta relatividad del pensamiento operatorio y su acepción en un movimiento procesual más que en un marco estructural, abarca también lo que podríamos llamar *los estados operatorios de la vida cotidiana.* Para mí es indiscutible que en la vida de cada uno hay movimientos operatorios. Al mismo tiempo pienso que corresponden, desde el punto de vista metapsicológico, a algo distinto de los estados operatorios crónicos, inscritos en el registro de la patología. Se diferencian sobre todo en la calidad de las capacidades del Yo que aseguran la constitución del Sujeto y la existencia de un verdadero sentimiento de culpa. En estos estados operatorios de la vida cotidiana, el sujeto se pone en reposo, en convalecencia de ser. Se trata de una especie de momentos de vuelta a las raíces narcisistas, emparentados con los estados de dormir-soñar. Según la admirable fórmula de M. Fain, se impone aquí «el imperativo de desinvestidura del Yo». Sin embargo, una concepción de conjunto del funcionamiento operatorio tiene que dar cuenta de toda la gama de los estados operatorios, desde los más enquistados en la patología hasta los más pasajeros de la vida normal.

La segunda de estas representaciones colectivas asocia la vida operatoria a una *carencia más o menos completa de la vida imaginaria.* Decir de alguien que es operatorio es dar a entender que no tiene ninguna fantasía, ningún fantasma, ninguna inteligencia, tanto en el sentido figurado como en el propio. La facilidadcon la se utiliza hoy día el vocablo «operatorio» hace perder de vista una de las consecuencias teóricas elementales del proceso que conduce a la instalación de un estado operatorio. Un individuo que no tuviera ninguna actividad imaginaria, al nivel que sea, sería un individuo con la libido agotada. El calificativo de muerto sería entonces más apropiado que el de vivo. Dicho de otra manera, la vida operatoria no es compatible con la vida más allá de un cierto umbral de ruptura de la libido. Es lo que nos muestran regularmente los tratamientos psicoanalíticos de pacientes operatorios. El proceso que se instala en el marco de estos tratamientos hace surgir habitualmente al cabo de un cierto tiempo, y mientras sepamos esperar, acontecimientos psíquicos variados que tienen incontestablemente la marca de la calidad libidinal. Que este proceso esté ligado al establecimiento de una relación con un psicoanalista, no nos informa acerca de esta realidad clínica. Simplemente da cuenta de qué potencialidades de vida estaban presentes pero no disponibles por razones de condiciones determinadas tanto genéticas como procesuales. Aquí también, los

autores de *El pensamiento operatorio* ya habían tem-perado su descripción clínica subrayando que un cierto número de fenómenos psíquicos «mostraban bien que el pensamiento operatorio no está realmente desgajado del inconsciente, contrariamente a lo que podía sugerir la actitud de algunos de estos sujetos que, viviendo a distancia de un Ello que permanece estéril, o en todo caso inerte, parecen conducirse como ciegos de nacimiento del inconsciente. Ni que decir tiene, siguiendo a los autores, que esta hipótesis no se sustenta en la clínica y que encontramos todos los matices de la gama mórbida de estos sujetos aparentemente desposeídos de proceso primario, propensos a tener desde manifestaciones somáticas hasta neurosis clásicas».

La tercera de estas representaciones colectivas asocia la vida operatoria a una *afección somática*, habitualmente grave y que pone la vida del paciente en peligro. Al igual que para las dos otras representaciones colectivas que hemos evocado, esta última solo contiene una parte de la verdad clínica. La práctica psicosomática nos pone regularmente en presencia de pacientes con funcionamiento operatorio y afectados por una enfermedad orgá- nica. Igualmente la lógica del análisis teórico, tanto desde el punto de vista de la metapsicología freudiana como desde el punto de vista del modelo psicosomático de P. Marty, parece confirmar este vínculo entre funcionamiento operatorio y las afecciones somáticas. Sin embargo, desde que los estudios psicosomáticos familiarizaron a los psicoanalistas con este modo original de funcionamiento mental, el número de pacientes que no tienen afección somática y que tienen funcionamiento operatorio ha aumentado. Estas realidades clínicas nos plantean problemas teóricos complejos. En particular, el de ciertos tipos de organizaciones mentales que pueden «predisponer» a soluciones de tipo somático. También el de ciertos procesos económico-diná- micos que pueden hacer que un funcionamiento mental, hasta entonces de buena calidad, se incline hacia una somatosis.

Volvamos a la clínica de los estados operatorios. Ninguna observación surgida del trabajo analítico con un paciente operatorio puede dar cuenta del conjunto de los aspectos metapsicoló- gicos del funcionamiento operatorio. Cada paciente acusará más particularmente unos rasgos que otros. En definitiva, el cuadro completo del funcionamiento operatorio no puede proceder más que de un reagrupamiento semiológico que representa un modelo clínico ideal. Sin embargo es necesario escoger, desde el punto de vista metapsicológico, entre las diferentes puertas de entrada clínicas, un «ángulo de ataque» mediante el que el funcionamiento operatorio pueda tomar sentido. Desde este punto de vista es interesante comparar la manera en que los autores han presentado el estado operatorio desde su descubrimiento.

En *La investigación psicosomática*, el acento estaba puesto indiscutiblemente en la relación entre el psicoanalista y su paciente operatorio. Las dificultades de identificación del analista y la muy grande fragilidad narcisista del paciente eran muchas veces seña-ladas por los autores. La imagen estremecedora de un muro que se derrumba, más bien que agrietarse, reunía el conjunto de las percepciones

contratransferenciales del analista cara a su paciente.

En la comunicación de Barcelona, «El pensamiento operatorio», el acento fue puesto en el *pensamiento* y la realidad original que éste recortaba en el campo de las posibilidades de lo real. Se puede decir que ninguno de los aspectos semiológicos de este pensamiento escapó a la perspicacia clínica de los autores. Sus relaciones con la conciencia hacen de él un pensamiento factual, sus relaciones con la acción lo convierte en un pensamiento motríz, las que tiene con lo inconsciente lo torna un pensamiento simbólico, y las que tiene con el tiempo, lo transforma en un pensamiento actual. Sus relaciones con los otros lo convierten en unpensamiento blanco, sin afectos, y las que tiene con la sociedad en un pensamiento conformista. Así hemos pasado revista a toda la gama de las cualidades de este pensamiento en su vínculo con la realidad que es modelada de una manera específica.

En *El orden psicosomático* (1980), P. Marty reexamina el pensamiento operatorio. Asistimos entonces a una nueva visión del fenómeno clínico. El pensamiento operatorio no es descrito según las mismas coordenadas teórico-clínicas. Simplemente ya no es concebido de la misma manera. Para entender este cambio en el orden epistemológico, hay que dar marcha atrás. En 1966, P. Marty describe la depresión esencial, forma original de la depresión que definió como un descenso general del nivel del tono vital, sin contrapartida económica. Asocia esta modalidad depresiva a los estados operatorios. En 1967 describió por primera vez de manera sistemática los dos grandes movimientos que fundan los procesos de somatización: la regresión y la desorganización progresiva. A partir de aquí, depresión esencial y desorganización progresiva tendrán un destino ligado por su pertenencia a un mismo marco instintivo: el del instinto de muerte. El nuevo edificio teórico construido por P. Marty, sobre la base de una mitología de la evolución e ilustrada en los dos tomos de los *Movimientos individuales de vida y de muerte* (1976-1980), ofrecerá un nuevo marco conceptual apto para dar una nueva interpretación a los fenómenos psicosomáticos. Así, el pensamiento operatorio de 1962 encontrará para P. Marty otro lugar, tanto en el orden clínico como en el de la teoría psicosomática. En el nuevo campo teórico-clínico que concibió, P. Marty hace dos reagrupamientos: el primero consiste en ligar la depresión esencial y el pensamiento operatorio como dos vertientes del mismo fenómeno, «la desorganización más grande de los principios vivos del aparato mental»; el segundo consiste en ligar depresión esencial, pensamiento operatorio y conductas operatorias en una nueva entidad clínica que llama *vida operatoria*. Si queremos realmente medir esta conmoción epistemológica, es suficiente con referirse al tomo II de los *Movimientos individuales de vida y de muerte*. Aquí el pensamiento operatorio no figura en ningún capítulo independiente. Se describe en el capítulo que trata de la depresión esencial. Su eclipse es el resultado de la prioridad que P. Marty ha querido dar al elemento afectivo sobre el elemento intelectual en su examen de las consecuencias de la desorganización mental. La descripción clínica que se desprende es de una tonalidad muy diferente de la de la

comunicación de Barcelona. El paciente es descrito *desde el interior* a través de la negatividad de sus producciones psíquicas. P. Marty nos hace sentir la sensibilidad de su paciente a lo largo de páginas de un gran valor clínico. El paciente está en el centro de la escena y no únicamente su pensamiento. La potencia evocadora de la descripción que da de este enfermo lo hace paradó- jicamente vivo, P. Marty escribe que le: «sugiere a menudo la imagen de un muerto vivo». Por algunas de sus puntualizaciones, esta descripción del sujeto en estado de vida operatoria sugiere la descripción con la que concluye *La investigación psicosomática* donde los autores juzgaban que «era imposible que un ser humano fuera efectivamente tan plano y tan pobre como su manera de ser tendería a hacernos creer».

Así, estas diferentes presentaciones han privilegiado uno de los aspectos clínicos más sobresalientes del estado operatorio, la relación de objeto, el pensamiento, el afecto. No hace falta decir que mirados desde la concepción psicoanalítica estos diferentes aspectos de la relación del paciente operatorio forman un todo cuyos elementos están articulados los unos con los otros. El vínculo que teóricamente les reúne solo puede ser el deseo, el único que puede poner en movimiento el funcionamiento mental. Pero precisamente aquí estamos ante una gran dificultad que se sitúa en el corazón del tema del estado operatorio: *¿Donde está entonces el deseo en el paciente operatorio?*, *¿solamente tiene un deseo?* Todas las observaciones de estos sujetos en estado operatorio describen este rasgo extraño que les conduce a ser vividos por la realidad más que vivirla. «Todo ocurre, escriben P. Marty y M. de M'Uzan en *El pensamiento operatorio*, como si el pensamiento fuera impuesto al sujeto que, no teniendo a su disposición más que este pensamiento, padece la realidad más que vivirla profundamente». En *El orden psicosomático*, P. Marty expresa el mismo sentimiento: «Así desunido desde el fondo de su personalidad, inexpresable, el paciente operatorio sobrevive más que vive». He aquí pues, un modo de existencia muy extraño que nos muestran los pacientes operatorios. Sus relaciones con ellos mismos, como con la realidad social, justifican la apelación de locura *privada*, según la acertada expresión de A. Green. *A partir de este aspecto clínico buscaré el acceso a la comprensión del funcionamiento operatorio*. Aquí, el deseo se traspone en negativo, el sujeto es desposeído de su subjetividad en provecho de la sumisión al orden de la psicología colectiva, las fronteras de su psiquismo están conmocionadas al servicio de una acrecentada potencia conferida a las dos tierras extranjeras que le rodean, la realidad exterior y el soma. La violencia hace estragos por todas partes.

B. Observación clínica

M. Henri T… tiene 35 años. Es informático. Me fue enviado por un melanoma descubierto hace un año. Ha sido operado y desde entonces le vigilan médicamente. No tiene actualmente otro tratamiento. Se ha informado acerca de su enfermedad. Sabe que es un cáncer con pronóstico de evolución rápida. Conoce todo sobre los

porcentajes de supervivencia. A los dos años. A los cinco años. Dentro de algunos meses habrá franqueado el primer cabo. Se vigila regularmente, se mira, se palpa para verificar que nada nuevo aparece en su cuerpo. Toda sensación nueva que venga de las profundidades de su cuerpo es inmediatamente evaluada, do-sificada. Lo único que cuenta: ¿Está o no ligada a su cáncer? Desde hace mucho su médico se esforzó en obtener su acuerdo para consultar un psicoanalista. Henri T… se quejaba desde hacía años de ataques de angustia de carácter difuso, pero que aumentaban cuando tenía que coger el coche o se encontraba en un espacio público. Está casado y es padre de un chico de 12 años.

Durante la primera entrevista, me encuentro frente a un hombre joven, delgado, de contacto más bien fácil. La relación se establece de entrada de una manera directa. No sabe de qué manera la psicología puede intervenir en su enfermedad pero, si ello puede tener un efecto benéfico en su evolución, quiere probar. Se siente muy a gusto, no manifiesta ninguna ansiedad en esta situación que es nueva para él. Me hace preguntas a las que respondo y él responde a las mías con una preocupación de objetividad y racionalidad. Su discurso me enseña con creces que es un hombre inteligente. Dirige con otros dos asociados una «empresa» de informática, en el seno de la que se ocupa especialmente de la concepción de programas. Hace tres o cuatro años era empleado de otra sociedad que tuvo que dejar por conflictos con el director. No se extiende sobre la naturaleza de esos conflictos, pero entiendo que no están ligados a contenidos precisos, iden-tificables, sino más bien a una calidad de relación que no soportaba. Me da algunas informaciones de estilo biográfico sobre su historia en la que busca comunicarme que precisamente no tienehistoria. Hijo único de una pareja sin problemas, una madre que trabajaba en los mercados, un padre recientemente jubilado, antiguo empleado de banca. Una infancia sin crisis con una esco-laridad aceptable. Su mujer es informática como él, pero trabaja en otro sector. Viven con su hijo en un chalet en una lejana barriada.

El sentimiento que me domina en este primer encuentro, es un sentimiento de extrañeza. Vemos un hombre enfermo, cuya enfermedad pone en peligro su vida y que encuentra por vez primera un psicoanalista. Esperaríamos que manifestara en este marco desconocido e insólito un cierto grado de desasosiego o, como mínimo, una molestia, que hable de sus inquietudes al mé- dico que le escucha, de su malestar, que nos cuente su historia cuando le invitamos a hablar de él. Pero nada de esto ocurre. Al contrario, muestra en apariencia una excesiva soltura en la relación conmigo. Su discurso es claro, objetivo, racional, sin ningún afecto que lo module. Detrás de esta fachada de control y de contención siento a este hombre con una gran fragilidad narcisista, como si algo esencial le faltara para mantenerlo en equilibrio.

Durante algo más de un año, las sesiones semanales se llenan de descripciones detalladas y a menudo interesantes de su vida profesional. Me describe minuciosamente los programas que di-seña. Toca la batería en una pequeña orquesta no profesional, me da todos los detalles de la preparación y de la organización de sus

«conciertos». Periódicamente me pide que le haga una valoración. Aprovecho cada vez estas ocasiones para hacerle participar en estos momentos del análisis sobre lo que ocurre entre nosotros. Mi actividad interpretativa permanece en latencia. Nuestras «conversaciones» tratan de establecer y de mantener un *proceso identificatorio* que es lo único que puede permitir la emergencia de movimientos psíquicos en el paciente. En este marco relacional siento que represento para él un objeto relativamente bien investido. Después de las primeras entrevistas su control aparecía como un mecanismo de defensa de tipo obsesivo. La continuación del tratamiento no deja ninguna duda sobre la calidad operatoria del funcionamiento del paciente. Ninguna incursión espontánea en su historia, ningún despegue respecto a la linealidad de su discurso, ningún sueño, ningún afecto transferencial. Una relación «blanca» pero no desprovista de placer por ambas partes.

En la clínica operatoria de Henri T… lo que domina es la depresión esencial. A pesar de la ausencia de queja y un contacto másbien agradable, da la impresión de «arrastrar su esqueleto». Cuando se le interroga sobre ello confiesa que siempre está cansado. Está constantemente a la búsqueda de un empujón que él llama «marcha» y que cruelmente brilla por su ausencia. Henri T… es moderada-mente activo respecto a sus conductas. Su actividad operatoria es sobre todo una *actividad de pensamiento*. En él, el pensamiento funciona en permanencia, a todo gas. Sería inexacto decir que piensa continuamente. Habría más bien que decir que está librado a una actividad de pensamiento continuo. Esta actividad no se presenta como un síntoma. Es relativamente sintónica con su Yo y a veces Henri T… tiene el sentimiento de que se le impone. Las más de las veces está dirigida desde el *afuera*, desde los acontecimientos perceptivos, a la manera de una actividad traumática que se alimenta de las fuentes de la percepción. Pero su carácter más regular es su *concreción.* Cualquiera que sea el punto de partida de su actividad de pensamiento, esta se desarrolla siempre según un modo concreto, práctico, casi técnico. Así piensa en equipar su barco, en hacer otra instalación de electricidad en una habitación de su casa o en concebir un nuevo programa de informática. A esta actividad de pensamiento, Henri T… le dio un nombre: le llama su *delirio*, o más bien sus *delirios,* señalando así el carácter forzado de esta actividad, que escapa a su control.

La observación de Henri T… es una observación entre otras de pacientes en estado operatorio. No es la más caricatural de ellas. La continuación del tratamiento mostrará que durante el proceso psicoterapéutico se opera una cierta movilidad en el funcionamiento mental del paciente. El grado de movilidad y su valor económico son variables en los pacientes operatorios durante un tratamiento psicoanalítico, pero únicamente estos movimientos psíquicos pueden permitirnos acceder a los elementos de comprensión del funcionamiento operatorio.

Poco después de haber atravesado el «cabo de los dos años», y durante el periodo de vacaciones de su analista, Henri T… descubre un ganglio bajo su axila. Se trata de un ganglio canceroso, pero el proceso neoplásico es limitado. No se trata de una

recidiva de su melanoma. No hay metástasis. Es operado rápidamente y retoma su tratamiento psicoterapeútico a la vuelta de las vacaciones.

Sus accesos de angustia se manifiestan de nuevo, a veces tiene dificultades para venir a las sesiones. No entiende el porqué de esta recidiva, ni si los médicos la consideran limitada. De hecho no soporta esta «flaqueza» que no ha podido controlar. En los meses que precedieron estos acontecimientos, Henri T… me habló ampliamente del proyecto de compra de su sociedad por una gran firma de informática. Este proyecto daba lugar a un conflicto, en la medida en que la compra de su sociedad estaba condicionada por su contrato personal en la gran firma compradora. Sin embargo Henri T… esperaba impacientemente la venta de su sociedad para recuperar una fuerte suma de dinero y retirarse de esta vida profesional. En este contexto de negociaciones acerca de su puesto en la nueva sociedad ocurrió la interrupción del tratamiento.

Durante una sesión Henri T… evoca de nuevo su melanoma: «Este melanoma se me ha echado encima. No he hecho nada para merecerlo. No soy religioso pero es como un castigo divino».

Le digo entonces: «Si nos quedamos en su lógica, podríamos decir que si ello se le ha echado encima, es porque usted habría cometido una falta».

Henri T… me responde enseguida que es posible pero que no sabe cuál. Después de una pausa, añade: «Sin embargo hay algo que quisiera decirle. Muy a menudo tengo la impresión de no hacer todo lo que debería hacer, de hacer trampas, de amañar. Yo sé que no hago exactamente todo lo que debo hacer. General-mente no se dan cuenta porque se cómo disimular. Pero me lo reprocho a mí mismo. Sin embargo, si alguien se percata de ello me toca exactamente allí donde me hace mal. Pierdo entonces mis recursos. Es el pánico».

Esta sesión marca un cambio en el tratamiento de Henri T… Por primera vez, respondiendo a una intervención mía, contesta mediante un verdadero proceso asociativo. Su respuesta se desarrolla en dos tiempos, como es habitual en los pacientes neuróticos: primer tiempo: negación; segundo tiempo: asociación. Para Henri T…, primer tiempo: «Es posible pero no se cual (falta)»; segundo tiempo, después de una pausa: «Hay algo que quisiera decirle.». La ruptura en la continuidad lineal del discurso y el cambio de dirección en los contenidos del pensamiento, en relación «lateral» con mi propuesta, firman el proceso asociativo. Las sesiones que seguirán tendrán una tonalidad nueva. Henri T… se sorprende del aflujo de reminiscencias que surgen en su conciencia. Habla de ellas como de un fenómeno nuevo, casi mé- dico, al que estaría sometido a pesar suyo. Por vez primera, después de dos años de tratamiento, me cuenta un sueño, un sueño/río donde se amalgaman elementos de la realidad transferidos a lo idéntico en la textura del sueño y elementos de regresión formal. A partir de estos últimos elementos le invito a asociar, lo que le conduce a evocar recuerdos de su vida del inter-nado. Sus preocupaciones respecto a su futura vuelta profesional se encuentran así asociadas a las vueltas a la escuela en

su ado-lescencia. Después vendrán otros sueños donde, para su gran sorpresa, figurarán personajes de su infancia en los que, según él, nunca había pensado.

Durante este proceso, Henri T… me habla de lo que él llama su sentimiento de inferioridad, que vive casi de manera constitucional, ya que le es muy familiar, así como de la dependencia extrema a las faltas de reconocimiento o de reprobación de la realidad colectiva. Hasta el punto que su humor varía regularmente en función de su dictado. El entorno se convierte en el indicador de su sentimiento de estima de sí mismo. Al mismo tiempo, lo que Henri T… vive de su relación consigo mismo y con los otros es una trágica carencia del Superyó. Solo las figuras sociales, externas, son susceptibles de generar en él un estado de angustia. Fuera de ellas, al abrigo de una autoridad reconocida, no vive ni manifiesta ningún sentimiento de culpa. La falta está per-mitida mientras no le vean. Es esta teleguía, a partir de la realidad colectiva y de sus figuras legales representativas, unida a la falta de culpa, lo que confiere al paciente operatorio, como lo muestra Henri T…, el carácter extraño y, por así decirlo loco, que lo asemeja a un autómata con su fachada de control y sus pilares de una gran fragilidad. Poco a poco, a lo largo de los recuerdos que evoca, se revela, detrás de su fachada de conformismo social, una violencia bruta. Habiendo sido objeto de novatadas cuando entró en una escuela, se sometió sin protestar. *Après coup*, me dijo, no cesó de reírse de la cara de todos los autores de la novatada. Lo hizo sin descanso pero eficazmente. De hecho, la sumisión de Henri T… a la realidad colectiva aparecía cada vez menos como una adhesión automática.; da la impresión que se trataba del resultado de una tensión interna, de una contrainvestidura. Cuando le dije que me mostraba la imagen de un rebelde, lo afirmó con un gesto de evidente placer.

Durante otra sesión, me comunica sus proyectos profesiona-les cuando esté liberado de sus nuevas funciones. Quiere ocuparse de la venta de «lencería para mujeres obesas» por corresponden-cia. Sorprendido por esta nueva orientación profesional, le pre-gunto acerca de lo que le condujo a esta elección. De nuevo, soloobtengo una serie de racionalizaciones. Acordándome de que su madre vendía en el mercado lencería femenina, le digo: «Así, usted se acerca a los intereses de su madre». Su primera reacción fue de sorpresa. No lo había pensado. Después, por primera vez en el tratamiento, se desencadenó un acceso de angustia. Ante su incapacidad momentánea para pensar, le dejo que encuentre poco a poco su control y el acceso desaparece. En la sesión siguiente retoma espontáneamente su crisis de angustia. La idea de asociarla a su madre y a su familia le hace temer volverse loco, derivar hacia la enfermedad mental. Me comunica entonces que varios miembros de su familia fueron enfermos mentales: el padre de su madre era un deprimido, la madre de su padre se suicidó, las hermanas del padre son descritas como psicóticas y su madre siempre tuvo un fondo depresivo. Estas evocaciones de su historia familiar no solamente le acarrean un sentimiento de angustia, sino que también colorean por vez primera con un tono persecutorio nuestra relación. Califica su historia de ser una «mierda» y está impaciente por quitársela de encima, es decir, de nunca más pensar

en ella. Dicho de otra manera, yo no estoy muy lejos de ser aquel que le pone «la nariz en la mierda». Se entiende entonces el sentido que puede tener para él una relación de estilo operatorio donde nada del pasado podrá resurgir, donde se hará todo lo posible para que no pueda resurgir. Una relación en la que el prójimo, hecho a su imagen, será neutralizado en su alteridad y en sus potencialidades persecutorias.

