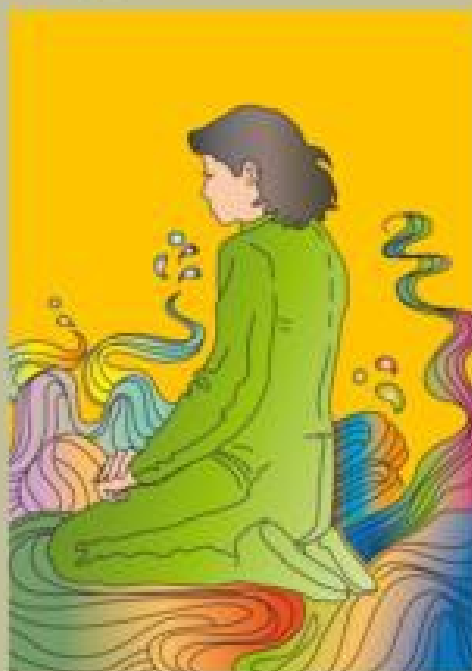


Claude Smadja

Los modelos psicoanalíticos de la psicósomática



Psicoanálisis

APM
BIBLIOTECA NUEVA

Claude Smadja



Los modelos psicoanalíticos de la psicósomática



Psicoanálisis

APM
BIBLIOTECA NUEVA

LOS MODELOS PSICOANALÍTICOS DE LA PSICOSOMÁTICA

Colección Psicoanálisis

Editorial Biblioteca Nueva

y

Asociación Psicoanalítica de Madrid

Comité editorial: Manuela Utrilla, Martina Burdet, Begoña Gállego, Juan Hernández,
María Herrero, Benigno Prado y Javier Ugarte

Claude Smadja

LOS MODELOS PSICOANALÍTICOS DE LA PSICOSOMÁTICA

Presentación de Manuela Utrilla Robles

Traducción de Cristina Rolla

Asociación Psicoanalítica de Madrid
BIBLIOTECA NUEVA

siglo xxi editores, s. a. de c. v.

CERRO DEL AGUA, 248, ROMERO DE TERREROS,
04310, MÉXICO, DF
www.sigloxxieditores.com.mx

salto de página, s. l.

ALMAGRO, 38,
28010, MADRID, ESPAÑA
www.saltodepagina.com

editorial anthropos / nariño, s. l.

DIPUTACIÓ, 266,
08007, BARCELONA, ESPAÑA
www.anthropos-editorial.com

siglo xxi editores, s. a.

GUATEMALA, 4824,
C 1425 BUP, BUENOS AIRES, ARGENTINA
www.sigloxxieditores.com.ar

biblioteca nueva, s. l.

ALMAGRO, 38,
28010, MADRID, ESPAÑA
www.bibliotecanueva.es

Título original: *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*

Cubierta: A. Imbert

© Presses Universitaires de France, 2013
© Claude Smadja, 2009
© Editorial Biblioteca Nueva, S. L., Madrid, 2013
Almagro, 38
28010 Madrid
www.bibliotecanueva.es
editorial@bibliotecanueva.es

ISBN: 978-84-9940-663-3

Edición en formato digital: mayo 2013

Conversión a formato digital: Fotocomposición Márvel S. L.

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

ÍNDICE

[PRESENTACIÓN, Manuela Utrilla Robles](#)

[PRÓLOGO, Claude Smadja](#)

PRIMERA PARTE NACIMIENTO DE LA PSICOSOMÁTICA

[Introducción](#)

[Las relaciones del cuerpo y del alma](#)

[Las relaciones de lo físico y de lo moral](#)

[La medicina como «ciencia del hombre»](#)

[Crítica del modelo fisiológico y reacción espiritualista](#)

[La psicología fisiológica](#)

SEGUNDA PARTE LA INVENCIÓN DEL PSICOANÁLISIS

[LA CATEGORÍA DE LA EXCITACIÓN](#)

[LA CATEGORÍA DE LA PULSIÓN](#)

[LA CATEGORÍA DE LA REPETICIÓN](#)

TERCERA PARTE LOS MODELOS PSICOANALÍTICOS DE LA PSICOSOMÁTICA

[LA SIMBOLIZACIÓN](#)

[Groddack](#)

[De Groddack a Garma](#)

[El principio de identidad](#)

[La conversión en tela de juicio](#)