El tratamiento continúa regularmente y los diferentes con-troles de salud son negativos. Como en todo tratamiento psicoanalítico, y aún más, no hace falta decirlo, en lo que nosotros hacemos con los pacientes operatorios, el mantenimiento de la continuidad de la investidura relacional prima sobre la actividad interpretativa. Ésta solo puede ser recibida y asimilada por el paciente en su economía psicosomática, sobre la base de un crédito libidinal suficientemente consecuente. Es lo que en parte justifica la duración de los tratamientos y la paciencia con la que el analista debe arroparse.

C. *Elementos para una metapsicología del funcionamiento operatorio*

1. Psicología colectiva y realidad operatoria: el lugar del narcisismo

Cuando consideramos el estado operatorio a partir de las descripciones que sus fundadores dieron de él, descripciones que más tarde los psicosomatólogos pudieron confirmar en sus observaciones, el aspecto más manifiesto que cae por su peso es esta forma singular de realidad que parece tan íntimamente ligada a la modalidad del pensamiento del paciente. Sin embargo, a mi entender, no se ha señalado suficientemente la relación que existe entre la realidad operatoria y la que procede de la psicología colectiva. Es cierto que todos los autores han remarcado el carácter conformista del pensamiento operatorio respecto a los valores sociales comunes o a los ideales reinantes. Esta relación se sitúa sobre el plano fenomenológico o descriptivo. Lo que quisiéramos mostrar, es que la relación entre realidad operatoria y realidad colectiva se sitúa en un plano más profundo, estructural, por donde el acceso a la metapsicología del funcionamiento operatorio aparecerá más comprensible.

Para el paciente operatorio la realidad solo tiene una cara, la que se impone a él con evidencia. No piensa que pueda tener varias facetas. Vive en un modo binario: es o no es. No conoce los tormentos del pensamiento, las dudas, los titubeos, los tanteos. Solo se reconoce en un único modo de pensamiento. La objetividad, la racionalidad son sus únicos criterios para evaluar la realidad. La presencia de estos elementos clínicos que acabo de enunciar es, sin embargo, *insuficiente* para hablar de estado operatorio en un sujeto. En el paciente operatorio hay aún más. Es un paciente loco. ¿En qué consiste su locura? Reside en que es vivido por esta realidad en lugar de promoverla él. Es un sometido a esta realidad como el delirante lo es a sus voces. Es este aspecto fundamental de su organización mental el que se revela en el carácter automático de su pensamiento y de sus conductas. Es también este aspecto el que le

hace percibir a su semejante como una envoltura vacía, vacía de subjetividad. De esta manera, y visto desde este ángulo, es necesario reconocer la presencia de estos dos tipos de aspectos clínicos en un paciente, uno positivo y otro negativo, para afirmar el diagnóstico de estado operatorio.

En 1921, Freud escribe un artículo, «La psicología colectiva y análisis del Yo». Si busca en las observaciones de la psicología social de los materiales clínicos alejados del marco del tratamiento, es porque encuentra en ellos una vía de acceso a la comprensión profunda del Yo. Se sabe que este estudio conducirá a la puesta en evidencia de dos mecanismos que comprometen al Yo en su organización: la idealización y la identificación. Si estas observaciones interesaron a Freud, es porque muestran que en ciertas situaciones, en este caso colectivas, el Yo de un sujeto puede sufrir transformaciones sensibles de su estructura. «Hemos, escribe Freud, tomado como punto de partida este hecho fundamental de que el sujeto que forma parte de una multitud padece bajo su influencia cambios profundos en su actividad psí- quica. Su afectividad sufre una exageración extraordinaria, mientras que su actividad intelectual se encuentra considerablemente reducida y retraída. La exageración de una y la reducción de la otra se efectúan en el sentido de la asimilación de cada individuo de la masa a todos los otros. Este último resultado solo se puede obtener por la supresión de todos los modos de inhibición propios a cada uno y por la renuncia a lo que presenta de individual y de particular las tendencias de cada cual». Si comparamos la actividad psíquica de un individuo en una muchedumbre con la de un sujeto en estado operatorio, nos percatamos inmediatamente de lo que les semeja. Tanto en uno como en otro, el pensamiento ha perdido sus cualidades individuales, lo que le da su singularidad, su unidad. Se ha convertido en un pensamiento a las órdenes de lo colectivo. Se ha convertido en un pensamiento colectivo, conforme a un mismo y único modelo. Un no-pensamiento. El otro aspecto fundamental que Freud retiene de la actividad psíquica de un individuo dentro de una masa, la exageración de la afectividad, parece, al contrario, ausente en el sujeto en estado operatorio. A la inversa, encontramos en él una gran carencia de manifestaciones afectivas que se ilustra en la vivencia de la depresión esencial. Siguiendo su estudio, Freud nos dice que todas las explicaciones que le han sido aportadas por los autores que hablan de las modificaciones psicológicas del sujeto en la masa, se reducen a una sola: la de la *sugestión.* «Estamos así preparados, escribe, a admitir que la sugestión (o más exactamente la sugestibilidad) es un fenómeno primitivo e irreductible, un hecho fundamental de la vida psíquica del hombre». Mediante esta vía Freud tratará de aplicar la teoría de la libido a la psicología colectiva. Así las relaciones de los individuos en el seno de la masa y las que ligan a cada uno con el líder, son postuladas como libidinales. Este punto nos interesa en la medida en que en el paciente operatorio nosotros señalamos repetidas veces su extrema sensibilidad a las muestras de reconocimiento y de reprobación que provienen del exterior (socius). Las variaciones de su sentimiento de estima de sí, parecen en efecto, directamente ligadas

a estas muestras de la realidad colectiva. El mantenimiento de las condiciones adecuadas en el entorno, a las que P. Marty acordaba tanta importancia en la homeostasis del paciente operatorio, puede entenderse bajo este ángulo. Después de haber fundado su concepción de la psicología colectiva sobre vínculos libidinales, Freud continuó su demostración aportando, en cierta manera, la prueba de lo contrario: «Para convencernos una vez más de que la esencia de la masa consiste en vínculos libidinales que la atra-viesan de parte a parte como una red compacta, solo tenemos que analizar el fenómeno del pánico». Aquí describe el estado de desorganización ansiosa que se apodera de cada miembro de la masa cuando la estructura libidinal que la mantiene se relaja o se rompe. No es difícil encontrar en el paciente operatorio una amenaza de desorganización semejante cuando su vínculo con las «condiciones adecuadas del entorno» se relaja o se pierde. Sabemos entonces el riesgo que corre en estas circunstancias, sobre todo en el plano somático.

Este estudio comparativo entre psicología colectiva y estado operatorio no debe conducirnos a asimilar el uno con el otro, sino más bien a buscar en qué aspecto el estado operatorio representa una desviación patológica respecto al estado de un sujeto sometido a las condiciones de la psicología colectiva. En efecto, si hasta aquí hemos aproximado estos dos estados, ahora debemos decir en qué se diferencian fundamentalmente. Las modificaciones de la actividad psíquica de un individuo dentro de la masa resultan para Freud de un proceso de regresión que afecta el ideal del Yo. «Una masa psicológica, escribe en "XXXI Conferencia" (1932), es una reunión de individuos que han introducido la misma persona en su Superyo y que, sobre la base de esta comunidad, se han identificado los unos con los otros en su Yo». En la coyuntura colectiva el ideal personal histórico de un sujeto se borra momentáneamente, para dar lugar a una figura superyoica exterior. Este movimiento del adentro hacia el afuera representa el trayecto inverso, regresivo, del desarrollo del Superyó a partir de las figuras de los padres reales. En el individuo en una situación colectiva, este movimiento regresivo es teóricamente reversible. Por otro lado, implica, de una parte, que coja su fuerza de la coyuntura colectiva real y, de otra, que repose sobre un cré- dito narcisista gracias al cual las modificaciones libidinales y afectivas podrán realizarse. En el paciente operatorio se nos abre un camino señalado por la ausencia de expresión afectiva que hemos indicado en él al principio de este estudio comparativo. Esta ausencia es ausencia de libido. No se expresa porque no la tiene. Estamos aquí en una coyuntura de negatividad libidinal que afecta las bases mismas del Yo. Lo que busca afuera, mediante su conformidad con los valores colectivos, es lo que no tiene adentro. Mientras que, comparativamente, el sujeto dentro de la masa encuentra afuera la chispa para liberar las potencialidades libidinales internas. Por ello el estado operatorio no puede simplemente resultar de un proceso de regresión. Es el resultado de una distorsión profunda de la que precisamente tratamos de poner en claro los diferentes elementos de los que procede. De su comparación con la psicología colectiva retendremos que el estado operatorio

hace revivir a través de la realidad operatoria una *figura regresiva del Superyó*.

«Del ideal del Yo, escribe Freud al final de su texto «Introducción al narcisismo», una vía importante conduce a la comprensión de la psicología colectiva». Podemos dar la vuelta a este enunciado y decir que de la psicología colectiva una vía importante conduce al ideal del Yo y al narcisismo. Para Freud, el ideal del Yo narcisista se forma a partir de grandes cantidades de libido esencialmente homosexual. Es decir, siempre que en la coyuntura normal el sujeto pueda permitirse vivir en un régimen de relativa abundancia desde el punto de vista narcisista. Es precisamente aquí donde encontramos una de las diferencias con el sujeto operatorio. En él, es más bien el régimen de penuria lo que prevalece. La depresión esencial, de la que hemos señalado su papel determinante en los estados operatorios, no es la única razón clí- nica que nos incita a afirmar a este respecto la existencia de una alteración mayor del narcisismo.

En su texto de introducción al narcisismo, Freud no dice nada sobre las perturbaciones a las que el narcisismo primario está sometido. Simplemente indica la importancia y, como a menudohace, remite su estudio a otras ocasiones. De hecho «Pulsiones y destinos de las pulsiones» (1915) puede leerse como una prolongación del estudio sobre el narcisismo. Revela allí la manera en que el narcisismo primario puede mostrar su calidad y su acabamiento. Analizando la doble inversión como destino pulsional, Freud describe las bases narcisistas primarias del Yo. La aptitud del Yo para disfrutar en una posición pasiva es el indicador de su calidad y de su capacidad narcisista. «Nos acercamos a la manera de ver más general, escribe Freud, según la cual, los destinos de las pulsiones que son la vuelta sobre el propio Yo y la transformación de la actividad en pasividad, son dependientes de la organización narcisista del Yo y llevan en ellos el sello de esta fase». Esto nos lleva a la clínica de los estados operatorios. La actividad es una de las piezas clave de la vida de un sujeto en estado operatorio. Habitualmente, responde más a una dificultad que a una elección deliberada. No oscila con estados de pasividad, pero cuando la actividad se interrumpe se inclina frecuentemente hacia estados de hundimiento. En el paciente operatorio la pasividad no se evita, simplemente es desconocida en él. No tiene acceso a ella. Para M. Fain, en su «Preludio a la metapsicología de la vida operatoria», «la sobreinvestidura de la actitud activa a ex-pensas de la pasividad es el componente esencial del clásico narcisismo fálico». Así nos encontramos en presencia de una organización narcisista cuyas referencias estructurales están totalmente perturbadas. Tópicamente, el narcisismo del sujeto operatorio se encuentra orientado hacia el exterior, hacia la realidad colectiva y no hacia el interior, hacia la realidad interna. Busca la vía de su satisfacción en la realización de conductas con- formes a los valores sociales y no en la ensoñación («rêverie»). No conoce la distensión ni el reposo y se agota en la búsqueda permanente de la satisfacción ilusoria de un exigente ideal. Se trata de un narcisismo cuyo encuadre se realiza por los valores de la realidad colectiva. Se entiende entonces que el paciente operatorio

trate indefinidamente de acrecentar su sentimiento de estima de sí mismo porque es incapaz de alimentarlo desde el interior a partir de la dinámica de su deseo. En resumen, se trata, como lo dice M. Fain, de un *narcisismo de comportamiento.*

En 1915, Freud concibe el destino general de las pulsiones como un movimiento gradual y descompuesto. La imagen de las capas sucesivas de lava da cuenta de la concepción según la cual la sexualidad evoluciona por una vía gradual y hacia fines quepueden oponerse unos a otros. Así la orientación comportamental del narcisismo en el paciente operatorio se opone a una orientación del narcisismo según una modalidad más evolucionada que implica aptitudes para la pasividad erótica. Los tratamientos psicoanalíticos muestran que estas aptitudes pueden revelarse a lo largo del proceso terapéutico según diversos grados. Sin embargo, cuando el narcisismo de comportamiento domina, es el resultado de una relación de fuerzas entre los diferentes componentes narcisistas. El defecto de pasividad en el paciente operatorio, es uno de los aspectos clínicos más elocuentes a partir de los que cons-truimos, en él, la representación de un déficit narcisista primario. El segundo de estos aspectos clínicos concierne la economía del odio. Para Freud, en 1915, el odio emana del Yo narcisista, en su recusación del mundo externo dispensador de excitaciones. Aquí tenemos en el paciente operatorio un segundo indicador clí- nico de la mala calidad de su organización narcisista de base, porque habitualmente el odio está ausente de sus aptitudes afectivas. Es esta ausencia de odio, junto a la ausencia de pasividad, lo que confiere este rasgo tan patente que es la ausencia de densidad subjetiva. Frente a una coyuntura generadora de herida narcisista, en lugar de un odio ausente, el sujeto en estado operatorio reacciona según modos que escapan a su voluntad: el incremento de la depresión esencial, los procedimientos autocalmantes o la somatización.

Esta primera dirección que hemos tomado para analizar el funcionamiento operatorio nos conduce a la puesta en evidencia de una primera constelación metapsicológica: *la organización de-ficitaria del narcisismo primario y la instauración de un narcisismo de comportamiento.*

2. Melancolía y depresión esencial: el lugar del Superyó

Varias veces he señalado el lugar de la depresión esencial en la clínica de los estados operatorios. A partir de otro punto de vista, el del afecto, voy a tratar de continuar el análisis metapsicológico del funcionamiento operatorio.

En enero de 1966, en la introducción del VIII Seminario de perfeccionamiento, P. Marty presenta su comunicación sobre la depresión esencial. La definió como una modalidad original de depresión que obtiene su originalidad de ese hecho, fundamental para él, que era el descenso del nivel del tono libidinal sin ninguna contrapartida económica. Su diagnóstico reposa primero en un conjunto de elementos semiológicos negativos que se resumen en la fórmula de una *depresión sin expresión*. Es esta inexpresividad lo que la diferencia teóricamente de otras formas clínicas de

depresiones, neuróticas o psicóticas. Pero no se puede fundar un diagnóstico positivo exclusivamente por una serie de signos negativos, es decir ausentes. Por eso, en su comunicación, P. Marty insiste sobre otros dos aspectos clínicos. En primer lugar, una calidad de percepción afectiva en el psicoanalista. El paciente está presente pero vacío. Ninguna modulación afectiva sostiene su discurso ni acompaña los acontecimientos relacionales del encuentro con el psicoanalista. En segundo lugar, la localización de un cierto número de funciones mentales cuya investigación permite afirmar a posteriori (après coup) que han sido objeto de un proceso de negativización. Aquí el borrado, en tanto que resultado de un proceso dinámico, toma un valor positivo. El resultado clínico es lo que P. Marty llama una *fragmentación funcional*. En definitiva, para su autor, la depresión esencial testimonia un grado más o menos importante de desaparición de la libido, tanto narcisista como de objeto, teniendo como única contrapartida económica la desorganización de las funciones mentales. Sin estar directamente ligada conceptual-mente a la vida operatoria, la depresión esencial preludia habitualmente su instalación para confundirse con ella en cuanto se establece la cronicidad.

En 1963, los autores de *La investigación psicosomática* ya habían reconocido la existencia de una modalidad particular de depresión que se encontraba frecuentemente en los paciente somá- ticos. Aquí, contrariamente a la comunicación de 1966 donde la depresión esencial es objeto de una sistematización tanto clínica como teórica, no encontramos más que algunas menciones clí- nicas y descriptivas. Comentando la observación de Gisèle W…, los autores describen estados depresivos bastardos que se traducen clínicamente por fatiga, malestar ansioso y un sentimiento puro de depresión. «Son, escriben, *depresiones sin objeto*, ni autoacusación, ni culpabilidad consciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y de herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática. Un cuadro tal, siguen diciendo, debe ponerse evidentemente en relación con la precariedad del trabajo mental».

Se ve enseguida la diferencia entre estas dos presentaciones. Ponen en evidencia la denominación de la entidad depresiva que se desprende del trabajo analítico. En *La investigación psicosomá- tica* se trata de una depresión sin objeto; en la comunicación de 1966, de una depresión esencial. Si los nombres significan algo, deberíamos darnos cuenta de que la diferencia de denominación recubre una diferencia de concepto. La depresión sin objeto inscribe la depresión en una red compleja de la dinámica de los representantes pulsionales en el seno de la cual objetos y afectos se juntan y se separan según el proceso dominante de investidura, de desinvestidura o de reinvestidura. En este marco conceptual, la ausencia de objeto puede tomar varias significaciones. Puede estar ausente crónicamente o temporalmente. Puede estar presente pero indisponible. Puede concernir el Yo mismo, tener una calidad narcisista u objetal. «Sobre todo, y aquí está el punto importante, la denominación de depresión sin objeto permite leer inmediatamente que

el proceso depresivo afecta el campo del narcisismo». La depresión esencial pertenece a otro marco conceptual. Solo es legible teóricamente si la referimos al modelo psicosomático de P. Marty. En este marco, representa el testimonio clínico de la corriente contra-evolutiva. Mediante el calificativo de esencial, P. Marty quiso dar a todas las depresiones una calidad afectiva de base que secundariamente se enriquecerá según las modalidades propias y la riqueza de la mentalización de cada uno.

Volvamos a la clínica. En 1980, en *El orden psicosomático*, P. Marty describe de nuevo la depresión esencial. Esta vez, como ya lo hemos indicado, está ligada al pensamiento operatorio, como dos caras de un mismo fenómeno, el de la desorganización mental.

Lo que retendremos de este recuerdo histórico de la depresión esencial es, por un lado, que resulta de un proceso de desinvestidura narcisista y, por otro, que este proceso debe ser concebido en primer lugar respecto a la organización del pensamiento operatorio.

Aparentemente todo opone el cuadro clínico de la depresión esencial al cuadro clínico de la melancolía. Aquí los síntomas son ruidosos y espectaculares. Allí son silenciosos y pasan desaperci-bidos. Aquí las quejas invaden el campo relacional. Allá son casi inexistentes. Aquí el sentimiento de culpa es consciente, doloro-samente agudo y arrastra la adhesión del Yo del paciente. Acá está ausente. Aquí el sujeto está inhibido en su actividad, incluso postrado. Allá el paciente continúa maquinalmente sus actividades. El único síntoma que aproxima los dos cuadros clínicos es el hundimiento del sentimiento de estima de sí mismo. Por otro lado, es interesante notar que todo lo que opone la depresión esencial a la melancolía acerca ésta al duelo normal, y lo que la acerca, la pérdida del sentimiento de estima de sí, la opone al duelo normal. Todo ocurre como si la melancolía se situara en un lugar intermedio entre duelo y depresión esencial. De alguna manera representaría un intermedio entre uno y otra.

En la introducción a su estudio «Duelo y melancolía» (1915), Freud indicaba ya que ciertas formas clínicas de la melancolía evocaban más afecciones somáticas que afecciones psicógenas. Pero es a lo largo de su texto, después de haber fundado metapsicológicamente la fórmula del melancólico, cuando Freud somete a interrogación esta propuesta sorprendente: «A estas consideraciones se refiere la cuestión de saber si una *pérdida del Yo sin que el objeto intervenga* (afección del Yo puramente narcisista), no es suficiente para engendrar un cuadro de melancolía, si un empobrecimiento directamente tóxico en la libido del Yo no puede producir *ciertas formas de la afección».* Dicho de otra manera, Freud habla de una *melancolía sin objeto.* Detengámonos un momento en este pasaje capital para nuestra perspectiva de «Duelo y melancolía». ¿Cuáles son las consideraciones a las que Freud hace referencia en su texto, y con qué relaciona la propuesta de una melancolía sin objeto? Son consideraciones de orden económico las que conducen a Freud a interrogarse

sobre las diferentes modalidades de resolución del acceso melancólico. En este contexto retoma la metáfora quirúrgica que utilizó en su Manuscrito G, en 1895, para definir el complejo melancólico asi-milado entonces a una herida abierta que atrae hacia ella grandes contra-investiduras cuyos efectos conducen a empobrecer el Yo. La metáfora de la herida abierta se debe traducir por: herida del Yo. Pero el Yo del melancólico, según el análisis al que Freud llega, es un Yo transformado por la identificación a un objeto. Aquí interviene el objeto. Asociativamente aparece esta idea genial en Freud al preguntarse si una misma herida del Yo no podría ocurrir *fuera* de este proceso de regresión que, a partir de una investidura narcisista del objeto, conduce a una identificación del Yo con el objeto perdido. Si la respuesta a esta cuestión es afir-mativa, tenemos que pensar, tal como Freud lo presenta, en la existencia de una melancolía sin objeto, es decir, «sin que el objeto entre en consideración»; dicho de otra manera, una melancolía que se inscribe exclusivamente en el marco de una afección narcisista del Yo. Tengamos la valentía de dar un paso más. «Con-sideramos entonces que la melancolía sin objeto no es otra cosa que la depresión sin objeto de los psicosomatólogos». Este resultado está de acuerdo con lo que dice Freud. En efecto, en esta coyuntura puramente narcisista, *únicamente* pueden ser produci-das ciertas formas de la enfermedad.

Estamos clínicamente en presencia de dos formas de melancolía, una clásica, donde interviene el objeto y que responde al cuadro habitual de la melancolía, y una forma sin objeto, que re-cubriría una u otras formas clínicas. Propongo concebir la hipó- tesis según la cual el cuadro clínico de la depresión esencial correspondería precisamente a estas otras formas clínicas de la afección melancólica.

Continuemos el estudio comparativo de la depresión sin objeto y de la melancolía, guardando en la mente que la depresión sin objeto y la melancolía sin objeto abarcan la misma realidad. Desde el punto de vista de la metapsicología, la melancolía reposa sobre dos bases, un proceso de regresión que conduce a la identificación del Yo al objeto perdido, objeto cuya calidad narcisista ha sido reconocida, y una relación del Yo así transformado en Superyó, en el seno de la cual el sadismo del Superyó castiga cruelmente al Yo en una posición masoquista. Acabamos de ver que la depresión sin objeto respondería a una pérdida narcisista del Yo. El estudio comparativo entre psicología colectiva y realidad operatoria desembocaba en la hipótesis de un déficit de la organización narcisista primaria en el sujeto en estado operatorio. En la depresión sin objeto concebimos pues la pérdida narcisista del Yo, principalmente como una pérdida narcisista primaria. No hace falta decir que en esta coyuntura las relaciones entre el Yo y el Superyó afectarán de otra manera a la que ocurre en las relaciones que se establecen en la melancolía debido a la presencia a la vez tópica, dinámica y económica del objeto.

El Superyó, tal como lo señala D. Braunschweig, es algo más que una instancia. Constituye al sujeto. Sin duda podemos llevar esta propuesta hasta enunciar que sin Superyó no hay sujeto. De-sarrollos teóricos de *Tótem y tabú* revelan que la

conciencia es el precio que tiene que pagar el hombre por acceder a su calidad humana. Desde este punto de vista debemos reconocer que todos los hombres no pagan el mismo precio. ¿Pero son por ellomás libres y no pagan de otra manera la insuficiencia, por ejemplo, con ausencia de conciencia moral? Estas consideraciones nos llevan a la clínica de los estados operatorios. La ausencia del sentimiento de culpabilidad, en todo caso de su expresión, es uno de los rasgos más extraños del sujeto en estado operatorio. Sabemos que este sentimiento es el testimonio de la tensión que sufre el Yo en su relación con el Superyó. Es decir que la ausencia de este sentimiento traduce la ausencia del Yo. Esta es una hipó- tesis que no rechazamos, tanto más en cuanto concuerda con los resultados a los que hemos llegado anteriormente, como lo es la pérdida narcisista primaria del Yo. Pero el trabajo analítico con los pacientes operatorios nos invita a considerar las relaciones con su Superyo de una manera compleja. Recordemos que Henri T… se quejaba de no entender por qué cayó enfermo y protestaba por no merecer este «castigo divino». Al mismo tiempo no manifes-taba ni sentía ningún sentimiento de culpabilidad. En suma, todo ocurría como si hubiera conservado las huellas del contenido de la culpabilidad pero habiendo perdido su sentimiento. *No se sentía culpable sino enfermo*. A este propósito volvamos a nuestra comparación entre depresión sin objeto y melancolía. En el paciente melancólico ocurre lo contrario: exhibe su culpabilidad y la reivindica, pero no está enfermo. Esta inversión referida al estatuto del sentimiento de culpabilidad entre estado operatorio y melancolía, revela lazos profundos e íntimos entre las estructuras pulsionales de estos dos estados cuya naturaleza queda aún por precisar. La continuación de la observación de Henri T… mostraba, por un lado, autorreproches referidos a su no-conformidad sobre lo que debía *hacer* y, por otro, evocaciones cargadas de una agresividad bruta hacia representantes de la colectividad. Hay que recordar aquí que la fórmula completa del Superyó tal como nos es dada por Freud en «El Yo y el Ello» (1923) comprende dos imperativos: uno positivo, «sé así», y otro negativo, «no seas así». El primero se refiere al ideal del Yo, el segundo al Superyó propiamente dicho. De todas maneras, y este es un punto importante, el ideal del Yo es una función a cargo del Superyó. Si los autorreproches de Henri T… traducen de hecho su sumisión al ideal, es en razón de una distorsión profunda del Superyó cuyo aspecto prohibitivo está borrado. *El ideal ocupa entonces todo el espacio*. El Superyó, como heredero del complejo de Edipo, no puede conducir a una estructura acabada y, por tanto, completa, más que si los primeros objetos de investidura eróticoshan sido desexualizados y de este modo poder superar el complejo de Edipo. En su «XXXI Conferencia», Freud indicaba ya, que cuando el complejo de Edipo no ha sido suficientemente superado, la consecuencia más importante que se deriva es un debilitamiento de la fuerza del Superyo, es decir, un inacabamiento de su estructura pulsional. En esta coyuntura el ideal substituye al Superyó propiamente dicho. Así, en este sentido, la agresividad cruda que expresaba Henri T… revela la ausencia de control y de elaboración de sus pulsiones agresivas,

debida a la ausencia de un verdadero Superyó interiorizado. Estas consideraciones surgidas de materiales clínicos señalan los defectos mayores de la constitución y de la organización del Superyó en los sujetos en estado operatorio.

Bajo este ángulo, la enfermedad operatoria puede concebirse como una enfermedad del Superyó, dado que éste se comporta de una manera muy especial. Ya hemos dicho que en la melancolía el sentimiento de culpa es muy consciente. Esta agudeza de la conciencia de culpa está ligada al predominio del sadismo del Superyó sobre el masoquismo del Yo en su estructura relacional. En la depresión sin objeto, es el Yo mismo el que se pierde como objeto, por el hecho de que en él se perdieron cantidades más o menos importantes de libido. La desinvestidura narcisista del Yo conduce a la pérdida de su calidad objetal. El final de este proceso es la desaparición del Yo en tanto que objeto de sus pulsiones. Así podemos decir que en la depresión sin objeto el Superyó subyugado al ideal ha perdido su objeto, el Yo. *Es un Superyó sin objeto.*

La ausencia del sentimiento de culpa en el paciente operatorio nos conduce a evocar las relaciones entre la enfermedad operatoria y el *masoquismo moral*. En «El Yo y el Ello» (1923), Freud da a la reacción terapeútica negativa el valor de un indicador del comportamiento del Superyó en todas las afecciones neuróticas. Está dispuesto a considerar que en las afecciones neuróticas más graves se manifiesta en su mayor intensidad. Para Freud es el testimonio clínico del masoquismo moral. Sin embargo, en este marco del masoquismo moral, el sentimiento de culpa es mudo, puesto que es inconsciente. Sabemos que se afirma mediante el estado de la enfermedad y no a través de la culpa. En la relación del Yo con el Superyó predominan las tendencias masoquistas del Yo sobre el sadismo del Superyó. Así, del lado de la enfermedad operatoria tenemos un sentimiento de culpa ausente y del lado del masoquismo moral, un sentimiento de culpa inconsciente. La diferencia está, como hemos dicho, en que del lado operatorio el Yo está ausente, mientras que del lado del masoquismo moral el Yo permanece presente pero es inconsciente. Sin embargo, diversas observaciones clínicas de pacientes operatorios aquejados de afecciones somáticas graves, me dieron a menudo la impresión, de que la aparición de una crisis somática nueva, es decir una recidiva, era «acogida paradójicamente con una satisfacción cuya cualidad masoquista no ofrecía ninguna duda». Estas observaciones clínicas tocan los límites de lo que considero concebible. Evocan esta otra ingeniosa observación de Freud en «El problema económico del masoquismo», respecto del masoquismo moral: «Es igualmente instructivo aprender que, *contra toda teoría y toda expectativa,* una neurosis que ha desafiado todos los esfuerzos terapéuticos puede desaparecer cuando la persona cae en el infor-tunio de un matrimonio desgraciado, ha perdido su fortuna o ha contraído una temible enfermedad orgánica. *Una forma de sufrimiento ha sido aquí sustituida por otra y vemos que se trata de poder mantener una cierta cualidad de sufrimiento»*. Aquí se plantean interrogantes que afectan a los procesos de las transformaciones, de las

degradaciones, de las energías pulsionales y a su inclinación hacia el campo de lo somático. La única cosa que podemos deducir de las observaciones enigmáticas de las que hice mención más arriba, es que una afección somática puede ser objeto en un segundo tiempo de un proceso de reinvestidura psíquica, ante todo masoquista, dando así testimonio de la recuperación libidinal del Yo.

Esta segunda dirección que hemos tomado para analizar el funcionamiento operatorio nos conduce a despejar una segunda constelación metapsicológica: *la existencia de un Superyó sin objeto y reducido a su función de ideal.*

3. Estado traumático y estado operatorio: el lugar de la pulsión de muerte

Cuando hemos analizado la realidad operatoria, la hemos aproximado en su naturaleza a la realidad colectiva. La hemos descrito, como decía Freud, como una realidad que se opone fundamentalmente a una realidad individual y hemos insistido sobre todo en su inscripción tópica. Sin embargo, no hemos abordado otra dimensión de esta realidad: su dimensión económica. Esta es inmediatamente legible y se resume en una cualidad particular de los fenómenos clínicos: *la repetición*. A partir de este nuevo punto de vista, el análisis del funcionamiento operatorio se establece a partir de bases metapsicológicas más sólidas y más próximas a la realidad clínica.

Uno de los aspectos que no puede dejar de desconcertar al psicoanalista en su encuentro con un paciente operatorio es el efecto de la uniformidad de su discurso, su estructura homogénea, lineal y repetitiva. Nada se parece más a un discurso operatorio que otro discurso operatorio. Aquí la descripción de los hechos se adelanta a la narración. La historia se declina como una biografía. Las categorías del tiempo se colocan en un mismo plano, el presente. Las palabras para decir las cosas han perdido su sabor enigmático. La realidad se reduce a su valor funcional y, entonces, no nos sorprende ver que la repetición ocupa todo el espacio.

En un texto escrito en 1969, «Lo mismo y lo idéntico», a propósito de la compulsión a la repetición, M. de M'Uzan propone distinguir dos categorías de fenómenos, la categoría de lo mismo y la categoría de lo idéntico. Pone la diferencia en la cualidad y el grado de elaboración del pasado de cada sujeto. Para este autor, la categoría de lo idéntico se encuentra en la clínica, sobre todo en pacientes con organizaciones próximas a las neurosis actuales y en los estados operatorios: «En la repetición de lo idéntico, escribe, lo más cercano a la sensorio-motricidad parece siempre lo más notable. La repetición en cuestión es, por decirlo así, la de una experiencia de descarga, donde lo económico domina absolutamente». La primera descripción del pensamiento operatorio, tal como la he comunicado en la primera parte de este trabajo, señalaba un conjunto de cualidades que traduje como pensamiento motriz, remarcando así la dimensión económica sobre la que sus autores quisieron insistir. Esta dimensión de descarga es aún más elocuente cuando se contempla otro aspecto de la vida del sujeto en estado operatorio: sus conductas

autocalmantes. Como lo describí, junto a G. Szwec, siguiendo los trabajos de M. Fain, se trata de sistemas que utilizan principalmente la vía de la motricidad, cuya característica esencial desde el punto de vista clínico, es estar sostenidos por una compulsión de repetición a lo idéntico. Su significación de contrainvestidura respecto a las potencialidades o a los estados traumáticos se confirma clínicamente por la emergencia de una angustia de calidad difusa, pa-riente próximo del estado de desamparo, o de una somatización. Su presencia en la vida del sujeto, como lo muestran numerosas observaciones clínicas, es teóricamente y lo más a menudo prácticamente incompatible con aptitudes para la regresión formal del pensamiento. En su «Preámbulo a un estudio metapsicoló- gico de la vida operatoria» (1991), M. Fain contempla que no solamente las conductas operatorias, sino también el pensamiento operatorio y la realidad que resulta de él, representan un vasto sistema calmante que trata de mantener indefinidamente en latencia y de agotar una excitación salida de una coyuntura traumática. La dimensión motriz del pensamiento operatorio, así como su carácter indiferenciado que lo opone a un pensamiento rico en contenidos individuales, confirman para mí esta interpretación e inscriben el estado operatorio en el punto de mira de la neurosis traumática.

En 1920, Freud escribe «Más allá del principio de placer», el estudio que va a trasformar en profundidad y hasta en sus bases fundamentales la teoría psicoanalítica. Este estudio reposa clínicamente en la compulsión de repetición, y la neurosis traumática ocupa un lugar esencial, casi exclusivo, en el determinismo de las consideraciones teóricas que serán desarrolladas. Las neurosis de transferencia habían convencido a Freud del papel primordial del principio de placer en el curso de los acontecimientos psíquicos. Pero más se alejaba de la neurosis de transferencia, más este principio perdía su exclusividad y era disputado por otras tendencias. Será la neurosis traumática la que Freud escogerá como prototipo de la organización mental apta para esclarecer las relaciones entre el principio de placer y las tendencias que pueden oponérsele o contrariarle. Para introducir la pulsión de muerte Freud describe los fenómenos de compulsión de repetición en el seno de numerosas figuras clínicas: los sueños de la neurosis traumática, el juego del niño y los fenómenos de la transferencia. Sin forzar las cosas, se podría sin duda añadir un cuarto capítulo a esta ar-gumentación clínica haciendo figurar las conductas autocalmantes, surgidas de los estudios psicosomáticos contemporáneos.

Lo que se descubre rotundamente en «Más allá del principio de placer» es la reconsideración del funcionamiento mental desde una perspectiva económica. El modelo de la neurosis traumática que Freud utiliza para introducir la pulsión de muerte y la nueva dualidad pulsional evoca entonces un retorno a la neurosis actual de la que, recordemos, Freud no pudo abordar su estudio más que desde el ángulo económico para concluir que no se podía ir más lejos en ese momento. Me parece que, por y a través de la neurosis traumática común, se trata en «Más allá…» de un retomar desde el punto de vista psicoanalítico las neurosis actuales. Recordé más

arriba cómo en la trayectoria de Freud la neurosis traumática vino a sustituir a la antigua neurosis actual permitiendo fi-nalmente su análisis a partir del concepto de libido del Yo. La identificación clínica de ambas entidades reposa en la interpretación según la cual *los factores actuales son de hecho factores traumá- ticos*. En la clínica de las neurosis actuales, pienso que debemos considerar provisionalmente un abanico de figuras psicosomáticas, desde las más benignas a las más graves. Entre estas últimas, los estados operatorios son aquellas figuras sobre las que más fuertemente pesa el factor traumático y las más comprometidas con lo somático.

Volvamos a «Más allá del principio de placer», Freud contempla la neurosis traumática como «una consecuencia de una vasta ruptura de la barrera de defensa». Dicho de otra manera, es el resultado de la ruptura o de la insuficiencia de la estructura que establece la para-excitación. Desde el punto de vista económico, el funcionamiento psíquico es entonces sometido a dos tipos de fenómenos. Por un lado, un aflujo de excitaciones en circulación libre; por otro, la puesta en marcha de contrainvestiduras de urgencia cuya función es neutralizar, inmovilizar, incluso apagar, las masas de excitaciones traumáticas circulantes.

Esta concepción económica de la neurosis traumática no es nueva en Freud, La encontramos por primera vez en *Proyecto de una psicología científica* en 1895, en el capítulo de la prueba del sufrimiento. Aquí nos da una primera versión del trauma con el dolor. El aflujo de excitaciones que éste provoca hacia el aparato psíquico es rechazado de dos maneras: por la vía mental mediante la expresión de afectos, o por la vía motriz escapando entonces a la elaboración mental. Por segunda vez la encontramos en el Manuscrito G, en 1895, en relación con la melancolía. Aquí se describe la versión completa de la situación traumática: la pérdida de la libido, el afecto de dolor y las contrainvestiduras psíquicas. Por tercera vez la encontramos en «Duelo y melancolía», en 1915. Aquí el complejo melancólico es concebido como una herida narcisista que reclama fuertes contrainvestiduras que vacían y em-pobrecen el Yo según el modelo del *Manuscrito G.* Lo que nos muestra esta concepción del traumatismo, es su vínculo profundo con la naturaleza del *dolor*. En varias ocasiones Freud utiliza la metáfora física, la de la herida, cuando evoca una pérdida de la libido, como si ésta poseyera una sustancialidad que pudiera ser objeto de lesiones orgánicas. En el apéndice de *Inhibición, síntoma y angustia*, parece evidente que para Freud trauma y dolor están íntimamente ligados. El dolor se contempla como una reacción específica a la pérdida *actual* del objeto sin posibilidad de recurso a la elaboración. «es esta actualidad de la pérdida sin recurso psíquico la que funda la situación traumática». Si hubiera un recurso psíquico, sería la angustia la que ocuparía la escena afectiva y no el dolor. Pero Freud trata de fundar una metapsicología del dolor psíquico a partir del dolor físico. Llega entonces a la fórmula según la cual el dolor psíquico implica una investidura de objeto, «el objeto perdido, en la nostalgia», mientras que el dolor físico se inscribe en el registro de la investidura narcisista. He aquí el punto donde encontramos la enfermedad operatoria.

Todas sus manifestaciones, se traten del pensamiento operatorio o de conductas autocalmantes, solo apuntan a negar la percepción dolorosa de una falta que afecta su narcisismo. «Aquí el objeto perdido es el mismo Yo. Es él el objeto de la desinvestidura libidinal. Es esta pérdida narcisista la que funda la coyuntura traumática de la enfermedad operatoria». Se entiende entonces que la situación creada por la pérdida del Yo conlleva una transformación de la naturaleza de las contrainvestiduras. Varias veces hemos contemplado las conductas autocalmantes como una de sus modalidades. Quizás la somatización misma re-presente otra modalidad. Veamos lo que dice M. De M'Uzan en el texto citado más arriba cuando escribe: «Si hiciera falta hacer referencia a un fenómeno de la naturaleza de la contrainvestidura, habría que situarlo fuera del sujeto o en su organismo fí- sico, el cual siempre tiene por una parte una situación ambigua por lo menos en la extraterritorialidad.». Es en este sentido que hay que entender, pienso, la observación de Freud referida a la melancolía cuyas alteraciones pueden desaparecer cuando sobreviene una afección somática. Se pasaría así de la investidura de objeto, aquí objeto narcisista, a una investidura de registro puramente narcisista.

Todo el desarrollo de la neurosis traumática, en «Más allá…», nos lleva a la hipótesis de que la alucinación del sueño sería un producto tardío y que esta tendencia a la realización del deseo no aparecería sino secundariamente, «después de un periodo preliminar marcado por la ausencia de esta tendencia». Esta hipótesis conduce a lo que preludia la vida fantasmática (M. Fain), dicho de otra manera, a los diversos factores tanto internos como externos que están comprometidos en la estructuración del narcisismo primario. Hemos visto, que en los estados operatorios, el defecto de la organización narcisista primaria se revelaría a través de un defecto mayor de aptitud para la pasividad cuyo efecto sería desviar el desarrollo natural del narcisismo y orientarlo hacia un narcisismo de comportamiento. Este no solamente apunta a negar la realidad de la incompletud del sujeto, sino que también busca incansablemente satisfacer el ideal de conformidad de la madre y de la coyuntura parental. Esta situación narcisista arrastra al Yo a *perderse en tanto que objeto* creando el marco de una situación traumática por el desprendimiento de las contrainvestiduras calmantes. Los recientes trabajos de M. Fain, que pro-longan sus desarrollos teóricos en torno a «Preludio de la vida fantasmática» (1971), conducen a la definición de lo que llama un «imperativo de prematuridad del Yo». Se trata de una pre-forma de sistemas autocalmantes cuya puesta en marcha es necesaria debido a una falta de acabado de la función erótica que coloca al bebé en una coyuntura traumática. Podemos comparar estas coyunturas traumáticas con las *lógicas primitivas* de las que habla Michel Neyraut en su obra *Las razones de lo irracional* (1997). Para él las lógicas primitivas corresponden a procedimientos psíquicos activados precozmente respondiendo a los traumatismos precoces, *transgeneracionales*, en una fase del desarrollo en la que el Yo y el mundo externo se encuentran en un estado de indiferenciación, de no-separación. En este sentido,

Michel Neyraut define como sistemas antitraumáticos «todos los modos reactivos puestos en marcha en el aparato psíquico antes de que el control del principio de placer esté asegurado. Entre estos modos reactivos, continúa este autor, la compulsión de repetición constituye el elemento comprensible, clínicamente localiza-ble, representativo del sistema mismo». Así las lógicas primitivas, una vez puestas en marcha, continúan funcionando *anacrónicamente* en la medida en que constituyen modos actuales de respuesta a las coyunturas traumáticas superadas, y de las que únicamente la compulsión de repetición guardaría la memoria y representaría el último testimonio.

Estos desarrollos teóricos que señalan el valor primordial del trauma y de los sistemas antitraumáticos precoces en el funcionamiento operatorio, aclaran una de las propuestas más importantes de P. Marty: «El inconsciente recibe pero no emite». Esta propuesta así formulada en *El orden psicosomático* se sitúa en la prolongación de las primeras hipótesis teóricas del pensamiento operatorio, que ponían el acento en la «sideración de los procesos primarios» y, sobre todo, en el *corte* entre inconsciente y preconsciente. Se puede considerar que la puesta en marcha de los sistemas antitraumáticos precoces (prematuridad del Yo, sistemas autocalmantes) contribuye a volver rígida la censura entre inconsciente y preconsciente y a impermeabilizar su frontera, el preconsciente se reduciría entonces a un esqueleto sin carne, es decir, sin vida. Por ello el inconsciente no emitiría más, mientras que el Yo operatorio (y no el inconsciente) continuaría recibiendo, a causa de su vínculo indefectible con los objetos de la realidad del «socius» (mundo externo).

Apoyándome, por un lado, en la hipótesis freudiana de un primer tiempo, preludio de la tendencia del sueño a la realización alucinatoria del deseo, por otro lado en las aportaciones del análisis del funcionamiento operatorio que he propuesto, y, fi-nalmente, en la noción de prematuridad del Yo, surgida de los trabajos de M. Fain, pienso que podemos contemplar el desarrollo pulsional del sujeto según dos líneas:

— La primera es una línea *alucinatoria*. Conduce el desarrollo pulsional hacia una estructura relativamente acabada que corresponde a la «punta evolutiva genital edípica» de P. Marty. Los actores comprometidos en la constitución del narcisismo primario juegan su papel en el lugar y momento adecuados. Las pulsiones siguen a su debido tiempo el destino del doble retorno que abre el acceso al goce en la pasividad. La realización alucinatoria del deseo promueve el desarrollo de los autoerotismos, de la vida fantasmática y del pensamiento. El complejo de Edipo se desexualiza y el Superyo ocupa su sitio como una instancia psíquica depositaria de la pulsión de muerte. La castración se convierte en la organizadora de la vida psíquica.

— La segunda es una línea *traumática*. Conduce el desarrollo pulsional hacia una estructura torcida y distorsionada. El narcisismo primario comporta defectos mayores ligados al desfallecimiento de los actores comprometidos en su constitución. En particular, las pulsiones «fracasan» en el destino del doble retorno, lo que tiene por

consecuencia el privar al sujeto del accesoa la pasividad. La realización alucinatoria del deseo no puede afirmar su control sobre los acontecimientos psíquicos debido al estado inacabado anterior. Los auto-erotismos y la vida fantasmá- tica están bloqueados en su desarrollo. El trauma invade su lugar. El Yo es solicitado prematuramente para constituir una para-excitación autónoma de los efectos del traumatismo. Las conductas autocalmantes toman pronto el relevo como representantes de la pulsión de muerte en su función de neutralización o de disminución de la excitación.

Estas dobles líneas parecen responder bien a la hipótesis freudiana de «la compulsión de repetición como obstáculo al principio de placer» y señala el prevalecer de la dimensión económica en un cierto número de organizaciones mentales, aquellas que encuadran la enfermedad operatoria. M. De M'Uzan, en su texto citado arriba, «Lo mismo y lo idéntico», propone una concepción psicodinámica del desarrollo que conduce a un estado operatorio. La funda, sobre una distorsión que aparece a lo largo de ese tiempo primordial, del pasaje del fracaso de la realización alucinatoria del deseo al principio de realidad. Postula en ese tiempo, la intervención de una coyuntura traumática que, por intermedio del mecanismo de defensa de la forclusión, «disocia la relación necesaria entre representación de lo real y fantasmatización, al mismo tiempo que destruye e inhibe severamente la fantasía». Se ve bien que la orientación general de esta concepción está pró- xima a la que yo he desarrollado, de acuerdo con los estudios de M. Fain. La importancia primordial del factor traumático y su incompatibilidad con la alucinación del objeto son elementos metapsicológicos fundamentales. La divergencia con la concepción de M. De M'Uzan se basa fundamentalmente en que nosotros acordamos a los efectos de la pulsión de muerte un papel determinante en la neutralización de las masas de excitación traumática y en su puesta a punto por intermedio de sistemas autocalmantes.