[LA ADAPTACIÓN](#)

[La medicina psicosomática](#)

[Definiciones y metodología](#)

[La aportación de la fisiología](#)

[La adaptación](#)

[La emoción](#)

[LA DESMENTALIZACIÓN](#)

[La evolución](#)

[La relación de objeto](#)

[La investigación psicosomática](#)

[La desmentalización](#)

[La desorganización progresiva](#)

[BIBLIOGRAFÍA](#)

Presentación

Este libro, que el lector recorrerá con un gran interés y placer, no es un tratado más de psicósomática, ya que no solamente nos adentra en las teorías actuales de esta disciplina, sino que traza un recorrido histórico para que podamos comprender mejor las raíces de los cuestionamientos que desde la Antigüedad vienen haciéndose los investigadores del alma humana.

La trayectoria, que va desde las posiciones filosóficas hasta el descubrimiento del psicoanálisis, parece estar inmersa en revoluciones del pensamiento que han permitido el progreso de las ciencias, apartándose de las concepciones mágico religiosas que, a menudo, han contribuido al estancamiento de la evolución de las ideas.

Estudiando profundamente estas etapas previas al psicoanálisis, el autor nos aporta igualmente algunas críticas de las posiciones materialistas y espiritualistas, la medicina moralista y la psiquiatría fenomenológica, de las que S. Freud debió distanciarse para encarar los fenómenos psíquicos como una ciencia evolutiva.

A través de las descripciones del autor sobre los principios del psicoanálisis, vemos aparecer esa ciencia incipiente con toda claridad y precisión, hecho no muy frecuente en algunos tratados psicoanalíticos, lo que hace que tanto el psicoanalista experimentado como el profano encuentren el desarrollo de las ideas muy atractivo e incluso apasionante en ciertos pasajes.

Y así, sutilmente y a partir de las concepciones sobre la excitación, del orden pulsional y de la repetición, vemos emerger las raíces de la psicósomática, que se asientan en las teorías de la histeria y de las neurosis de angustia, esta última considerada como la vertiente somática de la histeria y la histeria como la vertiente psíquica de la neurosis de angustia, por lo que las dos caminan, por así decir, juntas.

Como todo investigador del pensamiento freudiano, el autor rescata de los escritos del inventor del psicoanálisis lo que le parece oportuno para la exposición de sus ideas, sin embargo, algunas posiciones podrían ser discutidas: por ejemplo, que la diferencia entre el funcionamiento histérico y el de la neurosis de angustia fuera del orden tópico para Freud, por lo que el autor incluiría la somática en las otras tres tópicas descritas por Freud (el inconsciente, el preconscious y la conciencia). También podríamos polemizar sobre la conclusión que el autor hace sobre la idea de Freud de que la angustia no deriva de un proceso psíquico y constituye el producto de la transformación de una excitación sexual somática. Basándose en una cita de Freud donde éste dice que la tensión sexual se transforma en angustia en los casos donde no se produce una elaboración psíquica, el autor propone que la neurosis de angustia constituye un modelo para el pensamiento psicósomático. Aquí podríamos discutir sobre esa conclusión en la que se habla de angustia y de neurosis de angustia: ¿la angustia es equiparable a la neurosis de angustia?, y ¿la falta de elaboración psíquica

constituye el negativo de lo psíquico?

Sabemos que las grandes diferencias entre las escuelas psicoanalíticas provienen de las concepciones particulares que cada una tiene sobre la noción de pulsión y, en este caso, el autor nos transmite su versión personal: de la definición metapsicológica del concepto de pulsión en Freud el autor rescata «4 datos teóricos que tienen todos un sesgo psicosomático».