El Yo-segunda tópica es considerado como un objeto sexual y, según Freud, «no tarda en ser reconocido como el más importante de esos objetos». Su pérdida o su desinvestidura libidinal funda, como ya vimos, la situación traumática del sujeto en estado operatorio. Desde el punto de vista de la nueva dualidad pulsional surgida de «Más allá del principio de placer», la consecuencia mayor de esta retirada de la libido del Yo es una desintrincación pulsional fundamental y pesada de consecuencias para la conservación del sujeto. Aquí se plantea también el interrogante del destino de esta libido perdida por el Yo, las transformaciones, incluso las degradaciones, que sufre. Repito que para mí, estamos aquí al límite de lo que teóricamente es concebible en la perspectiva pulsional. Sin embargo, lo que podemos deducir de esta ocurrencia es que la pulsión de muerte desintrincada, dicho de otra manera, la destructividad interna, invade el lugar del Yo, es decir, de quien asegura la conservación del ser. En su «XXXII Conferencia», Freud, al evocar su hipótesis de la alianza entre Eros y la agresividad, presiente ya todo el alcance de las consecuencias de una desunión

pulsional para el futuro vital del individuo. «Son las pulsiones eróticas las que introducirían en la mezcla la diversidad de su fines sexuales, mientras que las otras no admitirían más que atenuaciones e incrementos decrecientes en su tendencia monótona. Mediante esta hipótesis hemos abierto la perspectiva a investigaciones que podrán tener un día una gran importancia para la comprensión de procesos patológicos. *Pues las mezclas pueden también desmezclarse y se puede esperar de estas desuniones de las pulsiones las más graves consecuencias para la función».*

Esta tercera dirección que hemos tomado para analizar el funcionamiento operatorio nos conduce a una tercera constelación metapsicológica: *la pérdida traumática del Yo en tanto que objeto y la desunión pulsional que tiene como principal consecuencia el auge de la pulsión de muerte y sus efectos destructores*.

4. Regresión operatoria y enfermedad operatoria: el lugar del objeto

Llegados a este punto del desarrollo metapsicológico del funcionamiento operatorio, es preciso ahora retomar el conjunto de los resultados de nuestro estudio con el fin de inscribirlos en una concepción coherente que tomará para nosotros el valor de *hipó- tesis de trabajo*. Volvamos primero al pensamiento operatorio y preguntémonos lo que le define desde el punto de vista psicoanalítico. El sujeto en estado operatorio, ya lo dijimos, no se perturba con los tormentos del pensamiento. No duda. Afirma que una cosa es esto y no otra cosa. En él, el pensar no reposa en ninguna actividad de ensayo. La monotonía con la que ejerce este pensamiento revela que algo en su función está sobreinvestido. M. De M'Uzan tempranamente definió el modo de pensamiento operatorio como una sobreinvestidura de lo factual o de la realidad. Nosotros pensamos que la sobreinvestidura no es de lo factual o de la realidad, sino *de una función del pensar.*

Freud desarrolló una concepción psicoanalítica del pensamiento en un texto corto y «fulgurante», «La negación», en 1925. Lo que nos enseña es que la función del pensar conduce a dos operaciones que corresponden exactamente a los dos tiempos de la estructuración del aparato psíquico, tal como las definió en *Pulsion y destino de las pulsiones,* en 1915. Al primer tiempo mí- tico del aparato psíquico, el del Yo-placer inicial, corresponde una primera operación, la del juicio de atribución. Se trata de «pronunciar que una propiedad corresponde o no corresponde a una cosa». Esta decisión opera bajo el modelo del funcionamiento pulsional y conduce a poner dentro lo que es bueno y a rechazar fuera lo que es malo o extraño al Yo. Comprendemos que es durante este tiempo, cuando el principio de placer reina sobre los procesos psíquicos, cuando se realiza la alucinación del objeto. Tiempo primordial en el que nacerá el objeto representado. Al segundo tiempo, el del Yo-realidad definitivo, corresponde una segunda operación, la del juicio de existencia. Se trata de «conceder o de contestar a una representación la existencia en la realidad». Este segundo tiempo, cuya finalidad está ligada a las exigencias biológicas del ser humano, está

dominado por la prueba de realidad. En su «Complemento metapsicológico a la teoría del sueño» (1915), Freud muestra bien que lo que determina este «progreso», es el fracaso de la realización alucinatoria del deseo. Esta asegura durante un tiempo su función de contrainvestidura primaria a la pérdida del objeto pero más allá debe ser substituida por el objeto real para que el bebé no sucumba al desamparo traumático. Freud señala de todas formas, y este es un punto importante, que «el fin primero e inmediato de la prueba de realidad no es encontrar en la percepción real un objeto correspondiente a lo representado sino de *reencontrarlo*, de convencerse que aún está presente». Así, como lo demostraron C. y Sara Botella, el objeto de la realidad (objeto percibido) es un objeto íntimamente ligado al objeto alucinado del deseo. Sus reencuentros imponen pues un trabajo de prueba, de tanteo. Sobre todo, sus reencuentros implican que el objeto *haya sido perdido* y, en el curso del primer tiempo, *haya sido representado dentro*. La sucesión temporal de las dos fases de la estructuración del Yo imprime pues su marca a las dos operaciones de la función de pensar.

Volvamos al pensamiento operatorio. «Lo definiremos como una subreinvestidura del juicio de existencia en detrimento del juicio de atribución». Esta definición está en conformidad con el resultado que hemos deducido de nuestro desarrollo anterior que inscribía la enfermedad operatoria en la línea traumática en detrimento de la línea alucinatoria. La exclusión del funcionamiento de esta línea alucinatoria tiene como consecuencia principal alterar más o menos gravemente la función de representación del objeto. C. y S. Botella nos han mostrado que el trauma estaba ligado a esta alteración del estatuto de la representación, la situación traumática se pone en marcha no por la pérdida del objeto, sino por la pérdida de la representación del objeto. Podemos entender de esta manera el sentido de esta sobreinvestidura del juicio de existencia en el pensamiento operatorio: trataría, por la importancia acordada a los objetos de la percepción, de negar la ausencia traumática de los objetos re-presentados. Aquí vemos bien que la sobreinvestidura se vuelve contrainvestidura antitraumática. Además, la naturaleza misma de la realidad operatoria, colectiva, monótona e indiferenciada permite instalar un continuum objetal que viene a sustituir la discontinuidad, insoportable para el operatorio, de los objetos individuales. Otro carácter del pensamiento operatorio es la preeminencia de la afirmación sobre la negación. Freud en su texto refiere la primera a Eros y la segunda a la pulsión de destrucción. Quizás podemos interpretar este carácter como el resultado del alto grado de desunión pulsional y de los efectos «viscosos» de la libido que se vuelca sobre los objetos de la realidad operatoria.

La sobreinvestidura del juicio de existencia en el modo de pensamiento operatorio y la puesta fuera de juego de la dimensión alucinatoria del pensamiento que él recubre, confieren a la realidad operatoria un sello cuyo carácter superyoico fue muy pronto señalado en las primeras descripciones, tanto en *La investigación psicosomática* como en «El pensamiento operatorio» y en *El orden psicosomático*.

Dijimos que el Superyo como instancia funcional está ausente en la enfermedad operatoria. Se reduce a su función de ideal, marcada en su desarrollo por un inacabado estructural. Admitimos que la realidad operatoria representaba una figura regresiva, impuesta desde fuera.

Suponemos que en la enfermedad operatoria estos dos caracteres del Superyó, la regresión y la proyección, están ligados el uno al otro. Aquí interviene la depresión esencial o depresión sin objeto, en el curso de los acontecimientos operatorios. P. Marty sitúa esta problemática en su descripción del depresivo esencial: «No está sometido a una ley personal. Vive "la ley". No tiene necesidad de observarse para vivirla. Lo que habitualmente tiene que hacerse se hace; las conductas son en este sentido maquina-les». Así, el Yo se borra frente al Superyó, reducido a su función de ideal colectivo; pero, *en un primer tiempo el Superyó se impone desde fuera*. En este proceso el sentimiento de culpa desaparece.

Durante nuestra exposición, hemos traducido la depresión sin objeto en el lenguaje pulsional, como una pérdida de libido del Yo, como una desinvestidura libidinal del Yo en tanto que objeto. Demos un rodeo por la psicosis. En el análisis del caso Schreber, Freud define así la represión: «Podemos pues decir que el proceso propio de la represión consiste en el hecho de que la libido se despega de las personas y cosas hasta entonces queridas. Este proceso se realiza en silencio, no sabemos lo que ha pasado, estamos obligados a inferirlo de los procesos que le suceden». Así, en la psicosis, el primer tiempo de la enfermedad, silencioso, reside en la desinvestidura libidinal de las representaciones de objeto del inconsciente. En la enfermedad operatoria, el primer tiempo, del que es testimonio la depresión sin objeto, no se basa en una desinvestidura de los objetos del Yo, sino en una desinvestidura del Yo en tanto que objeto del Ello. Aquí el primer tiempo consiste en un proceso de *desnarcisización*. Sigamos con el texto de Freud: «lo que atrae vivamente nuestra atención es el proceso de curación que suprime la represión y devuelve la libido a las mismas personas que había abandonado. Esto se lleva a cabo en la paranoia por medio de la proyección. No sería justo decir que el sentimiento suprimido dentro fue proyectado fuera; deberíamos más bien decir que lo que fue abolido dentro vuelve desde fuera». Así, al primer tiempo silencioso marcado por el borrado, sucede un segundo tiempo, ruidoso, marcado por la expresión sintomática alucinatoria. En el lenguaje de la segunda teoría de las pulsiones no olvidaremos que el silencio es propio de la pulsión de muerte, y el ruido de la pulsión de vida.

En una carta dirigida a Jung en abril de 1907, Freud enuncia «algunas opiniones teóricas sobre la paranoia». Precisa que, cuando una investidura libidinal se retira de la representación de objeto, el contenido de ésta es proyectado fuera y toma el carácter de una percepción. La carga afectiva se encuentra así transferida en potencia sensorial. El proceso de curación en la psicosis, que Freud lo establece en el segundo tiempo, trata de recuperar los objetos desinvestidos por la libido. Desde el modelo del funcionamiento psicótico, la enfermedad operatoria puede reconstituir un segundo

tiempo de «curación», que corresponde a lo que P. Marty calificaba de «relativa estabilidad». Suponemos que en el curso del proceso de desnarcisización que afecta al Yo en tanto objeto, es el sentimiento de culpabilidad el que es borrado y transferido en potencia sensorial, siendo entonces proyectado el conjunto de los contenidos superyoicos que volverán desde fuera. La conformidad a los ideales y a los valores colectivos, realzando los sentimientos de estima de sí mismo, llevarían así libido narcisista al Yo. Esta hipó- tesis metapsicológica vuelve comprensible este hecho enigmático del paciente operatorio sobre el que hemos insistido tanto, que es su sumisión casi «alucinatoria» al orden colectivo.

La concepción del funcionamiento operatorio que hemos desarrollado, asigna al proceso de desnarcisización un papel principal en el curso de los acontecimientos que conducen a la enfermedad operatoria. En realidad podríamos muy bien calificar este proceso de *desobjetalización* en el sentido de la formulación de A. Green, en la medida en que los efectos de uno y de otro conducen a la pérdida del estatuto de objeto del Yo. En efecto, la pérdida de libido del Yo conduce necesariamente a una desunión pulsional cuyo efecto principal es un aumento de la destructividad libre en el seno del Yo. Comprendemos que esta coyuntura favorezca en un alto grado el desarrollo de una *somatosis.*

Los tratamientos psicoanalíticos de pacientes operatorios, como el de Henri T…, del que hemos aportado la historia a grandes rasgos, nos han persuadido de que, cada vez que ello es posible, podemos inferir del proceso relacional a lo largo del tratamiento *un sentido* de la economía operatoria. Dicho de otra manera, pensamos que el funcionamiento operatorio tiene una significación *defensiva* frente al objeto. Henri T…, después de varios años de tratamiento, nos mostró que podía por momentos investir a su analista de un modo persecutorio. Su relación de objeto operatoria era susceptible de ser interpretada *a posteriori (après coup),* como teniendo una función neutralizante frente a un objeto perseguidor. En realidad, este modo de relación persecutoria nos parece más bien una «salida» de la relación operatoria en el curso del proceso psicoterapéutico a partir de movimientos transferenciales homosexuales. Si existe una realidad específica que pone en movimiento el proceso operatorio, debe situarse en otro lugar. Propondremos la hipótesis de que el *funcionamiento operatorio tiene el sentido de neutralizar una realidad primaria desobjetalizante.* Esta realidad contiene el proyecto de la destrucción del deseo propio del sujeto, de su subjetividad. Arrastra al sujeto a ser un extranjero con él mismo, a renunciar a su proyecto pulsional personal.

Antes de terminar, volvamos a la distinción clínica que hemos hecho entre la enfermedad operatoria y los estados operatorios de la vida cotidiana. En la enfermedad operatoria, como ya vimos, es el narcisismo el que está afectado y el Yo sometido a un proceso de desobjetalización. En los estados operatorios de la vida cotidiana son los *objetos* del Yo los que están afectados y sometidos a un proceso de desinvestidura. Son objetos momentáneamente enfermos, sobrecargados de

excitación. Constituyendo, en cierta manera el lugar de un *proceso inflamatorio*. Su desinvestidura y el tratamiento operatorio que se les aplica tienen como función el restablecer su integridad funcional en el seno del Yo. Estos estados operatorios de la vida cotidiana son en la vida del sujeto, como válvulas de seguridad que permiten desalojar perió- dicamente los excesos de excitación inherentes a la economía objetal y aliviar el sentimiento de culpa inconsciente. La alternancia entre la actividad psíquica a pleno rendimiento y el estado operatorio de la vida cotidiana evoca otras alternancias de la vida del ser humano como la de la vigilia y el sueño, alternancias sometidas al imperativo de desinvestidura del Yo, según la expresión de M. Fain.

La distinción clínica entre enfermedad operatoria y regresión operatoria nos condujo a diferenciar dos procesos psíquicos, uno de desobjetalización y otro de desinvestidura. Si ambos comprometen el destino de la pulsión de destrucción, pensamos que es útil referir el proceso de desobjetalización al registro narcisista y el proceso de desinvestidura al registro del objeto. Para concluir con esta noción nuestro estudio sobre el funcionamiento operatorio, diremos que hemos encontrado la confirmación del hecho de que en la enfermedad operatoria el objeto, sea de manera pasajera, sea de manera crónica, no cuenta.

Estudios sobre los procedimientos autocalmantes

A PROPÓSITO DE LOS PROCEDIMIEN AUTOCALMANTES DEL YO[*]

Clara viene a consultarme hace 8 años después de un intento de suicidio gravísimo por ingesta de medicamentos. Tiene 48 años. Es hipertensa desde hace muchos años y su vida ha estado jalonada por numerosos accidentes de salud, en particular un epi-telioma basocelular, alteraciones oculares y una micosis vaginal rebelde a todo tratamiento y que evoluciona desde hace tiempo. Se encuentra en un estado de sufrimiento psíquico extremo. Las angustias son permanentes y difusas, la depresión es de tonalidad esencial. Decidimos comenzar un tratamiento psicoterapéutico. Se desarrollará a razón de dos o tres sesiones por semana según las épocas. Aún hoy continúa. Es un tratamiento difícil, por la presencia inoportuna y brutal entre nosotros de una realidad que episódicamente viene a reactivar una vivencia traumática antigua y a borrar las pocas huellas del trabajo psíquico difícilmente elaborado durante las sesiones. El peso de esta realidad, asociado a los estados de desamparo y a la dificultad para nuestra paciente de mantener una continuidad psíquica, constituye una configuración clínica que tiene el sello de la desmentalización.

Si estuviéramos en 1895 podríamos imaginar que frente a esta paciente hubiéramos hecho el diagnóstico de neurosis de angustia. En efecto, su hiperexcitación general, su espera ansiosa, sus accesos de angustia, sus parestesias, su miedo a volverse loca son signos que pertenecen a la nueva entidad clínica que Freud acababa de establecer. Tampoco falta el factor sexual específico de la neurosis de angustia: en efecto, nuestra paciente se queja de la impotencia de su marido y de la imposibilidad que tiene para llegar a la satisfacción sexual. Actualmente, siguiendo la clasificación psicosomática, hablaríamos de una neurosis mal mentalizada.

Para Clara, la hiperactividad es una necesidad interna. Le es imposible no hacer nada. Estaba acostumbrada a resolver momentáneamente sus estados de sufrimiento psíquico bebiendo al-cohol. Después de algunos años de tratamiento se puso a tocar jazz al piano. Esta actividad se volvió cotidiana, compulsiva, ur-gente. Podía tocar horas y horas hasta el agotamiento. Parecía que ahora era el piano a lo que ella recurría para bajar el nivel de extrema tensión psíquica de la que era presa después de

las decepciones inevitables de su vida afectiva y sexual.

Volveremos más tarde al tratamiento de Clara.

La psicosomática aparece como una piedra en el jardín del psicoanálisis. Desde muchos puntos de vista viene a perturbar el orden de las clínicas y de las teorías que crecieron en su suelo. Esta idea viene de una simple constatación: el psicoanálisis se estableció y desarrolló a partir de una clínica que reagrupaba las variadas figuras de la mentalización. La clínica psicosomática impuso a los psicoanalistas las figuras de la desmentalización. Desde luego que deben aportarse a esta propuesta matices y reservas. No todas las clínicas psicoanalíticas presentan formas acabadas de mentalización; al revés, la clínica psicosomática nos conduce a pacientes cuyo grado de mentalización es muy variable. En fin, durante estos últimos decenios, numerosos trabajos surgidos de psicoanalistas no psicosomatólogos han puesto el acento en organizaciones mentales muy alejadas de la organización neurótica de referencia. La psicosomática es una de las vías para explorar este espacio de la desmentalización.

De la constatación establecida más arriba nació una distorsión. Esta distorsión es primero teórica. Se introdujo en la manera de pensar psicoanalítica. Puede definirse por la excesiva importancia acordada al punto de vista económico en el cuerpo teórico de la psicosomática. Freud había establecido la realidad metapsicológica humana sobre tres pilares: la tópica, la dinámica y la económica. La realidad psicoanalítica nos recordó F. Pasche, debe tener en cuenta al conjunto de las propuestas freudianas. En referencia a esta realidad global, compleja y contradictoria, la separación del punto de vista económico en el aparato conceptual de la psicosomática, crea una distorsión. Habitualmente las teorías dan cuenta de las experiencias de los que las elaboran. Como las teorías sexuales infantiles, dicen algo de la verdad sobre esas experiencias pero no pueden proporcionar toda su complejidad. En las concepciones teóricas de los psicosomatólogos, este «núcleo de verdad» sale de la experiencia psicoanalítica de los encuentros con pacientes psicosomáticos. Cada cual a su manera, P. Marty y M. Fain, entre otros autores, insistieron acerca de este hecho enigmático: en los enfermos graves, el ruido de su desorganización somática va a la par con el silencio de su mente. Parece que a medida que progresa la desorganización somática, se asiste al mismo tiempo en el plano del funcionamiento mental, a una reducción de la complejidad y, correlativamente, del potencial organizador de la psiquis. Dicho de otra manera más simple y directa, el funcionamiento mental edípico obra como un verdadero organizador sobre la unidad psicosomática de cada ser humano. He aquí pues una distorsión clínica que se impone al psicoanalista por el hecho de su encuentro con pacientes somáticos.

Un interrogante se plantea entonces: ¿Porqué esta distorsión clínica conlleva en el seno de la realidad psicoanalítica una tal distorsión teórica, fundada en la preeminencia del punto de vista económico? El modelo freudiano de las neurosis actuales es para nosotros el pasaje obligado para comprender este interrogante.

Estas neurosis nunca abandonaron a la comunidad psicoanalítica aunque siempre hayan constituido un escollo en las indicaciones del tratamiento psicoanalítico. Concebidas por Freud entre los años 1890 y 1900 como radicalmente opuestas a las psiconeurosis de defensa, nunca fueron, sin embargo, excluidas de la realidad psicoanalítica. El genio de Freud las conservó como si presintiera en ellas un «núcleo de verdad» cuya comprensión e integración en el conjunto de la clínica vendría a su debido tiempo, más tarde. Existen tres tiempos netos en la obra de Freud en los que esta elaboración, o quizás mejor esta perlaboración, se desarrolla: 1895, 1920 y 1926.

En 1895 Freud presenta sus trabajos sobre la neurosis de angustia y redacta sus conclusiones casi definitivas sobre su con-cepción de las neurosis actuales. El punto de vista económico tiene aquí un lugar importante en sus formulaciones. Volveremos a ello más ampliamente en la continuación de este trabajo, pues consideramos que las neurosis insuficientemente o mal mentalizadas de la clínica psicosomática deben ser referidas al modelo freudiano de las neurosis actuales, que ellas enriquecen y pro-longan. En 1920 Freud escribe «Más allá del principio de placer». Allí formula su segunda teoría de las pulsiones y hemos observado que en la arquitectura del texto empezó su demostración mediante la introducción del punto de vista económico del funcionamiento mental. Este texto lo llevó a acordar un lugar preponderante a las experiencias traumáticas y a las desorganizaciones mentales que les acompañan. La pulsión de muerte, en tanto que fuerza de reducción de la excitación, se inscribe entonces en el nuevo modelo pulsional frente a las fuerzas de ligadura y de organización representadas por las pulsiones de vida. El retorno de la neurosis actual, esta vez en relación con la neurosis traumática, será objeto de un tercer tiempo importante, en 1926, cuando Freud reformula su teoría de la angustia en *Inhibición, síntoma y angustia*. La célebre proposición freudiana que indica que en toda psiconeurosis de defensa existe un núcleo de neurosis actual, reúne de este modo en la necesaria complejidad, los elementos de una realidad psíquica que habían parecido durante un tiempo opuestos, incluso extraños, los unos a los otros. Así, de la neurosis actual a la neurosis traumática, de la excitación a la pulsión de muerte, la dimensión de la cantidad está constantemente presente en la obra de Freud.

El punto de vista económico plantea un problema a los psicoanalistas que es necesario abordar aquí. El concepto de excitación omnipresente en los numerosos trabajos freudianos antes de la *Traumdeutung*, encontró su vitalidad en numerosas contribuciones teóricas de los psicosomatólogos. Sin embargo, pensamos que si su utilización no tiene en cuenta un cierto número de condiciones que lo precisan y lo especifican, este concepto corre el riesgo de va-ciar de su sustancia a la realidad psíquica de la que debería rendir cuenta. La excitación, como dice A. Green, parte del cuerpo y vuelve al cuerpo. No tiene ni historia, ni proyecto, ni memoria. No puede, por lo tanto, tener un sentido. Es anti-vida psíquica. Al contrario, la pulsión tiene una historia, un proyecto-historia y proyectos humanos. Tiene un sentido, que puede ser progrediente o regrediente. Es portadora de investiduras, desinvestiduras, contra-

investiduras, sobreinvestiduras. Es en lo que se convierte la excitación cuando las condiciones de un trabajo psíquico están presentes y operantes; estas condiciones están representadas por la calidad de la estructura edípica colocada en el seno de la familia humana, en la que la madre juega un papel determinante. La excitación es el objeto mismo del trabajo psíquico, al que P. Marty llama espesor del preconsciente y M. Fain la regresión formal; siendo el modelo de referencia de este trabajo psíquico el trabajo del sueño. De este modo la utilización del concepto de excitación en el enfoque económico de la psicosomática, debe estar sujeto a la dialéctica pulsión-excitación, es decir, a la apreciación de la calidad del trabajo psíquico y a la evaluación de sus fallos.

La excitación está siempre al alcance del aparato psíquico y cuando entra sin que se le haya invitado, por la fuerza, es para deshacer y borrar fragmentos más o menos importantes del tejido psíquico preciosamente elaborado y de los que priva al Yo.

En nuestro trabajo haremos referencia a menudo a este concepto de excitación. Hemos querido situar el marco metapsicológico en el que a la vez la utilizamos.