Estudiando paso a paso los conceptos freudianos de pulsión, representación pulsional y de inconsciente, Claude Smadja extrae de las citas de Freud ideas y postulados que conciernen a la psicosomática. Al leerlo no podemos más que admirar ese trabajo de fina hilatura que le permite sentar las bases de los modelos psicosomáticos que más tarde desarrollará, pero también una cierta reserva en cuanto a las conclusiones que pueden determinar modalidades de la técnica terapéutica, sobre todo en lo que concierne a la elaboración psíquica y su indispensable arma: la interpretación, porque esta última está muy vinculada con las perspectivas teóricas. Por ejemplo, si un paciente habla de sus afecciones somáticas y este relato, que, como todos sabemos, constituye un contenido manifiesto, es trabajado como un contenido latente, el psicoanalista puede llegar a conclusiones erróneas en cuanto al funcionamiento psíquico de su paciente, problema que M. Fain, quien ha trabajado mucho en psicosomática, ha descrito como la creación de una comunidad de renegaciones, donde paciente y analista reniegan de los mismos conflictos. Estos desli zamientos entre concepciones teóricas y práctica clínica, es decir, entre teoría y escucha, dependen mucho de lo que cada uno entiende por psicosomático. El autor nos interroga: «una vez admitido el origen psíquico, podemos de nuevo preguntarnos si todos los síntomas de la histeria están necesariamente determinados psíquicamente (...) esta cuestión... está mal planteada».

Y concluye «hasta donde yo puedo ver, todo síntoma histérico tiene necesidad de aportaciones de ambos lados», reflexión que completa cuando recuerda que para Freud el sueño cumple con dos deseos: el inconsciente y el deseo de dormir. Y aquí nos podemos preguntar: ¿es el deseo de dormir psicosomático?

Para terminar este capítulo, creo que no deberíamos olvidar que el psicoanálisis, es decir, todas las concepciones teóricas sobre el funcionamiento psíquico, está basado en un pilar esencial: la cura por la palabra, y que este enfoque nos indica que no se trata de describir un funcionamiento universal del psiquismo, sino un funcionamiento donde palabra y alteraciones psíquicas no pueden desligarse, donde transferencia y contratransferencia son los verdaderos artífices de la significación que puede darse a un proceso orgánico que surge en una sesión, como en el caso Dora, y, gracias a estas dimensiones conceptuales, el psicoanálisis resulta tan diverso y apasionante.

Sin embargo, y prosiguiendo la lectura del magnífico trabajo que Smadja hace de la remodelación teórica de 1920, la introducción del concepto de pulsión de muerte y, sobre todo, de ligazón y desligazón pulsional, esta lectura aporta una visión más

clarificadora al problema de la psicósomática: «Si las pulsiones son los operadores de la unión psicósomática, es normal que su desunión sea la causa última de la desligazón psicósomática...»

En Los modelos psicoanalíticos de la psicósomática el autor nos pone en contacto con Groddeck y sus teorizaciones, lo que nos lleva también a preguntarnos si la llamada psicósomática puede considerarse como un psicoanálisis aplicado a las dolencias físicas dándolas un sentido psíquico, lo que puede entenderse, como dice Smadja, «extender el psicoanálisis a las enfermedades orgánicas», o si tiene una entidad específica. Si «el conjunto del funcionamiento psíquico puede entrar en relación con los procesos orgánicos por intermedio del sistema inconsciente», el inconsciente de Groddeck no es el mismo que el de Freud y tampoco que el del autor, pues, cuando nos describe las posiciones de A. Garma, desarrolla sus hipótesis sobre la simbolización, dotándola de un estatuto de modelo psicósomático. Pero como la simbolización reposa sobre el principio de identidad entre los procesos fisiológicos y los psíquicos, el concepto de conversión histérica ha tenido que ser revisado.

Haciendo un largo recorrido por varios autores y países, particularmente Estados Unidos, vemos aparecer otras nociones como medicina psicósomática, nacida de un trabajo conjunto entre psiquiatras y fisiólogos, y las diferencias con las concepciones psicoanalíticas que, en ciertos casos, han sido utilizadas de una manera excesivamente teórica y a menudo sesgada como en el caso de Alexander.

A través de los conceptos de simbolización, adaptación y desmentalización asistimos, pues, a una trayectoria conceptual apasionante porque no solamente nos describe las posiciones de múltiples autores que se han interesado por esas relaciones cuerpo-espíritu, sino que va desmenuzando y diferenciando sus presupuestos teóricos, la utilización de ciertos conceptos psicoanalíticos hasta incluso estudiar detenidamente algunas teorizaciones de psicoanalistas que han hecho investigaciones psicósomáticas enriquecedoras y creativas.