La experiencia de los tratamientos con pacientes somáticos conduce a pensar que la alteración orgánica fragiliza habitualmente el funcionamiento mental. Esta fragilidad se manifiesta en particular en una mayor sensibilidad a las excitaciones de todo tipo, sea su fuente interna o situada en la realidad. Cuando estas excitaciones sobrepasan las capacidades del aparato psíquico para controlarlas, se produce en la mayoría de los casos un recrudeci-miento de la angustia y, en ausencia de medios eficaces para yu-gularla, una agravación de la alteración somática. En esta coyuntura se observa en algunos pacientes que su Yo pone en marcha medidas particulares para rebajar el nivel de tensión psíquica, que se siente como muy penosa. Estas medidas que el Yo se administra a sí mismo, producen en cierta manera y momentáneamente la calma en el seno del aparato psíquico. Por esta razón podemos calificarlos de procedimientos autocalmantes. Constituyen un modo particular de control de las excitaciones. Más adelante hablaremos sobre las fuentes que hemos estudiado para elaborar este concepto, pero precisemos ya que nuestra reflexión sobre él surgió de nuestro encuentro con los trabajos de M. Fain acerca de los procedimientos calmantes maternos.

Para nosotros, los procedimientos autocalmantes son procedimientos de alcance general, presentes en todo individuo y que figuran en su economía psicosomática. Se podría decir que pertenecen a su manera de estar en el mundo. Podemos apreciarlos en función del lugar que ocupan en el seno de esta homeostasis. Para algunos pertenecen a la psicopatología de la vida cotidiana y cada cual puede encontrar ejemplos en sí mismo. Tal persona mientras escribe un texto sentirá la necesidad de deambular; tal otra se pondrá a fumar durante una discusión, un tercero hará el garabato de un croquis en una hoja de papel durante una reunión. Los ejemplos son numerosos y particulares. En todos estos casos, se tiene el sentimiento de que estos procedimientos no impiden al sujeto pensar, sino que al contrario, parecen facilitar,

incluso liberar su disponibilidad para pensar.

Contrariamente, en otros casos sabemos que estos procedimientos ocupan un lugar excesivo, incluso exagerado, en el funcionamiento mental habitual. Por su importancia cuantitativa, son el índice de un cambio cualitativo en la economía psicosomática y ocultan generalmente grandes dificultades del aparato psíquico para asegurar sus funciones elementales de control de la excitación. Discutiremos ahora sobre casos encontrados en el curso de nuestra práctica.

Los procedimientos autocalmantes pueden definirse como los medios que el Yo utiliza para adaptarse a una cierta coyuntura. Para nosotros entran en el marco general de las defensas que aseguran la protección del Yo contra un peligro que amenaza su integridad. El calificativo de «calmante» debe ser entendido en su oposición al de «satisfactorio». Siguiendo a M. Fain podemos decir que lo que calma no aporta satisfacción. Esta oposición cualitativa recubre una oposición fundamental del registro econó- mico y tiene consecuencias negativas en cuanto a la calidad de los procesos psíquicos comprometidos. El término «autocalmante» indica que el Yo es a la vez sujeto y objeto de estas técnicas que tratan de hacer volver la calma, y se opone a la situación en la que la fuente calmante tiene su origen en un objeto externo, por ejemplo una madre para su hijo, en ciertas condiciones un terapeuta para su paciente, o el entorno para el conjunto de los individuos. Estos procedimientos, y aquí está su carácter clínico principal, utilizan habitualmente la motricidad y la percepción. Otras veces, apelan a la realidad. Pero se trata de una realidad despojada de toda carga simbólica; se trata de una realidad bruta, factual, operatoria. Incluso en otras ocasiones durante los tratamientos con adultos, vemos ponerse en marcha estos pro- cedimientos en el paciente, mediante una investidura sensorio-motriz del terapeuta. La puesta en marcha de estas medidas se hace siempre en un clima de urgencia, y están sometidas momentáneamente a una compulsión de repetición. El estado de tensión penoso, incluso de desamparo, que se esconde detrás de ellas es inmediatamente perceptible y el pensamiento, ausente, se convierte en sufrimiento por pensar.

Volvamos al tratamiento de nuestra paciente.

Clara tiene 18 años cuando su madre muere súbitamente de un accidente vascular cerebral. Ella estaba presente cuando sobrevino el accidente. Estudiante entonces en un centro universitario privado en una ciudad extranjera de la que es originaria, su vida transcurría de manera satisfactoria con investiduras afectivas hacia ambos sexos y un gran interés por los estudios de lingüística. Su vida tomó entonces progresivamente otro rumbo, marcado por la repetición de experiencias de decepciones y los estados de sufrimiento psíquico que les acompañaban. Solamente mucho después del inicio del tratamiento pudo evocar espontáneamente la muerte de su madre y decirme entonces que fue la esperanza la que murió en ella desde ese día, la esperanza por la vida. En definitiva, fue la investidura de un proyecto la que quedó interrumpida.

La madre de Clara se puso enferma después del nacimiento de su hijo primogénito, hermano único de nuestra paciente, siete años mayor que ella. Era hipertensa. Sufría frecuentemente de ce-faleas violentas y pasaba cotidianamente un tiempo, más o menos largo, tumbada en la cama. La enfermedad de su madre constituyó un elemento permanente de su historia infantil. Fuera de los periodos en los que la enfermedad se le imponía, su madre era una mujer muy activa que pasaba de una tarea a otra, siempre preocupada de los cuidados que tenía que dar a sus hijos y del orden que había que hacer en la casa. Era, dijo Clara, una mujer del deber, no del placer. Veremos más tarde que esta representación de una madre no erótica es una producción provisional, asociada a un cierto estado de funcionamiento psíquico de la paciente y que será susceptible de modificaciones a lo largo del proceso psicoterapeútico. Su padre, al contrario, fue evocado de entrada con rasgos más eróticos. Un hombre de buen vivir, que fuera de su trabajo se ve regularmente con los amigos en un club donde toca música como aficionado, por gusto. Después de la muerte de su mujer, se volvió a casar y murió algunos años más tarde de una afección renal.

En vida del padre dejó su país y se instaló en Francia. Encontró un hombre cuyas cualidades estéticas y culturales le se-dujeron, pero estaba convencida de la falta de reciprocidad. Rá- pidamente se embaraza de una niña y guarda el sentimiento de haberlo forzado para casarse. Su decepción perdurará y su hija será investida como un objeto narcisista. Algunos años más tarde nacerá una segunda hija y Clara se pondrá a enseñar su lengua materna en las escuelas. Se derrumba, cuando su hija mayor, aún joven por entonces, deja la casa.

Durante los primeros años de este tratamiento inacabado, las sesiones eran rellenadas exclusivamente con la descripción de los acontecimientos que parecían testimoniar, cada vez, la confirmación de una decepción fundamental. Me comunicaba el comportamiento de su marido hacia ella o hacia su hija mayor, y el sufrimiento que estos comportamientos le producían. Su hija la abandonaba, decía. Ya no le confiaba ninguno de sus proyectos, sus encuentros, sus intereses. Su marido, por su lado, se negaba a toda discusión Se sentía entonces regularmente invadida por una tensión psíquica insoportable y nada contaba para ella excepto querer morir. Poco a poco comprendí que esta vivencia de decepción concernía también lo que ocurría entre nosotros. Me repro-chaba la ausencia de reciprocidad en nuestra relación. No podía reconocer nada de mí ya que nuestras relaciones eran profesiona-les. En definitiva, yo era como los demás. De este modo el marco psicoanalítico parecía representar una herida para ella. Este desplazamiento transferencial que le señalé dio lugar a algunas in-cursiones en su historia psíquica, en tanto lo permitía el peso de su estado traumático. Supe que su madre, aunque habiéndose ocupado mucho de ella, estaba poco dispuesta de manera espontánea a los acercamientos físicos y aún menos a las conversaciones. Había que buscarla, cosa que la paciente hacía a menudo de manera imperiosa. Sin embargo, parecía faltar siempre una adecuación entre su deseo

y el de su madre. Clara me dijo que de lo que sufría era de no ser igual a su madre o de que su madre no fuera igual a ella. Esta distancia, esta diferencia, esta separación del otro respecto a uno, se volvió traumática. Es esta decepción fundamental, en la que participan la organización psíquica propia de la madre y la manera en que ella asumió sus funciones de para-excitación y de censura de la amante, la que se repite después en la relación tranfero-contratransferencial. Hemos visto que en esta coyuntura traumática, reactualizando una vivencia de castración,Clara había descubierto una técnica para resolver momentáneamente sus estados de tensión: se ponía al piano y repetía durante horas ejercicios de jazz. Tocaba el piano pero no hacía música. La función calmante de esta actividad era indiscutible: en particular le permitía dormirse. Sin embargo, comprendí que esta conducta tenía una historia. La madre de Clara había sido profesora de piano antes de casarse y, desde que su hija tuvo 3 años, hizo que una antigua alumna le diera clases de música, satisfaciéndose ella misma al controlar la repetición de los ejercicios. Esta educación se fijó en la memoria de nuestra paciente como una prueba dolorosa y conflictiva que acabó hacia los 10 años porque se obstinó en no continuar.«Mi madre, dijo Clara, no me transmitió un alma. Solo me transmitió la técnica». Quizás podamos decir que en la madurez de Clara sus procedimientos autocalmantes representan vestigios de procedimientos calmantes de su madre en los encuentros con la niña que antaño fue.

A lo largo del tratamiento, la actividad del piano de nuestra paciente, de la que acabamos de señalar su función paraexcitante, tomó un nuevo curso.

En una sesión, durante el séptimo año del tratamiento, Clara me dice:

«El domingo por la mañana, toqué jazz con mi grupo. Me sorprendió tocar tan bien. Tuve el sentimiento de interpretar toda mi cólera y todo mi odio. Por la noche, Marc, de nuevo no pudo satisfacerme, como siempre tuve dolor de estómago. Me puse a pensar en la sesión de jazz de la mañana y por primera vez los dolores desaparecieron y pude dormirme».

«Pensé que llegaría a hacer música».

Sigue.

«Por vez primera tengo el sentimiento de tener algo importante en mi vida».

Evoca todos los beneficios, a la vez narcisistas y objetales, ligados a la práctica de la música en un grupo de jazz: los encuentros con hombres y mujeres, las largas conversaciones comunes, las galanterías recíprocas, los intercambios de puntos de vista y la comunidad de sensibilidad artística.

Vemos aquí que el piano pasa de ser un procedimiento autocalmante a convertirse en una actividad de sublimación.

Debemos considerar este cambio en sus relaciones con los procesos psicoterapéuticos en curso. A lo largo de los años de tratamiento, los estados de sufrimiento psíquico extremo de Clara se atenuaron y dieron lugar a una depresión más soportable. La realidad se hizo menos pesada durante las sesiones, aunque de nuevo y de vez en cuando se imponía de un modo traumático, pero entonces el

trabajo psíquico permitía un retorno a la calma. Pudimos observar por otro lado que, en el curso de estos retornos traumáticos, las actividades de sublimación tenían la tendencia a ser barridas en el movimiento de desorganización mental, cosa que P. Marty señaló a menudo. Los movimientos transferenciales de Clara se diferenciaron y me permitieron algunas intervenciones en relación con su organización edípica. Un nuevo material de huellas mnémicas referido a su sexualidad me fue ofrecido ocasionalmente.

Clara me cuenta que fue una niña nerviosa que durante su infancia durmió durante muchos años en la habitación de sus padres, se acuerda de un día en que oyó a su madre hacer el amor. De esta manera su madre no era únicamente una mujer enferma, sino también una mujer erótica. Más tarde, cuando reclamaba imperiosamente a su madre que fuera a dormir a su habitación, la representación de un padre erótico y seductor estaba presente, no era lejana.

Se acuerda también que su madre daba de vez en cuando conciertos para los amigos en casa. Se ponía al piano, tocaba y can-taba. Clara lloraba cada vez que la escuchaba. Lo que la emocio-naba era su voz. Dice que tenía una voz cálida que la ponía triste. Así, toda una serie de huellas mnémicas sensoriales ligadas a una madre erótica, fijadas en el psiquismo de nuestra paciente, retor-naron y parecían contribuir a la elaboración del reciente movimiento sublimatorio. El desprendimiento de esta corriente libidinal edípica permitió sin duda la evolución del procedimiento autocalmante hacia la sublimación artística.

El trabajo psíquico, y en particular el trabajo de las representaciones, parece haber retomado aquí su evolución progrediente. Refiriéndonos al modelo freudiano del capítulo 7 de la Traumdeutung, podemos seguir su trayecto desde el polo perceptivo al polo motor, pasando por las huellas mnémicas de representación de cosas y de palabras.

En definitiva, para nuestra paciente el fallo de la para-excitación materna se juega en el seno de la homosexualidad primaria, obstaculizando la constitución de su narcisismo. La organización edípica se estableció sobre bases frágiles y debió abrirse camino a través de los retornos traumáticos de una realidad que reactualiza cada vez la decepción fundamental.

Dejaremos aquí el relato del tratamiento de Clara.

La cuestión del papel económico de las funciones sensorio-motrices en el mantenimiento del equilibrio psicosomático ha re-tenido desde hace tiempo la atención de los psicosomatólogos. Esta cuestión fue abordada a partir de puntos de vista diferentes en la literatura psicoanalítica inspirada en trabajos de psicosomática. Resumiremos las concepciones de tres autores contemporáneos a este propósito, con el único fin de despejar algunos hitos que han favorecido y orientado nuestra reflexión personal; después propondremos algunos elementos de un desarrollo teó-rico a partir del análisis de ciertos textos freudianos para sacar algunas consecuencias para nuestra práctica actual.

En 1954, P. Marty y M. Fain presentan una comunicación sobre «la importancia del papel de la motricidad en la relación de objeto». Esta comunicación muestra cómo, a partir de una relación motriz pulsional primitiva, se desarrollan progresivamente en todo individuo modos de relación más mentalizados, al cumplirse un cierto número de condiciones, tanto internas como del medio. Lo que nos interesa aquí no es tanto lo que los autores nos indican de esta evolución desde la motricidad al pensamiento, sino lo que nos dicen a propósito de la regresión del pensamiento a la motricidad. Se expresan así: «La motricidad pulsional permanece subyacente en todas las formas de relación de objeto por razones esenciales. Primero, porque estas formas han salido de la motricidad. Después, porque *la amenaza del retorno de la energía pulsional sobre el modo motriz mantiene y refuerza la edificación de los sistemas de relaciones más evolucionadas*, psicológicas». Solo podemos comprender esta proposición diciendo que los procesos secundarios protegen al Yo de una regresión hacia la motricidad primitiva. Nos parece que Freud no pensaba de otra manera cuando escribía en «Proyecto de una psicología científica» que «si un Yo existe, debe poner trabas a los procesos primarios». Así, para nuestro tema, retendremos de esta comunicación la relación entre la cualidad de los sistemas mentales evolucionados y el grado de regresión posible hacia formas de motricidad primaria.

Esta línea de pensamiento se confirmará en los trabajos ulteriores de P. Marty. Las neurosis de comportamiento, de las que dará la descripción en «Los movimientos individuales de vida y de muerte», en 1976, se conciben como inorganizaciones aparentes. En estas entidades clínicas, «los comportamientos y las conductas, dice el autor, parecen directamente salidos del in-consciente. A partir del inconsciente, continúa, las funciones sensorio-motrices constituyen la vía de elección de la expresión de las neurosis de comportamiento». Este texto señala claramente la puesta fuera de juego del preconsciente y la sustitución de las expresiones mentales por expresiones sensorio-motrices. Para P. Marty, tanto si consideramos los fenómenos en su sentido evolutivo como en su sentido contraevolutivo, la emergencia de formas motrices primarias está siempre asociada a un disfuncionamiento del preconsciente.

En otra línea de pensamiento M. Fain abordó en «Preludio a la vida fantasmática», en 1971, la cuestión de un cierto modo de actividades psicomotrices utilizadas por los grandes enfermos somáticos. Estas actividades son concebidas por el autor como un sistema que permite asegurar al paciente una relativa protección contra la reaparición de una realidad que ha reencontrado sus cualidades de brutalidad primaria. Dicho de otra manera, se trata de un sistema específico antitraumático. La existencia de tal sistema implica fallos importantes en la organización fantasmática de la psiquis y un borrado de los sistemas de representación que es la base del retorno de una sensorialidad primaria indiferenciada. En esta coyuntura traumática, las actividades psicomotrices del paciente utilizan, según la concepción del autor, las propiedades de reducción de la excitación de la pulsión de muerte. Estas actividades semejan el acunado que realizan ciertas madres para que sus bebés insomnes se

duerman. Se trata pues de actividades calmantes. En este sentido hemos creído útil considerar estas actividades individuales como procedimientos autocalmantes del Yo.

El último autor que citaremos, M. de M'Uzan, evocó en un texto de 1984 esas personalidades que llamó «Los esclavos de la cantidad», para señalar la obligación de descarga a la que están sometidos dadas las cantidades de excitación que les habitan. Junto a los grandes perversos, el autor cita a los graves enfermos somáticos. En el análisis de estos pacientes, M. de M'Uzan se- ñala un aspecto particular de la repetición a la que éstos están sometidos: la repetición de lo idéntico. Desde el punto de vista económico, considera la intervención de un factor traumático precoz en la vida del sujeto para dar cuenta de estos aspectos clínicos. Otro punto del desarrollo del autor retuvo nuestra atención. Se trata de la intervención de un factor de fragilidad narcisista en la consideración de la situación traumática evocada más arriba. M. De M'Uzan se expresa así: «Cuando los desplazamientos natura-les de las investiduras narcisistas llegan a ser intolerables, el aparato psíquico apenas está en condiciones de hacer frente al aflujo de la excitación». Parece ser que se establece en estos pacientes la siguiente secuencia infernal: enfermedad del narcisismo-desorganización traumática del funcionamiento mental-actividades sensorio-motrices forzosas y repetitivas.

De este recuerdo de los trabajos de autores contemporáneos, retendremos que lo que hemos considerado como procedimientos autocalmantes del Yo, regularmente han sido relacionados con situaciones traumáticas precoces que retornan al presente; estas situaciones tienen como consecuencia fundamental desorganizar el funcionamiento mental del sujeto. Las perturbaciones de la economía narcisista representan un segundo factor que tendremos en cuenta en nuestra discusión. Nuestra experiencia personal con pacientes somáticos nos llevó a insistir en un tercer factor cuya importancia para nosotros no ha sido aún suficientemente señalada: se trata de la angustia.

En la clínica, los procedimientos autocalmantes del Yo están regularmente asociados al sistema de la angustia. Esta testimonia siempre una interrupción del curso de los procesos psíquicos. En *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud definió el afecto de la angustia como «un estado de displacer particular acompañado de acciones de descargas a lo largo de vías determinadas». Para Freud la angustia tiene «por fundamento una elevación del nivel de excitación que, por un lado, crea el carácter del displacer y conduce, por otro lado, a las descargas de las que hemos hablado y que alivian la excitación». En realidad esta definición concierne un cierto tipo de angustia, la que llamamos habitualmente angustia-desamparo o angustia difusa. El paciente que la padece siente imperiosamente la necesidad de actuar mediante descargas, a menudo motrices. Esta calidad de la angustia es la que reconocemos en los pacientes que utilizan procedimientos autocalmantes. Está ligada directamente al peligro que la pérdida del objeto hace correr a la integridad del Yo, objeto que pronto reconocemos como teniendo una importancia vital para la

supervivencia psíquica del sujeto y que, *al contrario*, toma así un valor de protección, contra las situaciones de desamparo. Esta calidad de la angustia se opone a la de la angustia-señal de peligro. Esta, al revés que la primera, implica una contención de la excitación, una capacidad de espera que permite al Yo poner a prueba los procedimientos defensivos que conducen, mediante la repre-sión, a la producción de síntomas neuróticos. En definitiva, es por la presencia o la ausencia en el seno del funcionamiento mental de sistemas preparados para afrontar las situaciones de peligro, que se desprende la calidad de la angustia sentida por el paciente y en consecuencia, las medidas que toma para protegerse de ella. Cuando observamos procedimientos autocalmantes en los pacientes somáticos, pensamos que recubren habitualmente angustias difusas que invaden peligrosamente al Yo, debido al fallo en su seno de sistemas aptos para ligar la excitación mediante las vías de la elaboración mental. Se puede adelantar la hipótesis de que los procedimientos autocalmantes del Yo son a la angustia-desamparo lo que los síntomas neuróticos a la angustia de castración.

Esta hipótesis plantea un interrogante: ¿Cual es el estatuto pulsional de estos procedimientos? ¿Debemos asimilarlos a actividades auto-eróticas del Yo?

Sabemos que los síntomas neuróticos surgidos de un conflicto entre el Yo y la libido, son un compromiso entre ellos. En definitiva, representan sustitutos de satisfacción libidinal. Por otro lado, no podemos concebir autoerotismos sin un soporte fantasmático sobre los que reposen, al igual que los síntomas neuróticos o los sueños. Por así decir, los procesos de los que acabamos de hablar escogieron domicilio en el interior del espacio psíquico.

Respecto a los procedimientos autocalmantes del Yo, nos re-presentamos las cosas de una manera diferente. Aunque en ciertos casos las actividades motrices utilizadas por los pacientes parecen cargadas de mayor o menor valor libidinal, es inconcebible imaginar actividades autónomas del Yo que se desarrollen sin ningún vínculo con la vida instintiva del sujeto. Pensamos que, a semejanza de los síntomas neuróticos, existe allí también un conflicto entre el Yo y la libido, pero su nivel y su lugar de operación son diferentes. El espacio en el que se desarrolla este conflicto no es ni psíquico ni somático, sino en la frontera entre ambos. El nivel en el que se desarrolla es el del narcisismo. Se trata de un conflicto en el que se juega la supervivencia psíquica. Estas proposiciones concuerdan con la concepción freudiana de la neurosis de angustia cuyas conclusiones figuran en el texto de 1895: «Es justificado separar de la neurastenia un cierto complejo sintomático bajo el nombre de "neurosis de angustia" y según la cual "lo que lleva a la neurosis de angustia son los factores que impiden la elaboración psíquica de la excitación sexual somática"».Freud continúa: «Las manifestaciones de la neurosis de angustia sobrevienen cuando la excitación sexual somática desplazada fuera del psiquismo se gasta de manera subcortical en reacciones totalmente inadecuadas». Este texto muestra claramente los elementos del conflicto. Si lo completamos con el esquema

del *Manuscrito G*, que data del mismo año, en el cual Freud indica el destino contrariado de la excitación sexual en la melancolía ansiosa por defecto de unión con los grupos psíquicos de representaciones, estamos conducidos a contemplar la hipótesis según la cual el Yo, para evitar los autoerotismos, sean cuales fueren las razones, deriva la excitación hacia su sensorio-motricidad. Se añaden razones clínicas al análisis de los textos freudianos para establecer esta hipótesis. Hemos podido observar en el tratamiento de ciertos pacientes, como en Clara por ejemplo, la evolución de procedimientos autocalmantes hacia actividades sublimatorias del Yo. Esta evolución testimonia cada vez la reanudación de una actividad mental en la que el trabajo psíquico vuelve a dar sentido y destino a las pulsiones.

Recordemos que hemos asociado los procedimientos autocalmantes del Yo con tres factores que nos hemos propuesto discutir: el sistema de la angustia, los estados traumáticos y el narcisismo. Después de haber discutido el tema de la angustia, abordaremos el de los estados traumáticos.

En varias ocasiones en este trabajo, hemos señalado la mala calidad del funcionamiento preconsciente de los pacientes, sería mejor decir el desequilibrio entre sus procesos primarios y sus procesos secundarios en el seno de su funcionamiento psíquico. Esta constatación nos condujo a la noción de estado traumático, entidad clínica que resume de la manera más pertinente el conjunto de los fenómenos de los que hemos hablado. Refiriéndonos a M. Fain, entendemos por estado traumático un estado ca-racterizado por la pérdida de un proyecto narcisista investido y que confronta al sujeto con una castración brutal. Este estado se acompaña de afectos de desamparo y de diversas manifestaciones de descarga, en particular accidentes somáticos. El funcionamiento mental en estado traumático se caracteriza por la sideración momentánea o crónica de los pensamientos latentes y la pérdida del valor organizador de las fantasías originarias que sostienen estos pensamientos latentes.