Antes de llegar al capítulo sobre la desmentalización, el autor nos anuncia que «con la relación de objeto, el psicoanálisis ha encontrado su instrumento de medida», idea que puede ser muy discutida, pero que inaugura su posición de base para la investigación psicósomática que «señala la dimensión fenomenológica de los modos de relación de objeto de los enfermos somáticos». Y es aquí donde se ve con más claridad que las vertientes psicoanalíticas fenomenológicas y adaptativas van a constituir los ejes de esa investigación que se inicia en París con la creación de una Escuela de Psicósomática.

En el capítulo siguiente se describen la clínica y la práctica psicósomáticas, y lo que un psicósomatólogo debe tener presente para desarrollar esa investigación psicósomática que aparece en múltiples citas de Pierre Marty, uno de sus creadores. Para este último «las enfermedades somáticas adquieren un estatuto defensivo y adaptativo en respuesta a la situación conflictiva, del mismo valor que los síntomas de tipo mental». Por lo que comprendemos que, según las referencias a las

psicoterapias psicoanalíticas y el nuevo modelo teórico de la desmentalización («Y en esto reside la revolución conceptual de la escuela psicosomática de París»), contra «menos rica y evolucionada es la actividad mental de un enfermo, podemos prever que su alteración somática será importante».

Para otro de sus creadores, Michel Fain, la alteración somática es un equivalente del delirio emparentando así mecanismos psicosomáticos y psicóticos, teorizaciones que servirán de punto de partida hacia las de funcionamiento mental, desorganización progresiva, pensamiento operatorio y depresión esencial, descritas como hitos teóricos que envuelven el pensamiento psicosomático.

Sin ninguna duda este libro ofrece al lector una amplia información sobre la creación y el desarrollo de un modelo psicosomático en evolución en una exposición clara y que, probablemente, interesará no solamente para entender la psicosomática, sino también para reflexionar sobre las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia, entre clínica psicoanalítica y aplicación de las teorías psicoanalíticas a otros campos de investigación que le son afines.

MANUELA UTRILLA ROBLES

Prólogo

La psicología es el resultado de una larga evolución en la historia de las relaciones del cuerpo y el espíritu. Hasta el siglo xix, esta historia estaba enmarcada en los sistemas filosóficos que tapizan el fondo del saber médico. El nacimiento de la psiquiatría y su inicial arraigo en la ideología sensualista y materialista, dominante por entonces en la clínica médica, contribuyeron a hacer emerger una corriente psicológica y espiritualista en el movimiento del pensamiento psiquiátrico que consideraba al Yo como una instancia autónoma y unitaria, opuesta al funcionamiento orgánico. La noción de psicología encontró allí sus condiciones de existencia y se convirtió en el lugar conceptual de la reciprocidad de las relaciones y de las influencias entre funcionamiento psíquico y funcionamiento orgánico.

La invención del psicoanálisis, a finales del siglo xix, conmovió el orden del saber en la historia de las relaciones del cuerpo y del espíritu, incluso hasta en su última expresión, la de la psicología. Porque, para el psicoanálisis, el espíritu no se opone al cuerpo sino que emerge de él a lo largo de una larga evolución pulsional, y durante toda guarda, su vida, las huellas de sus orígenes orgánicos. Es por ello que, respecto al psicoanálisis, las expresiones somáticas como las expresiones psíquicas no pueden ser consideradas y evaluadas más que en referencia al grado de evolución o de desarrollo pulsional individual. La obra de Freud, leída e interpretada desde esta perspectiva psicología, representa una brillante ilustración de este punto de vista. Dará lugar a una nueva orientación histórica de la psicología: la psicología psicoanalítica.

A partir del psicoanálisis freudiano y de la toma en consideración de las diferentes fases de su elaboración teórica, diversas teorías psicología fueron construidas por psicoanalistas a partir de sus trabajos con enfermos somáticos. Estas teorías están reagrupadas aquí alrededor de tres grandes ejes conceptuales, la simbolización, la adaptación y la desmentalización, que tienen un valor operativo desde el punto de vista de la epistemología psicología. Por eso podemos considerar sus estructuras teóricas como modelos psicoanalíticos.