Uno de los rasgos permanentes de los procedimientos autocalmantes del Yo es su tendencia a la repetición. Las actividades mo-trices o perceptivas a las que el paciente recurre, están condenadas a repetirse sin aportar satisfacción, todo el tiempo que dure el estado traumático. Esta repetición conserva una función de control de las excitaciones al mismo tiempo que traduce un defecto de ligadura de estas últimas por los procesos secundarios del Yo. Ello nos lleva a evocar los efectos de la pulsión de muerte en el encadenamiento de los procesos psíquicos. El principio del descenso del nivel de tensión psíquica fue enunciado muy pronto por Freud, y, como se sabe, ampliamente retomado en 1920 en «Más allá del principio de placer». En 1895, en «Proyecto de una psicología científica», Freud se expresa así: «El sistema neuronal se ve obligado a renunciar a su tendencia original a la inercia, es decir, a su tendencia a alcanzar el nivel O. Tiene que aprender a soportar una cantidad almacenada Q que es suficiente para satisfacer las exigencias de un acto específico (…) y conservar constante este nivel (…). Todas las realizaciones del sistema neuronal deben

contemplarse, ya bajo el ángulo de la función primaria, ya bajo el de la función secundaria impuesta por las exigencias de la vida». Por este hecho, la pulsión de muerte trabaja en el interior del aparato psíquico según dos modalidades principales: la descarga de la excitación y/o la reducción de las cualidades de excitabilidad de los elementos psíquicos. Esta última modalidad supone procesos secundarios en buen estado de funcionamiento y un Superyó capaz de jugar su papel en los mecanismos de desexualización. La alteración relativa de estos procesos secundarios durante los estados traumáticos priva al Yo de esta salida en su búsqueda homeostática y le libra a las acciones de descarga, de las que son testimonio en particular sus procedimientos autocalmantes. Estos aseguran en definitiva la función de para-excitación destinada en condiciones normales al trabajo psíquico y que aquí está fuera de juego por la coyuntura traumática.

La noción de un estado traumático del Yo, es también suge-rida por Freud en ciertas hipótesis teóricas a propósito de la neurosis de angustia. En el texto que le consagra y que ya hemos citado, Freud escribe: «Se puede, sin forzar nada, adelantar la interpretación que el psiquismo*, por el hecho de su derivación sobre otra cosa*, se vuelve insuficiente para controlar la excitación sexual somática, tarea que, como sabemos, está continuamente presente. Conocemos el bajo nivel al que puede descender la libido en tales condiciones, y nos encontramos aquí ante el bello ejemplo de una neurosis que, sin tener una etiología sexual, presenta sin embargo un mecanismo sexual».

Esta derivación psíquica sobre otra cosa evoca estos duelos in-terminables, estas pérdidas de objetos nunca elaboradas que tan-tos enfermos somáticos graves sufren. Podemos imaginarnos su actividad psíquica como concentrada enteramente en la tarea de una imposible elaboración de un objeto perdido, cuyo valor narcisista explica la amplitud del daño. El estado traumático así creado, reactivado ocasionalmente en cada indicio perceptivo que evoque el objeto perdido, se vuelve de este modo una fuente ina-gotable de vaciamiento narcisista.

Este desarrollo nos conduce al tercer punto de nuestra discusión, las relaciones entre los procedimientos autocalmantes del Yo y el narcisismo.

«¿Cómo explicar los efectos de la melancolía?», escribe Freud. «La descripción siguiente parece ser la más satisfactoria: es una inhibición psíquica, acompañada de un empobrecimiento instintivo, de aquí el sufrimiento particular. No tenemos ningún re-paro en imaginar que cuando un grupo sexual psíquico sufre una gran pérdida de excitaciones, podríamos decir que se produce una aspiración en el psiquismo y desarrolla un efecto de llamada hacia la cantidad de excitaciones presente. Las neuronas asociadas (al grupo) pierden necesariamente su excitación lo que provoca un sufrimiento. Una disociación es siempre algo doloroso. Se produce un *empobrecimiento de excitaciones y de reservas* de una manera que asemeja una hemorragia interna y que se manifiesta en el seno de los otros instintos y funciones. Este proceso de aspiración provoca una inhibición y tiene los efectos de una herida».

Estas líneas están sacadas del *manuscrito G* que Freud dirigió a Fliess en 1895. Según sabemos, se trata del primer modelo teó- rico que Freud elaboró sobre el tema del narcisismo. Según las notas de Ernst Kris, si consideramos que en este texto Freud se sirve del término «melancolía» para designar todos los estados de depresión y que, por otro lado, este manuscrito pertenece a una serie de publicaciones del mismo año que reagrupa los trabajos de Freud sobre la neurosis de angustia (el Manuscrito E sobre la angustia, «que él ha justificado…», y el Manuscrito G sobre la melancolía), tenemos aquí todos los elementos teóricos del modelo freudiano de la neurosis actual. Sin darnos cuenta hemos introducido en nuestro desarrollo la dimensión de la depresión. En realidad, ello no nos sorprende ya que vemos a menudo una vivencia de depresión esencial semejante en los pacientes que uti-lizan procedimientos autocalmantes. Además pensamos que cuando estos procedimientos autocalmantes se eclipsan durante una descompensación grave, aparece la depresión esencial que testimonia el inicio del proceso de muerte psíquica; este hecho es rico en enseñanzas.

En efecto, nos indica algo que no esperábamos: los procedimientos autocalmantes son a la vez procedimientos auto-excitantes. Pensamos que este sistema autoexcitante tiene un papel capital en la lucha que lleva al Yo contra el hundimiento depresivo, es decir, en definitiva, contra el hundimiento narcisista. Nos repre-sentamos ese sistema que utiliza la motricidad para sus fines, según el modelo de una batería cuya función sería la de realimentar regularmente las reservas de libido de un aparato psíquico agotado en su tarea antitraumática. Mediante la vía de la coexcitación sexual las actividades motrices cumplirían así su función. Pensamos en esos pacientes que buscan, mediante actividades motrices de-senfrenadas, un sentimiento delicioso de grandeza y se conducen respecto a su motricidad como toxicómanos con su droga.

En definitiva, la urgencia que moviliza el estado de desamparo del paciente y que empuja imperiosamente a actuar, tiene como fin último la preservación de su capital narcisista. Este fin le exige reducir las cantidades de excitaciones traumáticas y pro-veer a las reservas narcisistas para evitar su hundimiento: nos parece que aquí está la doble función de los procedimientos autocalmantes/ auto-excitantes del Yo. Volvemos de este modo a lo que Freud expresó en *Inhibición, síntoma y angustia*, respecto del prototipo de estado de desamparo del recién nacido, quien «no puede registrar sino una perturbación considerable en la economía de su libido narcisista».

LOS AUTOCALMANTES O EL DESTINO INACABADO DEL SADOMASOQUISMO*

La problemática excitación-pulsión está en el centro de las discusiones teóricas que tienen lugar entre los psicosomatólogos. Este hecho no debe extrañarnos ya que lo consideramos como una herencia de los trabajos de Freud. En efecto, esta

problemá-tica es la traducción en el terreno de la teoría de las pulsiones, de las relaciones que contrae el soma con el aparato psíquico. Si partimos de la realidad freudiana según la cual la pulsión se define como la medida del trabajo impuesto al psiquismo en razón de su fuente somática, podemos entonces considerar *la pulsión como psicosomática* por esencia. Desde este punto de vista, se puede leer el conjunto de la obra de Freud como una sucesión de investigaciones sobre los factores de construcción o de deconstrucción pulsionales. La separación nosográfica operada a finales del último siglo, entre las psiconeurosis de defensa y las neurosis actuales ilustra, en los terrenos de la clínica y de la psicopatología, esta preocupación teórica y el cuidado de Freud por seguir *el trabajo de las pulsiones* en su continuidad y en su discontinuidad.

Por ello, según la concepción freudiana, *la neurosis actual* es un *modelo de las relaciones excitación-pulsión*. Constituye por esta razón una herramienta teórico-clínica de un valor inestimable para los psicosomatólogos. El interés de este modelo reside en el hecho de que está basado sobre *el concepto de interrupción del funcionamiento mental.* Reposa en la idea de un defecto de comunicación (o de unión) entre la excitación sexual somática y el grupo de las representaciones sexuales de cosas en el inconsciente. Las consecuencias somáticas de esta coyuntura son la acumulación de una tensión sexual, y su transformación psicopatológica, la angustia de desamparo o angustia automática. El conjunto del modelo está construido según un punto de vista económico. Sabemos que Freud interrumpió muy pronto sus investigaciones sobre las neurosis actuales. Durante casi un cuarto de siglo, no se ocupó de ello. Las volvió a retomar en 1926 en la discusión sobre la angustia. Entonces Freud las comparó con la neurosis traumática. Esta comparación entre estas dos entidades, así como el punto de vista económico constantemente evocado con este propósito, fundan las bases históricas de las discusiones modernas en el campo de la psicosomática. Es posible que una de las razones de la puesta en latencia por Freud de las neurosis actuales en sus trabajos, resida en la insuficiencia conceptual de las herramientas entonces a su disposición para comprenderlas teóricamente. Pienso que la elaboración de la segunda teoría de las pulsiones permite retomar la discusión sobre las neurosis actuales con un campo de posibilidades más amplio. En efecto, si habitualmente en las psiconeurosis de defensa todo el ruido procede de las pulsiones de vida, mientras que la pulsión de muerte es silenciosa,en las neurosis actuales, al contrario, las pulsiones de vida se hacen cada vez más silenciosas a medida que crece el ruido de la pulsión de muerte. *Los procedimientos autocalmantes,* expresión de la pulsión de muerte, son un ejemplo particularmente interesante de ella, cuya observación nació de los estudios psicosomáticos.

En 1971, M. Fain describió en «Preludio a la vida fantasmá- tica» un tipo particular de acunado que permitía que los peque- ños insomnes precoces se durmieran. Se trata de la primera observación que puso en evidencia un *sistema calmante.* Esta situación así descrita aparece como prototípica, en la medida en que

contiene todos los elementos metapsicológicos que encontramos en la edad adulta en algunos de los enfermos somáticos graves. Esta situación nos recuerda a una pareja en estado traumático mutuo: un bebé que no concilia el sueño solo y una madre que se agota intentando dormirle. Estas dos figuras de la escena traumática, *la incapacidad de regresión* en el sueño en uno y el *sistema particular de excitación* permanente en el otro, están ligadas entre ellas en una relación profunda y constituyen el nú- cleo del sistema calmante. En 1905, en *Tres ensayos,* Freud describió entre las fuentes de excitación sexual ciertas actividades musculares y, en particular, el acunado. Le cito: «Es notorio que el acunado es utilizado regularmente para dormir a los niños agi-tados». Sin embargo, ya entonces no se le escapó que el valor eró- tico del acunado podía pervertirse debido a ciertas características, sobre todo económicas. Le cito otra vez: «Se puede admitir al menos que estas influencias, que a menor intensidad se transforman en fuentes de excitación sexual, provocan una alteración profunda del mecanismo o de la química sexual cuando actúan con una potencia excesiva». Partiendo de la situación de los pequeños insomnes, M. Fain extendió la noción de sistema calmante considerándolo como una de las soluciones que usa el bebé en una coyuntura en la que se siente incapaz de tratar las excitaciones internas que le acosan desde las vías autoeróticas y fantasmáticas. Recurrir pues, a un sistema permanente de excitaciones que integre las propiedades de la pulsión de muerte, le permite entonces rebajar el nivel insoportable de tensión interna.

Tuve recientemente la ocasión de describir, a partir de la observación de ciertos enfermos somáticos adultos, un tipo particular de defensa que llamé *procedimientos autocalmantes del Yo*. Se trata de actividades que pretenden controlar un estado de tensión de excitación interna, cuando los medios psíquicos de liga-dura fallan. Con este fin el sujeto recurre esencialmente a la motricidad, pero también en ciertas coyunturas a la percepción o a la realidad bruta. Estas actividades se desarrollan siempre en un clima de crisis y de urgencia, ligado en particular al riesgo inminente de desorganización del Yo y de pérdida de su coherencia interna. En estos pacientes somáticos he observado que el recurso a los procedimientos autocalmantes estaba regularmente en relación con ciertas situaciones psíquicas entre las cuales están *el estado de desamparo ansioso*, el desarrollo de un *estado traumático* y *la alteración del sentimiento de estima de sí.* El estado traumático que sobreviene en situaciones de interrupción de un proyecto de vital para el sujeto, aparece entonces como responsable de la no-disponibilidad del funcionamiento mental y de la pérdida de sus capacidades regresivas. Los procedimientos autocalmantes se desarrollan en lugar de la regresión psíquica ausente. El estado de angustia difusa testimonia lo que P. Marty calificó de «alarma» en el seno del aparato psíquico. El recurso a los procedimientos autocalmantes juega el mismo papel respecto a esta calidad de la angustia que los síntomas neuróticos respecto a la angustia de castración. En fin, la pérdida del capital narcisista representa siempre un peligro inminente en estos estados de crisis. La depresión de tono esencial, siempre presente en estos estados, lo testimonia

dramáticamente. Los procedimientos autocalmantes son al mismo tiempo procedimientos auto-excitantes. Parece ser que en esta contradicción interna el sujeto busca a la vez calmarse y encontrar los medios a corto plazo para frenar la hemorragia narcisista. La descripción de estos sistemas autocalmantes nacida de la observación de los pacientes somáticos o con riesgo somático, está marcada por la dimensión de lo cuantitativo. Sin embargo, con menor intensidad los procedimientos autocalmantes se observan en todos los seres humanos. Pertenecen, se podría decir, a la psicopatología de la vida cotidiana. Pero lo que hay que señalar aquí es que en estas circunstancias no impiden el trabajo del pensamiento, mientras que en la patología lo sustituyen.

G. Szwec, en sus investigaciones sobre los procedimientos autocalmantes, privilegió la vía de la *traumatofilia*. Partiendo de la observación de niños y del análisis de ciertas situaciones extremas, propuso la hipótesis de que el recurso a los procedimientos autocalmantes trataba de reproducir, incluso reencontrar, una situación de desamparo traumática inicial. Pone aquí el acento sobre un punto de vista histórico. Como se sabe, en la discusión sobre la cuestión de la angustia, en 1926, Freud opone la angustia automática a la angustia reproductiva que es una angustia *a minima* que intenta señalar al Yo un peligro pulsional para que ponga los medios para frenarlo. El establecimiento de la represión y la formación de los síntomas neuróticos garantizan los éxi-tos de la operación. Sin embargo la pertinente hipótesis de G. Szwec solo puede entenderse si se resitúa la situación traumática descrita en su contexto no neurótico. Ello nos lleva a señalar el hecho importante, según el cual la búsqueda por medio de los procedimientos autocalmantes, de la reproducción de la situación de desamparo traumática, *fracasa* en su tentativa de ligadura y de constitución de una angustia señal de peligro. La repetición del procedimiento autocalmante y el estado de desamparo subyacente, confirman este fracaso. Colocándonos en la perspectiva de la segunda teoría de las pulsiones, se puede señalar junto a G. Szwec la hipótesis que enuncia que el paciente en la coyuntura descrita fracasa en la constitución de una ligadura masoquista del traumatismo. Otro desarrollo aportado por G. Szwec sobre los procedimientos autocalmantes, concierne a su punto de vista genético. La hipótesis de *la interiorización de sistemas calmantes maternos* precoces mantenida por el autor abre perspectivas interesantes pero plantea numerosos problemas de orden metapsicológico. Yo mismo evoqué en pacientes adultos la hipó- tesis de vestigios de procedimientos autocalmantes de la madre durante la infancia de los pacientes. Sin embargo, la noción de interiorización debe precisarse en la medida que implica un cierto grado de trabajo de duelo del que no conocemos ni la calidad ni las condiciones psíquicas.

Como vemos, el estudio de los procedimientos autocalmantes fue abordado desde diferentes puntos de vista, guardando el punto de vista económico un lugar preponderante a lo largo de estos análisis. El examen de un paciente adulto que presenta fenómenos sintomáticos particulares nos llevará a desarrollar algunas

reflexiones nuevas acerca del estatuto pulsional de los procedimientos autocalmantes.

Kevin tiene 48 años. Viene a consultarme por una *crisis psí- quica*, después de haber pedido tratamiento varias veces en los meses precedentes. Es cirujano y de origen galés. Me dice que «ha sido abandonado» por una mujer después de tres años de una relación amorosa. Desde entonces le ha invadido un sentimiento agudo de *dolor psíquico* y, episódicamente se hunde en un estado de profundo *desamparo*. Durante las primeras semanas, dice haber vivido con un sentimiento depresivo permanente y difuso y percibido en él vagas ideas suicidas sin jamás pasar al acto. Un sentimiento de *humillación* aparece rápidamente en su vivencia de crisis. Una palabra del paciente repetida muchas veces llamó mi atención enseguida: «¿Porqué me dejó?». Era muy probable que antiguas huellas de heridas del mismo orden fueran activadas en ese momento. Al mismo tiempo una dimensión de rei-vindicación dolorosa infiltraba su queja. Rápidamente su crisis se transformó en un verdadero estado de *neurosis traumática*. Evoca la falta de preparación total en la que se encontraba cuando se separó. La imagen y el nombre de su amiga invadían permanentemente su campo de conciencia. Todo elemento de la realidad perceptiva que la recuerde desencadena inmediatamente un estado de desamparo: por ejemplo, la visión de un objeto que le pertenecía o también escuchar su nombre por casualidad.

En sus estados de tensión extrema, se siente invadido por una fuerza irresistible que le lleva a actuar. Esta fuerza, que representa la calidad del empuje de la pulsión, da cuenta, al mismo tiempo por su intensidad y su invasión del carácter desligado de dicha pulsión. Algunos elementos de diferenciación afectiva vienen de vez en cuando a dar un sentido a esta fuerza: ésta se convierte entonces en rabia u odio. Durante estas situaciones psíquicas recurre a un cierto número de fenómenos sintomáticos. Los primeros pueden ser identificados como *procedimientos autocalmantes:* se precipita sobre el tubo de pastillas tranquilizantes y «come medicamentos», según su expresión, o bien se pone a hacer cosas en su apartamento hasta que se calma. Tanto en un caso como en otro el imperativo es eliminar toda huella de la imagen del objeto perdido y del dolor a él asociado. En el curso de sus actividades autocalmantes hay que señalar el efecto de alivio aportado por las conductas motrices y, conjuntamente, el esfuerzo hecho por el paciente para negar toda huella de actividad psíquica en relación con el objeto perdido.

El segundo orden de fenómenos sintomáticos a los que recurre el paciente es a la vez más complejo y más interesante. Aquí también se trata de conductas motrices importantes por su intensidad y su carácter repetitivo. Sin embargo, estas conductas di-fieren de las precedentes en que admiten una cierta actividad psí- quica. Se trata de una actividad de persecución del objeto, episódica y crítica, sin convicción delirante y sin respuesta del ob-jeto. Esta actividad consiste en llamadas telefónicas a cualquier hora del día o de la noche, en el punto álgido de la crisis de desamparo o de impulsiones para reunirse con la persona amada. No podemos identificar estas conductas motrices con los procedimientos autocalmantes en el sentido en que los

hemos definido, pero se emparentan con ellos de una cierta manera. Como hipótesis podemos proponer la idea de que estas conductas representan tentativas de *salida pulsional* de los procedimientos autocalmantes. Es importante aquí la manera en que el *sadomasoquismo* parece implicado en esta evolución sintomática. Sin embargo, ninguna realización pulsional conduce verdaderamente ni a la vía del sadismo, dirigido hacia el objeto, ni a la del masoquismo. Esta coyuntura sintomática particular indica que hay presentes elementos eróticos que tratan de ligar una destructividad interna loca, ya para llegar a una vivencia masoquista, ya para desplazarla fuera con un fin sádico. La repetición de las crisis testimonia al mismo tiempo del fracaso de estas tentativas de salida pulsional.

Escuchando a este paciente se me impuso una intuición: si sus síntomas cedían más allá del alcance del trabajo analítico, el edificio podía derrumbarse porque sostenía lo que de coherente quedaba en su Yo, como las paredes maestras sostienen un edificio. La calidad de la relación que Kevin establecía conmigo en las primeras entrevistas era por otra parte muy especial. Su demanda manifiesta expresada con insistencia era que le desembarazara de la manera que fuera, de lo que llamaba su «obsesión». En realidad se mostraba muy poco pasivo conmigo. Al contrario, buscaba controlarme, ponerse en mi lugar. Este *fallo de la pasividad*, junto a su necesidad de control activo, me evocaba la idea de un cierto inacabado pulsional en su organización psíquica.

Lo que supe de él a lo largo de las primeras entrevistas fue que había perdido a su mujer por una enfermedad evolutiva poco antes de encontrar a su amiga. *Ninguna huella de duelo.* Me decía que era un hombre que no soportaba vivir solo. Sus dos hijos eran estudiantes y vivían relativamente autónomos. Su amiga, al igual que su mujer, era galesa como él. A los 8 años perdió a su padre que murió en un sanatorio de tuberculosis pulmonar. A los 15 años perdió a su madre que murió accidentalmente. Se describía como un hombre *hiperactivo*, que nunca estaba quieto, se sentía forzado a hacer varias cosas a la vez, siempre impaciente, con el sentimiento, me decía, de *correr detrás de algo* que no po-día identificar. Se presentaba también como un hombre hiperadaptado, que encontraba rápidamente soluciones a todo, sin volver jamás al pasado.

Desde luego, tal y como es previsible dado su estado traumá- tico, el discurso de Kevin a lo largo de estas primeras entrevistas relataba incansablemente los hechos de su vida con su amiga y describía el dolor de su pérdida. *La vía de la regresión psíquica era espontáneamente bloqueada*. Durante una sesión, recordando una visita a su amiga, me dijo *que volvía a casa*. Esta expresión para nombrar el piso de su amiga, me pareció marcada de un exceso de familiaridad. Le dije: «Usted habla de él como si se tratara de la casa de su madre». Esta intervención suscitó una primera apertura regrediente. Emergieron algunos recuerdos de su madre. En este segundo tiempo me dijo que un año antes de que ésta mu-riera, le dejó para irse con un hombre. Le relacioné el abandono de su amiga y el de su madre cuando tenía 14 años.

Las características físicas acercaban también a estas mujeres: además de tener el mismo origen galés, ambas eran altas y pelirrojas; su madre era una mujer activa que describía como viva y nerviosa y de la que no guardaba ningún recuerdo de gestos tiernos hacia él. Soportaba mal su condición de viuda y le gustaban los hombres.

Este fragmento clínico permite interrogarnos acerca de la calidad de las investiduras maternas de las que Kevin fue objeto en su infancia. La hiperactividad de su madre, su «nerviosismo», sus intereses marcados hacia su profesión y los hombres, así como su intolerancia a la soledad nos conducen a pensar que Kevin pudo organizar prematuramente una para-excitación autónoma de una calidad dudosa. De la misma manera, la calidad de la integración y de la ligadura de sus pulsiones eróticas en el marco de su organización edípica, creaba interrogantes.

Esta corta ilustración clínica de un paciente adulto que no presenta actualmente ninguna somatización y que, por otro lado, nunca estuvo enfermo anteriormente, puede parecer interesante en la medida en que muestra en un hombre cercano a la cincuentena, una constelación psíquica plena de potencialidades de desorganización somática, en situación de desarrollo de un estado traumático agudo. El recurso a los procedimientos autocalmantes en esta coyuntura de crisis, así como su evolución sintomá- tica hacia tentativas de salida pulsional, permiten discutir un cierto número de cuestiones de orden metapsicológico, en particular las relaciones de este procedimiento defensivo con la regresión psíquica, el trabajo de duelo y la pasividad pulsional. Esas cuestiones conducen a la interrogación ineluctable sobre la calidad del sadomasoquismo y de la organización narcisista de este tipo de paciente.