Este libro es un estudio sobre la historia de las ideas en el campo de la psicología psicoanalítica. El autor ha hecho una selección en el interior del conjunto de las teorías psicología existentes, en función de su valor representativo respecto a los tres modelos psicoanalíticos de referencia. Únicamente se han considerado las teorías fundadoras de estos diferentes modelos, las que los construyeron y que, por ello mismo, contienen a la vez, y desde el punto de vista epistemológico, un potencial creativo y un potencial de oposición. Las teorías psicología que no han sido tenidas en cuenta por el autor pueden, en general, inscribirse en uno u otro de los tres modelos de referencia, a una distancia más o menos alejada del núcleo del modelo, incluso entre dos modelos. En la medida en que este libro es una historia de la psicología psicoanalítica, la referencia al

pensamiento freudiano no solamente es constante, sino que constituye el marco organizador.

PRIMERA PARTE

NACIMIENTO DE LA PSICOSOMÁTICA

Introducción

Hasta mediados del siglo xix, y desde la lejana Antigüedad, la psicósomática no ha sido un objeto de estudio científico. El funcionamiento psíquico y el funcionamiento orgánico, en sus relaciones de oposición y de intrincación mutuas, no pertenecen aún al terreno del saber. Este se construye a partir de una larga cadena de transformaciones sobre la manera de considerar los objetos de estudio. Y la forma de considerar las enfermedades del cuerpo, en sus relaciones con la vida del espíritu, ha cambiado de marco conceptual a lo largo de la historia desde la Antigüedad hasta el siglo xix. La medicina y la filosofía durante mucho tiempo compartieron el campo del saber de las relaciones del cuerpo con el espíritu, de las enfermedades del cuerpo, de las del espíritu y de las que ligaban unas con otras. Creencias, concepciones y sistemas de pensamiento han existido desde siempre para dar cuenta de estas relaciones, de su naturaleza, de su complicación, de su desviación. Pero para que emerjan en el campo del saber observaciones y hechos que el pensamiento pueda referir a las relaciones complejas entre el funcionamiento psíquico y el funcionamiento orgánico no es suficiente con asociarlas a creencias, a concepciones o a sistemas de pensamiento, se necesita además que se operen en el pensamiento dos revoluciones conceptuales que constituyen las condiciones necesarias para el acceso al análisis de lo que nosotros llamamos la psicósomática.

La primera de estas dos revoluciones conceptuales es la desaparición de la noción de alma en la manera de considerar las relaciones del cuerpo con el espíritu. Hasta mediados del siglo xvii, el alma es un operador del pensamiento. Todas las concepciones que se elaboraron entonces respecto a las relaciones, a la vez normales y patológicas, entre la vida del cuerpo y la del espíritu estaban referidas al operador conceptual que representa el alma. Pero el alma pertenece tanto al espacio interno del organismo vivo como al espacio externo del universo. Enlaza el organismo individual con el gran todo de la creación. Es testigo y vestigio de un tiempo del saber dominado por una manera de considerar los objetos según una modalidad mágico-religiosa. La desaparición del alma en tanto que operador del pensamiento está asociada a las transformaciones del saber que llevaron, en el siglo xviii, a la revolución vitalista, fundadora de la biología. La consecuencia de esta primera revolución conceptual es la de anclar el principio vital en el seno mismo del organismo. En adelante ya no será cuestión de invocar las fuerzas externas a la organización viviente para construir una comprensión de las relaciones entre las diferentes partes del organismo vivo. La fuerza vital sustituyó, en el terreno del saber, al principio del alma. Si, hasta mediados del siglo xviii, médicos y filósofos hablaban de las relaciones entre el cuerpo y el alma, en adelante se evocarán, en el marco del pensamiento vitalista, las relaciones de lo físico con lo moral del hombre. La segunda revolución conceptual es la de la emergencia progresiva, a comienzos del siglo xix, de la noción de psiquismo. Ella está ligada principalmente a la reacción romántica de la psiquiatría alemana cara al materialismo vitalista de la psiquiatría naciente, en particular en Francia. Ya que con la noción de psiquismo, no nace simplemente una forma distinta de calificar los

fenómenos de la vida del espíritu, sino que en el terreno del saber se trata de una nueva manera de considerar las relaciones internas entre los fenómenos orgánicos y los fenómenos del espíritu. Al materialismo monista de los médicos y filósofos vitalistas se opone entonces una corriente de pensamiento que funda su comprensión de lo humano sobre una dualidad de fenómenos: unos pertenecientes al orden de lo psíquico, otros al orden de lo orgánico. Sólo con esta condición puede aparecer, en el campo del saber médico, un nuevo objeto que concierne específicamente a las relaciones complejas entre el funcionamiento del psiquismo y el funcionamiento orgánico, y que Heinroth, un psiquiatra alemán de principios del siglo xix, llamará psicosomática.