Resumamos ahora lo que sabemos sobre los procedimientos autocalmantes:

1.Son procedimientos defensivos del Yo que sobrevienen en una *coyuntura psíquica de ruptura*. Se trata de la ruptura de la continuidad de la investidura psíquica. A este carácter se asocian las nociones de estado traumático y de desamparo ansioso.

2.Utilizan preferentemente y casi exclusivamente la *motri-cidad.*

3.Cada vez que nos los encontramos, la *regresión psíquicaestá ausente.*

4.Siempre están asociados a una *destructividad* cuya expre-sión está esbozada pero es rápidamente abortada. Utilizan las pro piedades de reducción de la tensión de excitación de la pulsión de muerte.

5.Su carácter, quizás el más importante, es el estar domi-nado por la *compulsión a la repetición.*

Los tres primeros caracteres nos conducen a interrogarnos sobre la *tópica* de los autocalmantes. Es interesante constatar que estamos aquí en una coyuntura metapsicológica inversa a la del trabajo del sueño. En efecto, éste ocurre mientras dormimos, pero solo puede desarrollarse bajo dos condiciones: el cierre de la vía motríz y la regresión psíquica. Por otro lado, Freud mostró que el sueño aseguraba una continuidad nocturna de la investidura psíquica. El trabajo de la interpretación

debe conducir el sueño a la cadena de los acontecimientos psíquicos diurnos. Debemos admitir que los procedimientos autocalmantes se sitúan fuera de los lugares del trabajo psíquico. En realidad, *no están ni fuera ni dentro, sino en la frontera entre el interior y el exterior*. Se sitúan tanto en la frontera entre el aparato psíquico y el soma como en la que separa el aparato psíquico de la realidad externa.

Freud, en 1895, escribía a propósito de la neurosis de angustia que ésta resultaba del hecho de que la excitación sexual somática no llegaba a unirse al grupo de las representaciones inconscientes y que en consecuencia la excitación se resolvía en una actividad dispersa subcortical. Pienso que si trasladamos estas proposiciones a la problemática de los autocalmantes, no habría dificultades para aproximar el punto de vista tópico expresado aquí por Freud a la hipótesis del «ni dentro ni fuera».

Los dos primeros caracteres que hemos enunciado, el destino de la destructividad y la compulsión a la repetición, nos conducen de nuevo al terreno económico.

Con los procedimientos autocalmantes debemos admitir que *nos situamos más allá del principio de placer*. Los pacientes repiten su actividad motriz desenfrenada hasta que encuentran la calma. Las calidades de la fuerza (o empuje) y de la repetición forzada son constitutivas de esta actividad. En su ensayo sobre «Más allá del principio de placer», Freud oponía *la función de ligadura*, específica de los procesos psíquicos gobernados por el principio de placer-displacer, a *la función de inmovilización* o de neutralización específica de los acontecimientos psíquicos gobernados por la tendencia a la repetición. Con los procedimientos autocalmantes ¿qué es lo que se quiere parar o neutralizar? La respuesta no nos plantea problemas. Se trata de la *destructividad*. Estamos en presencia de una coyuntura donde el Yo, sea por razones traumáticas pasajeras, sea por razones traumáticas crónicas, es incapaz de ligar su destructividad interna. En la mayoría de nuestros pacientes hemos estado atentos a un elemento semiológico que atestigua el carácter libre de esta destructividad: su fuerza (o su empuje) irresistible. Siempre en el mismo ensayo, Freud indica que la tendencia a la repetición no se opone al principio de placer, sino que lo prepara y lo precede. La inmovilización de las cantidades de excitaciones es un tiempo previo necesario para preparar la ligadura de los procesos psíquicos que se llevará a cabo, bajo el dominio del principio de placer. Pero se trata de una situación ideal y en muchos seres humanos el recorrido se interrumpe en el camino.

Vayamos ahora a una hipótesis que me gustaría proponer sobre los procedimientos autocalmantes. El hecho de que éstos uti-licen habitualmente la motricidad para sus fines nos guiará en nuestro desarrollo. En los *Tres ensayos*, Freud trata de hacer el inventario de las diferentes fuentes de la excitación sexual. Fuera de las que están asociadas a la realización alucinatoria de deseo y a la estimulación de las zonas erógenas, evoca numerosos procesos que tienen como efecto secundario el dar nacimiento a una coexcitación libidinal. Entre ellos se encuentra la actividad muscular. Respecto a ella, Freud piensa que se puede tratar de una de la raíces del *sadismo*. Lo cito «Se puede reconocer una de las raí- ces de la pulsión sádica en el

hecho de que la excitación sexual es favorecida por la actividad muscular». Más tarde, en 1924, en el «Problema económico del masoquismo», designa como uno de los destinos de la destructividad interna su desplazamiento hacia el exterior, precisando, y ello es de la máxima importancia, que en esta trayectoria la pulsión de muerte utiliza para sus fines al sistema muscular. Benno Rosenberg, en sus trabajos sobre el masoquismo, nos dará la interpretación según la cual el masoquismo erógeno, intrincando la libido y la destructividad, es proyectado al exterior y, de este modo deviene *sadismo* en su fijación al objeto. Si consideramos ahora la situación de los procedimientos autocalmantes teniendo en cuenta los tres factores que los caracterizan respecto a su expresión, a saber, la utilización de la motricidad, la fuerza destructiva en su fuente y la ausencia de fijación al objeto, debemos admitir que se trata de la expresión de un *autosadism*o. Sin embargo, esta nueva etapa en nuestro desarrollo teórico no nos parece enteramente satisfactoria. En efecto, Freud contempla en «Pulsiones y destinos de la pulsión» el derro-tero particular de la pareja sadismo-masoquismo en la perspectiva del doble retorno pulsional. El estadio b) de ese proceso corresponde a la fase en el curso de la cual la pulsión sádica *es reflejada* sobre el Yo, pero con la ausencia de un nuevo objeto que tome el lugar anterior del sujeto. La vía del doble retorno se interrumpe a medio camino, antes del restablecimiento de una verdadera pasividad masoquista. Esta posición autosádica se ilustra, según Freud, en los autotormentos y los autocastigos de la neurosis obsesiva. Podemos añadir los autorreproches de la melancolía. Aquí lo importante es que este autosadismo es rico en representaciones mentales. Representaciones que están bloqueadas en los procedimientos autocalmantes. Deducimos la siguiente hipótesis: *los procedimientos autocalmantes serían la expresión de un autosadismo desmentalizado*.

Hemos observado a menudo a lo largo de las investigaciones o de tratamientos psicosomáticos, hechos inquietantes que nos conducen a interrogarnos sobre las relaciones de los procesos de somatización con un *trabajo de melancolía.* La aparición de estos acontecimientos después de una pérdida de objeto es un factor de orden general, necesario pero no suficiente. En ambos casos encontramos una alteración del sentimiento de autoestima, factor ausente, recordémoslo, en el duelo normal. Si consideramos a los enfermos somáticos que utilizan los procedimientos autocalmantes, otro factor común reúne las dos organizaciones: la no-disponibilidad del preconsciente. Freud indicó en su ensayo «Duelo y melancolía» que esta vía estaba bloqueada por el trabajo de la melancolía. Si la vía de la somatización diverge de la de la melancolía, las razones deben estar en otro lado. En el mismo ensayo, Freud escribe: «Si la investidura de amor del melancólico hacia su objeto conoció un doble destino: es porque, por un lado, regresó a la identificación pero, por otro, y bajo la influencia del conflicto de ambivalencia, fue llevado al estadio del sadismo del que está más cerca». Es en *la calidad del narcisismo* y en *la organización del sadomasoquismo* donde vamos a encontrar las razones que conducen tal paciente, en

una coyuntura de crisis determinada, a ir hacia una vía somática o hacia una vía melancólica. Volviendo a la melancolía, en *El Yo y el Ello,* Freud se- ñala que todo el sadismo parece depositado en el Superyó que se convierte entonces en un puro cultivo de instinto de muerte. Los procedimientos autocalmantes parecen jugar, en las organizaciones psicosomáticas, el papel de depositarios de la pulsión de muerte devuelta al Superyó en la melancolía. Respecto al narcisismo, pienso que existen igualmente diferencias notables y determinantes en el caso de la melancolía y en el de los pacientes de los que nos ocupamos. La regresión narcisista es un punto fundamental de la organización melancólica. En tanto que regresión, asegura una detención del movimiento de desorganización mental. En el melancólico este punto de detención se sitúa en el nivel del *masoquismo*. Es precisamente allí donde encontramos el defecto o la falta en el paciente que somatiza. Éste se siente incapaz de ligar su destructividad interna para construir una vivencia masoquista. Los procedimientos autocalmantes son la última y dramática tentativa para producir esta ligadura. El responsable es probablemente el inacabado pulsional en el curso de la organización psíquica de estos pacientes. En «Pulsiones y destinos de las pulsiones», Freud sitúa el doble retorno pulsional en la fase narcisista del desarrollo sexual. El inacabado pulsional va a la par del inacabado narcisista. Muy a menudo en estos pacientes encontramos una constelación psíquica infantil en la que se encuentran, según la afortunada expresión de M. Fain, «cau-tivos del sueño materno». Esta alienación materna les priva de este vector indispensable para la constitución del narcisismo que representa lo que Freud designó como *His Majesty the baby*. Elestilo de relación de objeto que resulta de ello difiere sensiblemente de la identificación narcisista del melancólico. Y la sensibilidad a los acontecimientos de la realidad, en particular a las pérdidas, toma una dimensión de catástrofe.

Es interesante señalar que en las discusiones sobre pacientes que somatizan, a menudo se evoca la idea del fracaso de la tentativa de estructuración de una verdadera melancolía.

Acabaré completando la hipótesis que propuse durante el desarrollo de mi exposición: *los procedimientos autocalmantes representan el destino inacabado del sadomasoquismo.* Esta hipótesis constituye una nueva herramienta que merece ser confrontada con otros trabajos clínicos y sometida a discusión.

Destinos de la sensorialidad y de los afectos en la reconstrucción del tiempo vivido*

Introducción

La cuestión del cambio, de su realidad y de su evaluación durante el proceso que se desarrolla en el marco de un tratamiento psicoanalítico o de un tratamiento psicoterapéutico, hace intervenir numerosos parámetros. Cualquiera que sea el

elegido para apreciar la calidad del cambio vivido por el paciente, me parece indiscutible que sea en primer lugar su subjetividad la que esté concernida por las reorganizaciones a las que está sujeta. A. Green, en el Coloquio de Deauville sobre este tema, en octu-bre de 1995, llamó nuestra atención sobre el hecho de que, para él, todo cambio debería de producir en el paciente una modificación cualitativa de su convicción, sobre la existencia de una vida psíquica en él. Esta definición del cambio, por simple que pueda parecer, responde para mí a una verdad profunda muy variable en la clínica actual, como es el grado de autopercepción del funcionamiento mental que comprende el campo que va desde un *insight* de buena calidad hasta la negación de su propia vida psíquica. Así todos los parámetros que podemos evocar para dar cuenta de un cambio en un paciente deben conducir necesaria-mente a una modificación cualitativa del sentimiento de subjetividad.

Desde esta perspectiva, la dimensión de la temporalidad representa un interesante vector para apreciar las modificaciones del funcionamiento psíquico durante un tratamiento psicoterapeú- tico o psicoanalítico. En efecto, es cierto que la temporalidad está ligada a la historia pero también está ligada a los destinos de la sensorialidad y de los afectos. Estos y aquellos pueden estar presentes o borrados en el discurso del paciente. Pueden aparecer durante el proceso psicoanalítico, como desorganizarse en una crisis. Representan parámetros psíquicos fundamentales en la constitución del tiempo vivido. En último término, éste no es sino el resultado de trayectorias combinadas de huellas sensoriales, mné- micas y afectivas del paciente, organizadoras de su historia.

La práctica psicoanalítica de los casos difíciles, estados límites y organizaciones psicosomáticas en particular, nos confronta a pacientes cuya concepción del tiempo difiere sensiblemente de la de los pacientes neuróticos. Con ellos nos enteramos de que el tiempo no solamente se construye, sino que también se destruye, se alarga o se acorta, se recalienta o se enfría. La construcción del tiempo particular de cada paciente resulta de los efectos complejos de la actividad psíquica en su conjunto. Las calidades del tiempo están íntimamente ligadas a las de la construcción de la historia vivida y, en definitiva, representan un testimonio de las vicisitudes de la historia pulsional de cada sujeto.

El tratamiento de un paciente que presenta una neurosis de comportamiento nos conducirá a desarrollar dos tipos de reflexiones: las primeras se relacionan con los destinos de la sensorialidad y de los afectos, las segundas se refieren a la construcción de un tiempo particular, el *tiempo operatorio,* que resulta del destino particular de las huellas sensoriales y de los afectos en la historia del sujeto. Mi análisis se centrará en dos sueños, aparecidos después de varios años de tratamiento y que marcaron una ruptura en el continuum factual del discurso del paciente. Estos sue- ños entreabrieron su tiempo y le restituyeron una parte de su historia. Después se vio que la concepción singular que el paciente tenía de la temporalidad era el resultado del esfuerzo permanente que hacía para volver su tiempo inmóvil, neutro, tranquilo.

En la escuela los niños aprenden a conjugar el tiempo. El pasado, el presente y el futuro pronto pueden aparecer como categorías naturales que se imponen a todos. El tiempo se organiza,se recorta, se diferencia y se matiza desde una variedad de sub-categorías. Sin embargo sabemos que las cosas son más complejas y que la historia subjetiva de cada ser humano es el agente organizador del tiempo vivido. Tiempo, historia y memoria se imponen así como elementos indisociables. El conjunto del cor-pus freudiano reorientó de manera decisiva la comprensión del tiempo vivido, permitiendo que las cuestiones se plantearan desde nuevas bases. Recordaré tres de sus propuestas:

El principio de placer-displacer gobierna el conjunto de los fenómenos psíquicos. Sabemos que representa un acabado, un punto asintótico, una perspectiva en la historia pulsional que a menudo se interrumpe a medio camino. Sin embargo, este principio nos enseñó que la memoria es otra cosa que una simple acumulación, progresiva y metódica de los acontecimientos vividos a lo largo de la vida. El ser humano avanza en la vida reprimiendo más que acumulando. El tiempo pasado se vuelve un tiempo la-cunar, discontinuo, pleno de representaciones y de afectos. El tiempo futuro se organiza alrededor de proyectos que son la proyección de la realización alucinatoria del deseo. El tiempo vivido se convierte en un tiempo vivo que contiene necesariamente su parte tanto de dolor, de angustia y de duelo, como de placer.

— La separación del aparato psíquico en tres sistemas, el inconsciente, el preconsciente y el sistema percepción-conciencia, reposa en una representación ideal del funcionamiento mental, salida de la metapsicología de 1915. Sin embargo, ese principio nos enseñó a diferenciar varias calidades del tiempo. La atempo-ralidad del inconsciente gobernado por el principio de placer se opone así a la organización y al recorte del tiempo según el principio de realidad, en el seno del preconsciente. En cuanto al sistema percepción-conciencia, él es el tiempo de la renovación indefinida de las percepciones: es el tiempo de la inmediatez. El equilibrio entre los procesos primarios y los procesos secundarios tiene la tarea de asegurar un desarrollo conveniente del sentimiento del tiempo vivido.

— La compulsión a la repetición, surgida de los cambios teó- ricos de 1920, se sitúa «más allá del principio de placer». Habitualmente evoca en el analista representaciones conceptuales de fuerza y de destructividad. Se asocia poco o mucho a fenómenos psíquicos de desligadura cuyas figuras psicopatológicas pueden ser muy variadas. Bajo el efecto de su empuje, la calidad deltiempo vivido está indiscutiblemente alterada. Así, la necesaria valoración del factor cuantitativo nos impone modificar sensiblemente nuestra comprensión de la temporalidad.

Historia clínica

M. A…. tiene 47 años. Es un judío sefardita que se instaló en Francia con su familia cuando tenía 15 años. Es cirujano-den-tista, casado y padre de dos niñas. Vino a consultarme por una hipertensión arterial severa y un estado de tensión psíquica permanente. Es hiperactivo y trabaja sin parar mientras está des-pierto. Solo se duerme cuando está agotado. Todas las noches se pone su chándal y hace 20 kilómetros corriendo. Dos o tres veces por semana, va a la piscina y hace varias decenas de largos. Vive de esta manera desde que empezó su vida adulta. Fuera del desagrado que siente por su estado de tensión, que calma con sus actividades físicas, no se queja de ningún sufrimiento psíquico. No hay ansiedad, ni momentos de depresión. Trabaja, hace ma-nualidades, deporte, multiplica las amantes con las que sólo mantiene relaciones sexuales, y el tiempo transcurre así en esta sucesión de actuaciones. Para él el tiempo no se conjuga ni en pasado, ni en futuro, ni siquiera en presente. No se desarrolla. Es una sucesión de instantáneas. El presente implicaría su limitación por un pasado y un futuro próximos. Aquí cada instante está enmarcado por otros dos instantes. Es *el tiempo de lo actual* y no del presente. El desarrollo del sentimiento del tiempo vivido implica que cada uno de los tres tiempos, pasado, presente y futuro, esté penetrado por los otros dos. Aquí parece que es precisamente este vínculo el que está excluido mediante un esfuerzo permanente del paciente. Toda su organización psíquica parece movili-zada para evitar esta relación.

Durante nuestros primeros encuentros, me contó sucinta-mente su historia, porque se lo solicité, sin entender el interés que ello podía tener para mí. Perdió a su padre cuando tenía 6 años, fue asesinado. Su madre, al no soportar su duelo, abandonó la casa años más tarde para irse con un hombre con el que se casó. Abandonó a su hijo cuando éste tenía 12 años y su hermana a partir de entonces se ocupó de su educación. M. A… conocía estos hechos, pero los relataba como quien cuenta sus enfermedades de infancia. Los conocía bien, en la medida en que ninguna negación, ni ningún olvido los había borrado, pero era como si algo de vida les hubiera sido retirada. Estos acontecimientos ya no participaban de su historia vivida: habían sido excluidos del tiempo. Estos dos tiempos traumáticos fueron objeto de un vigoroso proceso defensivo por parte de su Yo, tratando de negar en ellos la realidad afectiva. ¿Se trata de mecanismos de escisión (clivaje)? ¿De una supresión severa? Su desenfrenada y permanente hiperactividad, cuyo fin era encontrar la calma, sitúa sin ninguna duda, este procedimiento defensivo «más allá del principio de placer».

El primer sueño tuvo lugar poco tiempo antes de una interrupción del tratamiento: «Está sentado en una terraza de un café, en un país caluroso. Siente el calor en su piel. Mira las mujeres sentadas no lejos de él. Siente el olor de las flores. La gente se pasea». Fin del sueño. El calor le evoca su país de origen. Será su único comentario. Como yo pensaba en mis propias vacaciones y como me contaba este sueño poco antes de nuestra separación sin decirme nada, le dije: «¡Hay un ambiente de vacaciones!». Me contesta que quizás le quiero sugerir que a él le afecta el que yo me vaya de vacaciones. Movido por la transferencia, me aporta entonces dos

asociaciones. Desde hace tiempo ha observado que se siente mucho más sensible. A veces se le saltan las lá- grimas ante algunos acontecimientos. Volviendo a mi intervención me dice: «¡Usted quizás piense que no soportaré que usted se vaya!». Le viene una segunda asociación a la mente: se trata de una película que ha visto hace poco en la televisión, que cuenta una historia de un médico que luchaba para salvar a una mujer de la muerte. Gracias a la transferencia este sueño permitió a M. A… levantar un trocito de velo de la historia traumática de su infancia. Por primera vez pudo hablar del abandono de su madre como algo de su propia historia y no como un acontecimiento que viene del exterior. Es importante que las huellas sensoriales, acarreadas por el sueño, hayan precedido a las huellas mnémicas en su discurso. Sensorialidad y afectos van así a la par. El tiempo de esta manera se abre, se calienta y se colorea en el mismo movimiento que su historia, que ahora es vivida.

A posteriori, M. A… me dice que hasta ahora nunca había pensado que había sido abandonado por su madre, aunque siempre supo que su madre se fue. Estamos aquí en presencia de dos versiones sobre un mismo acontecimiento, construidas en dos tiempos diferentes, una en el curso natural en que ocurrió, otra,favorecida por la transferencia, durante la psicoterapia. Observa-mos que en la nueva versión, el paciente se apropió del acontecimiento traumático y lo reintegró en su historia. Se reanudó el hilo del tiempo. Al mismo tiempo que este movimiento de construcción de una historia subjetiva, todo un conjunto de huellas sensoriales y afectivas reaparecen en la superficie y se abren a una vivencia de duelo y de dolor. Por oposición a este movimiento, se puede comprender que la versión precedente del acontecimiento era el resultado de una construcción que trataba de excluir toda memoria sensorial y afectiva ligada a su dimensión traumática. En lugar de una regresión psíquica desesperadamente ausente, el paciente recurría a los procedimientos autocalmantes utilizando preferentemente la motricidad para paliar el resurgir de un estado de desamparo que lo amenazaba en permanencia. Aquí vemos bien que el imperativo es evitar que el tiempo emita sus ramificaciones hacia un pasado cuyo carácter doloroso sobrepasa las capacidades de control y de ligadura de su Yo, así como hacia un futuro lleno de proyectos de los que guardaba memoria. La urgencia está en inmovilizar el tiempo, en cortarlo de sus fuentes vivas, en neutralizarlo. Ante la hiperactividad permanente del paciente y sus aceleraciones periódicas, no podemos dejar de pensar en el esfuerzo que hace para calmar el tiempo.

El segundo sueño tiene lugar algo más tarde: «Se encuentra en compañía de una persona que no puede identificar. Deambula de casa en casa, y no está nunca en la suya». Fin del sueño. Este sueño despierta recuerdos del período próximo a la muerte de su padre. Cuando éste fue asesinado, la familia se sumergió en dificultades materiales y tuvo que mudarse de la casa donde vivían. A ello siguió un período difícil, marcado en particular por una transformación depresiva de su madre.

Comentarios teóricos

Lo que inmediatamente sobresale en este paciente es la relación que existe en él entre la ausencia del dolor psíquico y la hiperactividad motriz. Es en esta relación donde manifiesta sobre todo *el efecto de cambio* durante el proceso psicoterapéutico. En *El proyecto…* (1895)*,* Freud, hablando de la prueba del sufrimiento, indica dos vías de salida de los acontecimientos dolorosos: la descarga motriz y la producción de afectos. Parece pues que existe una relativa incompatibilidad entre estas dos vías, y la elección depende necesariamente de la calidad de los mecanismos de elaboraciones psíquicas disponibles en el sujeto. En el apéndice que clausura *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), Freud definió el dolor como la reacción específica a la pérdida de objeto, la angustia como la reacción al peligro de la pérdida del objeto, y el duelo como el trabajo del desprendimiento de objeto perdido bajo la égida de la prueba de realidad. En la clínica, observamos regularmente combinaciones de dolor y de angustia y duelos incompletos. Por otro lado, el objeto siempre está asociado a diversas capas de huellas sensoriales y mnémicas dispuestas según diferentes planos de organización. Freud, en su carta a Fliess del 6 de diciembre de 1896, propuso un modelo según el cual «la memoria está presente no solamente una vez, sino varias veces y se compone de varios tipos de "signos"». Además, para él, los registros sucesivos corresponden a diferentes épocas de la vida. Los pacientes que sufren de neurosis traumática nos han acostumbrado a reconocer en ellos una relación regular entre el de-sencadenamiento del estado de desamparo y la percepción de un atributo de la situación traumática. Para Freud lo que especifica el dolor psíquico es *la investidura hiperintensa del objeto perdido,* a la que llama investidura «en nostalgia». En nuestro paciente M.A…, es precisamente esta investidura psíquica, la que para mí, ha sido sometida a un vigoroso mecanismo de negación. Gracias a la transferencia, un movimiento afectivo de naturaleza objetal comenzó a organizarse y unirse, mediante intentos de desplazamientos psíquicos desde capas lejanas de huellas sensoriales activadas por la regresión formal del sueño. La reanudación de la elaboración del sueño en el curso del trabajo psicoterapéutico permitió su ligadura con otras capas mnémicas. La reconstrucción de la historia y del tiempo vivido aparece aquí como los efectos de este lento proceso.

Después de esta breve ilustración clínica, me gustaría presentar una reflexión sobre la naturaleza particular del tiempo operatorio. Esta reflexión se me ocurrió después de la lectura de un texto de Freud, «Nota sobre el "bloc de notas mágico"» (1925), que inmediatamente me hizo asociar con un texto de P. Marty relativo a la depresión esencial en *El orden psicosomático* (1980). Quisiera presentar aquí una perspectiva de estos dos textos ligándolos y completándolos con una reflexión metapsicológica personal.

Este es el texto de Freud: «Propongo esta hipótesis: inervaciones de investiduras son enviadas desde el interior mediante impul-sos rápidos y periódicos al sistema percepción-conciencia, que es completamente permeable, para ser luego

inmediatamente retiradas. Mientras el sistema es investido de esta manera, recibe las percepciones que acompañan a la conciencia y conduce la excitación en los sistemas mnémicos inconscientes; en cuanto la investidura se retira, la conciencia se desvanece y el funcionamiento del sistema se detiene. Ocurre como si el inconsciente, mediante el sistema percepción-conciencia, extendiera hacia el mundo exterior antenas que son rápidamente retiradas después de haber "degustado" las excitaciones. Así, las interrupciones, que en el caso del bloc de notas mágico, provienen del exterior, yo las considero el resultado de la discontinuidad del flujo de inervaciones y, en lugar de una ruptura de contacto afectiva encontramos, en mi hipótesis, la inexcitación periódica del sistema perceptivo. *Por otro lado, supongo que este modo de trabajo discontinuo del sistema percepción-conciencia, es el fundamento de la aparición de la representación del tiempo».*

He aquí el texto de P. Marty: «En el nivel de la primera tó- pica, *el inconsciente recibe pero no emite*. Las pocas expresiones elementales que se exteriorizan (cuyo valor es positivo porque manifiesta la investidura de ciertas funciones por los instintos de vida) y las alteraciones somáticas que aparecen o se agravan (cuyo valor es casi siempre aquí negativo porque señalan el predominio de los instintos de muerte) a causa de acontecimientos exteriores, muestran que el inconsciente recibe. La ausencia de elaboraciones y de expresiones en todos las líneas clásicas del pensamiento y de la acción personal muestra que el inconsciente no emite. Es difícil en estas condiciones saber lo que ocurre en el inconsciente».

«La desaparición de las representaciones y de los testimonios de sueños podría hacer pensar en la aplicación de una vasta censura. Sin embargo, en su funcionamiento la censura implica una elección de las zonas no censuradas, relajamientos, irregularida-des en el tiempo, retoños sintomáticos. Aquí no nos encontramos nada de esto, parece como si el inconsciente hubiera sido apartado súbitamente».

La hipótesis metapsicológica de Freud, que según él es la base de la aparición de la representación del tiempo, reposa en la idea de una circulación de *doble sentido* entre el inconsciente y el sistema percepción-conciencia. Investiduras inconscientes son emi-tidas periódicamente en dirección al mundo de las percepciones. Al mismo tiempo, las excitaciones emanadas de las percepciones son conducidas hacia los sistemas mnémicos inconscientes. Esta doble circulación asegura una evolución conveniente del desarrollo del tiempo vivido.

La hipótesis de P. Marty, que en su contexto no está ligada a una reflexión sobre la representación del tiempo, reposa sobre la idea de una circulación de sentido único entre el inconsciente y el sistema de percepción-conciencia. Según el autor, en los estados de desorganización mental avanzada de los que son testimonio la aparición de depresión esencial y vida operatoria, el inconsciente no emite más investiduras en dirección al mundo exterior, lo que es traducido por la ausencia de elaboraciones y de expresiones psíquicas; contrariamente, permanece continuamente sensible a las

excitaciones que le llegan, lo que es puesto en evidencia por las modificaciones, incluso agravaciones, del estado somático del sujeto. La hipótesis de P. Marty reposa pues poderosamente en la idea de una *ruptura de comunicación* entre el inconsciente (prolongado por el preconsciente) y el sistema percepción-conciencia. La cuestión de la sensibilidad del inconsciente a las excitaciones del mundo exterior, postulada por el autor («el inconsciente recibe»), es interpretada, según sus hipótesis originales sobre el inconsciente, como el efecto de una desorganización interna del sistema inconsciente, que regresa mediante una vía contra-evolutiva, de la dominación por el principio de programación a la dominación por el principio de automación, siendo la sensibilidad para P. Marty, una calidad basal casi material del inconsciente originario.

Si nos referimos a la hipótesis freudiana, de la propuesta de P. Marty resulta la idea que la representación del tiempo estará profundamente alterada en los estados de desorganización mental del que testimonian la depresión esencial y la vida operatoria. Ello confirma la hipótesis freudiana. Cito aquí otro texto de P. Marty sobre el tiempo operatorio *(El orden psicosomático*, 1980): «Sin manifestaciones del inconsciente, los nexos y el tiempo se encuentran interrumpidos. El borrado del preconsciente conlleva la supresión de las relaciones originales con los otros y consigo mismo (el fenómeno afecta a la noción del espacio), también conlleva la pérdida del interés por el pasado y el futuro (*el fenó- meno afecta la noción de tiempo*). Los hechos y gestos, al perder su valor imaginario, reenvían al dominio de los movimientos ad-heridos a la acción directa en un espacio racional cuyas dimensiones parecen más bien aprendidas que evolutivamente vividas.*La ausencia de comunicación con el inconsciente constituye una verdadera ruptura con la propia historia*. Lo factual y lo actual están a la orden del día»

Propongo ahora, completar la propuesta de P. Marty según la cual «el inconsciente recibe pero no emite», refiriéndome a la segunda teoría de las pulsiones de Freud. La segunda parte del enunciado de Marty (el inconsciente no emite), pienso que debe entenderse así: el inconsciente no emite *investiduras.* Se trata de investiduras bipulsionales, eróticas y agresivas*, representadas*. De todas formas si el inconsciente no emite investiduras en razón de su borrado (o de su no disponibilidad) ligado al estado de desorganización mental, *transmite, por el contrario, una fuerza en dirección al Yo y a su superficie, el sistema percepción-conciencia.* Esta fuerza no es otra que la calidad del empuje de la pulsión, privada de sus otros atributos.

El Yo se encuentra así «pulsionalizado» en sus defensas (A. Green). El enunciado de P. Marty una vez completado sería éste: el inconsciente no emite investiduras, sino que transmite la fuerza de la pulsión que atraviesa al Yo hasta su superficie y sus prolongaciones motoras.

Con los procedimientos autocalmantes debemos admitir que nos situamos «más allá del principio de placer». Los pacientes repiten su actividad motriz desenfrenada hasta que encuentran la calma. La cualidad de fuerza (o de empuje) y compulsión a la repetición, son constitutivas de esta actividad. En su ensayo sobre «Más allá del

principio de placer», Freud oponía la *función de ligadura* específica de los procesos psíquicos gobernados por el principio de placer-displacer a la *función de inmovilización* o de neutralización específica, de los acontecimientos psíquicos gobernados por las tendencias a la repetición. ¿Qué es lo que se trata de inmovilizar o de neutralizar con los procedimientos autocalmantes? La respuesta no nos plantea problema. Se trata de la destructividad. Estamos en presencia de una coyuntura donde el Yo, ya sea por razones traumáticas pasajeras, ya sea por razones traumáticas crónicas, es incapaz de ligar su destructividad interna. En la mayoría de nuestros pacientes hemos estado atentos a un elemento semiológico que atestigua del carácter libre de esta destructividad: su fuerza (o su empuje) irresistible. Siempre en este mismo ensayo, Freud indica que la tendencia a la repetición nose opone al principio de placer sino que lo prepara y se sitúa anteriormente a él. La inmovilización de las cantidades de excitación es un tiempo previo y necesario para preparar la ligadura de los procesos psíquicos que se operará bajo el dominio del principio de placer. Pero se trata aquí de una situación ideal cuyo trayecto se interrumpe a medio camino en muchos seres humanos.

Este rodeo nos lleva al tiempo y a su concepción singular en los pacientes operatorios que hacen de él un tiempo fragmentado e interrumpido. Comprendemos que esta concepción es el resultado de un esfuerzo de control permanentemente alimentado por la idea de acceder a una ilusoria vivencia de calma, cuestionada constantemente por la compulsión a la repetición.

BIBLIOGRAFÍA

AISENTEIN, M., Paur introduire la névrose de comportement dans une théorie des pulsions, *Revue française de psychosomatique,* núm. 10, 1996.

— Quatre questions à propos du fonctionnement opératoire, *Revuefrançaise de psychanalyse,* núm. 5, t. LXII, 1998.

ALEXANDER, F., *La médecine psycho-somatique,* París, Payot, 1952.

BOTELLA C. y S., La problématique de la régression formelle de la pen-sée et de l'hallcinatoire, *La psychanalyse: questions pour demain,* París, PUF, «Monographies de la *Revue françaisse de psychanalyse»,* 1989.

DAVID, Ch., La perversion affective dans *Sexualité perverse,* París, Payot,1972.

FAIN, M. y MARTY, P., L'importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet, *Revue française de psychanalyse,* núm. 1-2, 1955.

FAIN, M. y DAVID, Ch., Aspects fonctionnels de la vie onirique, rap-port au XXIII[e] Congrès de langue française, *Revue française de psychanalyse,* número spécial, 1963.

FAIN, M. y MARTY, P., Perspectives psychsomatiques sur la fonction des fantasmes, *Revue française de psychanalyse,* núm. 4, 1964.

— À propos du narcissisme et de sa genèse, *Revue française de psycha-nalyse,* núm. 4, 1965.

FAIN, M., Régression et psychsomatique, Revue française de psychanalyse, núm. 4, 1966.

FAIN, M. y cols., Le cas Dora et le point de vue psychosomatique, *Re-vue française de psychanalyse,* núm. 4, 1968.

—y KREISLER, L., Discussion sur la genèse de fonctions représentati-ves, à propos de deux observarions pédiatriques, *Revue française de psychanalyse,* núm. 2, 1970.

— Prélude à la vie fantasmatique, *Revue française de psychanalyse,* núms. 3-4, 1971.

—y BRAUNSCHWEIG, D., Intervention sur l'inhibition intellectuelle,*Revue française de psychanalyse,* núms. 5-6, 1971.

—y KREISLER, L. y SOULÉ, M., *L'enfant et son corps,* París, PUF, 1987.

FAIN, M. y BRAUNSCHWEIG D., *La nuit, le jour. Essais sur le fonctionne-ment mental,* París, PUF, 1975.

— Réflexions introductives à l'étude de quelques facteurs actifs dans le contre-transfert, *Revue française de psychanalyse,* núm. 3, 1976.

— Un aspect de la constitution de la source pulsionnelle, *Revuefrançaise de psychanalyse,* núm. 1, 1981.

— Vers une conception psychosomatique de l'Inconscient, *Revuefrançaise de*

psychanalyse, núm. 2, 1981.
— Réalité du fétiche réalité de la castration, *Revue française de psycha-nalyse,* núm. 1, 1983.
— *Le désir de l'interprète,* París, Aubier-Montaigne, 1982.
— Une sémiologie du rêve, *Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychopathologie,* núm. 19, 1989.
— À propos de l'hypocondrie, *Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychopathologie,* núm. 21, 1990.
— Psychanalyse et psychosomatique, *Revue française de psychanalyse,* núm. 3, 1990.
— Virilité et anti-hystérie. Les rouleurs de mécanique, *Revue française de pyschanalyse,* núm. 5, 1990.
— Préambule à une métapsychologie de la vie opératoire, *Revuefrançaise de psychosomatique,* núm. 1, 1991.
— À propos des fantasmes originaires, *Revue française de psychanalyse,* núm. 5, 1991.
— Le Message, *Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychopathologie,* núm. 24, 1992.
— La vie opératoire et les potentialités de névrose traumatique, *Revue française de psychosomatique,* núm. 2, 1992.
—Spéculations métapsychologiques hasardeuses á partir des procédés autocalmants, *Revue française de psychosomatique,* núm. 4,1993.
— Névrose de caractère et mentalisation, *Revue française de psychoso-matique,* núm. 11, 1997.
— Vie et opératifs de désinvestissement dans *Investigations psychoso-matiques,* París, PUF, 1998.
—y DONABÉDIAN, D., Psychosomatique et pulsions, *Bulletins du CCTP du XIII e arrondissement,* núm. 26, 1993.
FREUD, S. (1887-1902), *La naissance de la psychanalyse;* trad. franç. par A. Berman, París, PUF, 1956; éd. revue en 1976.
— Les psychonévroses de défense, dans *Névrose, psychose et perversions,*trad. J. Laplanche, 1.ª ed., París, PUF, 1973.
— (1895), Esquisse d'une psychologie scientifique, trad. par A. Ber-mann dans*La naissance de la psychanalyse,* París, PUF, 1956.
— (1895), Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse, dans *Névrose, psychose et perversions,* trad. J. Laplanche, 1.ª ed., París, PUF, 1976.
FREUD, S. (1896), L'hérédité et l'étiologie des névroses, dans *Névrose,psychose et perversions,* trad. J. Laplanche, 1.ª éd., París, PUF, 1976.
— (1896), L'étiologie de l'hystérie, dans *Névrose, psychose et perversions,* trad. J. Laplanche, 1.ª ed., París, PUF, 1976.
— (1898), La sexualité dans l'étiologie des névroses, dans *Résultats, idées, problémes,* I, trad. par J. Laplanche et coll., 1.ª ed., París, PUF, 1984.
— (1900), *L'interprétation des rêves,* trad. franç. par I. Meyersonn, Pa-rís, PUF, 1926, nouv. éd. revue par Berger, París, PUF, 1967.
— (1905), *Trois Essais sur la théorie de sexualité,* trad. franç. par R. Re-verchonn,

París, Gallimard, 1923, nouv. trad. franç. par P. Koeppel, París, Gallimard, 1987.
— (1905), Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses, dans *Résultats, idées, problémes,* I, traduit sous la dir. de J. Laplanche et coll., 1.ª éd., París, PUF, 1984.
— (1911), Formulation sur les deux principes du cours des événements psychiques, trad. par J. Laplanche, *Psychanalyse à l'Université,* 4, núm. 14, 1979.
— (1912-1913), *Totems et tabous,* trad. franç. par S. Jankélévitch, Pa-rís, Payot, 1973.
— (1913), La disposition à la névrose obsessionnelle, trad. franç. par D. Berger dans *Névroses, psychoses et perversions,* París, PUF, 1981.
— (1914), Pour introduire le narcissisme, nouv, trad. par J. Laplanchedans *La vie sexuelle,* París, PUF, 1969.
— (1915), Pulsions et destins des pulsions, trad. franç. dans *Métapsy-chologie* par M. Bonaparte et A. Berman, París, Gallimard, 19140; nouv, trad. par J. Laplanche dans *Métapsychologie,* París, Gallimard, 1968.
— (1915), L'inconscient, trad. franç. par M. Bonaparte et A. Berman, dans *Métapsychologie,* París, Gallimard, 1940; nouv. trad. par J. Laplanche dans *Métapsychologie,* París, Gallimard, 1968.
— (1915), *Vue d'ensemble des névroses de transfert,* trad.franç. par I. Krubris-Sibitis et P. Lacoste, París, Gallimard, 1987.
— (1917), Deuils et mélancolie, trad. franç. par M. Bonaparte et A.Berman, dans *Métapsychologie,* París, Gallimard, 1940, nouv, trad. par J. Laplanche dans *Métapsychologie,* París, Gallimard, 1968.
— (1917), Complément métapsychologique à la théorie du rêve, trad. franç. par M. Bonaparte et A. Berman, dans *Métapsychologie,* París, Gallimard, 1940, nouv. trad. par J. Laplanche dans *Métapsychologie,* París, Gallimard, 1968.
— (1916-1917), *Introduction à la psychanalyse,* trad. franç. par S. Jan-kélévith, París, Payot, 1949.
— Au-delà du principe du plaisir, trad. franç. par S. Jankélévitch dans *Essais de psychanalyse,* París, Payot, 1927, revue par Hesnart en 1970.
— (1921), Psychologie collective et analyse du moi, trad. franç. par S.Jankélévitch dans *Essais de psychanalyse,* París, Payot, 1927.
FREUD, S. (1921), Le Moi et le Ça, trad. franç. par S. Jankélévitch dans *Essais de psychanalyse,* París, Payot, 1927.
— (1925), La négation, trad. par J. Laplanche dans *Résultats, idées, problèmes,* II, París, PUF, 1985.
— (1926), *Inhibition, symptômes, angoisses,* trad. franç. par P. Jury et. E. Fraenkel, París, PUF, 1951.
— (1932), *Nouvelle conférence sur la psychanalyse,* trad. franç. par A. Berman, París, Gallimard, 1936; nouv. trad. franç. par R. M. Zel-ting, París, Gallimard, 1984.
— (1937), Analyse terminée et analyse interminable, trad. franç. par Bourguignon et coll. dans *Résultats, idées, problèmes,* II, París, PUF, 1985.
— (1938), *Abrégé de psychanalyse,* trad. franç. par A. Berman, París, PUF, 1967.
— (1939), *Moïse et le monothéisme,* trad. tranç. par A. Berman, París, Gallimard, 1967.

GREEN ANDRÉ, *Le discours vivant,* París, PUF, 1973.
— *Narcissisme de vie, narcissisme de mort,* París, Éd. de Minuit, 1980.
— *La folie privée,* París, Gallimard, 1990.
— *Le travail du négatif,* París, Éd. de Minuit, 1993.
— *Propédeutique, la métapsychologie revisitée,* Seyssel, Champ Vallon, 1995.
GULLIAUMIN, J., *L'objet,* París, L'Esprit du temps, «Perspectives psy-chanalytiques», 1996.
MARTY, P., Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies, dans *Revue de psychanalyse,* XV, núm. 2, 1951.
— (1952), Les difficultés narcissiques de l'observateur devant le problème psychosomatique, dans *Revue fançaise de psychanalyse,* republié en 1993 dans *Revue française de psychosomatique,* núm. 4.
— La relation d'objet allergique, dans *Revue française de psychanalyse,* XXII, núm. 1, 1958.
— La dépression essentielle, 8.ª Séminaire de perfectionnement, Institut de psychanalyse, París, 29 janvier 1966, dans *Revue française de psychanalyse,* XXXII, núm. 3, 1968.
— (1966), Régression et instinet de mort. Hypothèses à propos de l'observation psychosomatique, dans *Revue française de psychanalyse,* XXXI, núms. 5-6, 1967.
— Aspects psychosomatiques de la fatigue, dans *Institut d'études psychosomatiques,* document inédit, 1967-1968.
— *Les mouvements indivuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique,* t. I, París, Payot, 1976.
— L'ordre psychosomatique, Les mouvements individuels de vie et de mort, *Essai d'économie psychosomatique,* t. II, París, Payot, 1980.
— Des processus de somatisation, dans *Corps malade et corps érotique,* París, Masson, 1984.
MARTY, P., À propos des rêves chez les malades somatiques, dans *Revue française de psychanalyse,* XLVIII, núm. 5, 1984.
— Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte, dans *Psychothérapies,* núm. 4, 1984.
— (1989), *Points de fixation somatiques. Arrêt des désorganisations,* Conférence prononcée à Bilbao en octobre 1989.
— (1989), *Psychothérapies psychanalytiques des troubles psychosomatiques,* Conférence prononcée à Madrid en novembre 1989.
— (1990), Genèse des maladies graves et critères de gravié en psychosomatique, dans *Revue française de psychosomatique,* núm. 1, 1991.
— *La psychosomatique de l'aulte,* París, PUF, «Que saisje?», 1990.
— *Mnetalisation et psychosomatique,* París, Laboratoires Delegrange, 1991, «Les Empêcheurs critiques à la recherche psychosomatique, dans *L'investigation psychosomatique. Sept observations cliniques,* París, PUF, 1960.
MARTY, P. y FAIN, M. Contribution à l'étude des rachialgies par l'examen psychodynamique des malades, dans *Évolution psychiatrique,* núm. 1, 1952.
MARTY, P., de M'UZAN, M. (1962), La pensée opératoire, dans *Revue rançaise de psychanalyse,* XXVII, numéro spécial, 1963, republié en 1994 dans *Revue française*

de psychosomatique, núm. 6.
MARTY, P.; de M'UZAN M. y DAVID Ch., Sept observarions cliniques, *L'investigation psychosomatique,* París, PUF, 1962.
M'UZAN de M. (1974), Psychodynamic mechanism in psychosomaticsymptom formation, Actes du II[e] Congrès international de mé- decine psycho-somatique, Amsterdam, 1973, dans *Psychotherapies and psychosomatic ball.*
— Économie du fonctionnement mental dans les affections psychosomatiques, dans *Bulletin de la Fédération européenne de psychanalyse,* núm. 8, 1976.
— Les esclaves de la quantité, dans *NRP,* núm. 30, *Le Destin,* 1984.
— (1977-1994), De l'art à la mort, *Connaissances des l'inconscient,* París, Gallimard, 1977.
NEYRAUT M., *Les logiques de l'inconscient,* París, Hachette, 1978.
— *Les raisons de l'irrationnel,* París, PUF, 1997.
ROSENBERG, B., Culpabilité et masochisme moral ou culpabilité comme négatif du masochisme, dans *Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapies du XIIIe arrondissement,* núm. 4, *Le ma-nochisme moral,* I, 1982.
— Le travail de mélancolie ou la fonction élaborative de l'identification. Le rôle du masochisme dans la résolution de l'accès mélanco-lique, *Revue française de psychanalyse,* L, núm. 6, 1986.
SPITZ, R. (1954), *La première année de l'enfant,* París, PUF, 1958.
— Quelques prototypes de défense précoce du Moi, *Revue française de psychanalyse,* núm. 28, 1964.
SZWEC, G., *Les galériens volontaires,* París, PUF, «Épîtres», 1998.
WINNICOTT, W. D., La crainte de l'effondrement (1935), trad. tranç. *Nouvelle Revue de psychanalyse,* núm. 11, *Figures du vide,* 1975.
— *De la pédiatrie à la psychanalyse,* trad. franç. des articles de 1935 à 1963, París, Payot, 1969.
— (1971), *Jeu et réalité. L'espace potentiel,* trad. franç., París, Gallimard, 1975.

Chapter 2

* Ponencia del Congreso de psicoanalistas de lengua francesa de Lausanne, en mayo de 1998, *Revue française de psychanalyse*, 5, 1998.

* Instituto de Psicosomática de París.

Chapter 3

* Texto publicado en la *Revue française de psychosomatique,* 8, 1995.

* Texto publicado en la *Revue française de psychanalyse*, 4, 1996.

Índice

La mitad de la página de título	2
Título de la página	4
Derecho de Autor Página	5
Dedicación	6
Índice	7
Prólogo a la edición en castellano	8
Prefacio	15
Agradecimientos	23
Introducción	24
Estudio sobre la depresión esencial	37
Estudio sobre el pensamiento operatorio	76
Estudios sobre los procedimientos autocalmantes	150
BIBLIOGRAFÍA	181
Notes	186