Las relaciones del cuerpo y del alma

Hasta el siglo xvii, el saber reposa en una concepción de la continuidad entre los seres vivos y los cuerpos inanimados, así como en la intervención de fuerzas externas de naturaleza mágico-religiosa en el funcionamiento tanto del universo como en el de los seres vivos. Todo lo que es y todo lo que vive representa una mezcla invariable de materia y de forma. La materia es una combinación de los cuatro elementos fundamentales: fuego, aire, agua y tierra. En cuanto a la forma, ésta pertenece al dominio del alma. Ella pone a la materia en movimiento, anima los seres vivos, los hace vivir, sentir y pensar. Pero en el pensamiento antiguo, y hasta el siglo XVII, el alma perdió su carácter de noción vaga y general, de principio de movimiento y de vida que había heredado de los tiempos primitivos del pensamiento. Se convirtió en un sistema complejo, un objeto por el que pasan todas las explicaciones del mundo físico y del mundo vivo. Es el operador del pensamiento. Hay dos terrenos que el pensamiento antiguo -y hasta el siglo xvii- explora para anudar las relaciones entre el cuerpo y el alma: el primero es el de la localización del alma en los órganos del cuerpo, el segundo es el del funcionamiento del alma en el cuerpo. Aquí es cuestión de espacio y de economía.

La geografía del alma dividió a los filósofos y los médicos de la antigua Grecia.

Para los filósofos jónicos, el alma es una sustancia material asimilada al aire ambiente y que se introduce mediante la respiración en el cuerpo vivo del hombre y, desde aquí, se difunde al conjunto de sus órganos. El alma es el principio de la vida y su localización en el cuerpo se sitúa en medio del pecho, en el corazón. La escuela itálica de filosofía, representante del pensamiento de Pitágoras, aporta una original y radical variación en la topografía del alma. Postula una división del alma en tres partes: una inferior, una media y una superior. Las dos partes inferiores están asociadas al funcionamiento de la motricidad, de la sensorialidad, de las emociones y las pasiones, de la nutrición y de la generación. Están localizadas en el tronco. La parte superior está asociada al pensamiento y la razón, se sitúa en la cabeza. Esta trisección del alma es retomada por Platón e integrada en su sistema de pensamiento. En Platón el sistema anímico se hace más complejo y se transforma en una verdadera doctrina psicofisiológica. La cuestión de la sustancialidad del alma pasa a un segundo

plano. El alma es concebida más bien como un principio, una fuerza o una potencia. Su división y su distribución en el cuerpo siguen dos coordenadas: la primera es topográfica a través de los diferentes órganos, la segunda es funcional a través de las diferentes funciones del ser vivo. Así el alma se divide en tres partes según la antigua concepción de Pitágoras. La parte superior es racional y se sitúa en el encéfalo, la parte media del alma, situada en el corazón, está ligada a las funciones animales: la motricidad, la sensorialidad, las pasiones y las emociones. La parte inferior del alma se sitúa en el hígado y está asociada a las funciones de autoconservación, nutrición y generación en particular. Con Platón, el alma se convierte en el significativo de un sistema psicofisiológico. Cada una de las facultades que el siglo xix aportará a la psicología está localizada en un lugar preciso del cuerpo, en un órgano. Pero el sistema anímico de Platón es aún más complejo y más profético cuando se lo compara con el sistema psicofisiológico que elaborará el siglo xix. En uno de los diálogos que escribió, el *Timeo*, desarrolla una concepción de la génesis de la relación entre el cuerpo y el alma en la que hace jugar al sistema cerebro-espinal, encéfalo y médula espinal, un gran papel, central en el funcionamiento del conjunto de las facultades psíquicas:

las cosas parecidas, los huesos, la carne, tienen todas la médula por principio; ya que, gracias a que están ligados a la médula, los vínculos de la vida, los que unen el alma al cuerpo, son como las raíces que sostienen a la especie mortal. Pero la propia médula tiene otro origen. Dios tomó los triángulos primitivos, regulares y lisos, que eran los más indicados para producir con exactitud el fuego, el agua y la tierra. Separó cada uno de ellos, combinándolos con armonía, y de esta mezcla hizo nacer la médula, que es el germen de toda la especie mortal. Después sembró la médula y añadió a su sustancia todos los tipos de almas, dividió a la propia médula, desde el principio, en tantas especies como especies de almas tenía que haber, dándoles las mismas cualidades. La parte que debía contener el germen divino la hizo perfectamente redonda, como un campo que contiene la siembra, a esta parte la llamó «encéfalo», porque debía estar contenida en la cabeza de cada animal cuando fuera sacrificado. La parte de la médula que debía contener la parte mortal del alma recibió a la vez formas redondas y formas oblongas, y le dio el nombre general de «médula». Ella le sirvió como soporte al que fijó los lazos que unían el alma entera y alrededor de este conjunto construyó nuestro cuerpo, al que dio como primera envoltura el «armazón óseo».

En conjunto, las observaciones de Hipócrates y de su escuela siguen la misma dirección que las de Platón en la localización neuroencefálica del sistema anímico. Pero con Aristóteles el alma cambia de referencia. Si el filósofo del Liceo retiene la misma división y la misma distribución del alma en una multitud de facultades, su característica esencial, su propiedad ontológica, es la sensación. El alma está situada en el punto de cita de las sensaciones, el *sensorium commune*, y este punto está en medio del pecho, en el corazón. El cambio de paradigma anímico que representa la referencia a la sensación en Aristóteles marca una ruptura con la concepción de

Hipócrates y de Platón, que intenta situar el alma en el cerebro. Las dos concepciones geográficas del alma en los órganos del cuerpo, la que privilegia el polo encefálico y la que privilegia el polo cardíaco, desbordan en realidad las únicas nociones de espacio y de topografía. Ya que una de ellas privilegia el pensamiento y la otra, la sensación. La primera nos lleva a Descartes que separa radicalmente, en un dualismo sustancial, el pensamiento del cuerpo, la sustancia pensante de la sustancia en general. La segunda nos conduce a la filosofía sensualista del siglo xviii que, a través Locke y Condillac, representará el soporte ideológico de los autores vitalistas que erigieron en dogma la sensibilidad y la hicieron acceder al estatuto de principio vital.

El segundo espacio donde se anuda toda una red compleja de relaciones entre el cuerpo y el alma es el de la economía orgánica. Dos modelos se conjugan, en el pensamiento antiguo y hasta el siglo xvii, para aportar representaciones a la multitud de las formas normales y patológicas del funcionamiento del hombre. El primero es un modelo humoral, surgido de la tradición hipocrática, y constituye una combinación de cuatro humores fundamentales que son: la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. El segundo es un modelo térmico surgido de la tradición aristotélica y retomado por Galeno varios siglos más tarde. Constituye una combinación de cualidades fundamentales del aire: el calor, el frío, lo seco y lo húmedo. Toda la variedad de las formas vivientes y patológicas resulta de la mezcla y del entrecruzamiento de estas dos series de elementos, de su composición cualitativa y de la proporción relativa de cada uno de los elementos en cada órgano del cuerpo. Así, en la medida en que el alma se distribuye en diferentes lugares orgánicos, la composición en calidad y en cantidad variables de los humores y de las cualidades fundamentales, en el seno de cada órgano, modificará en un sentido u otro el funcionamiento del alma o de la parte del alma asociada a una facultad psíquica específica. En definitiva, todas las figuras posibles de lo normal y de lo patológico resultan de una combinación de elementos materiales que representa la economía orgánica de lo humano.

En el siglo xvü, la forma del saber cambia. El poder conferido hasta entonces a las fuerzas ocultas y divinas es transferido a la razón humana. En adelante, ya no se trata de adivinar las intenciones ocultas del creador a través de toda una red de similitudes, analogías y semejanzas en las formas vivientes e inanimadas. Se trata de descifrar la naturaleza y descubrir sus leyes. La representación newtoniana del universo planea sobre el conjunto del saber. La materia es concebida como una combinación de partículas elementales cuya cohesión se mantiene mediante fuerzas de atracción. El modelo mecanicista, surgido de los descubrimientos de la física, se convierte en el modelo ambiente. Toda una serie de objetos, que pertenecen al mundo físico, accede así al análisis. El dualismo cartesiano, que separa radicalmente el cuerpo del alma, la sustancia en general de la sustancia pensante, autoriza la aplicación del modelo mecanicista a ciertos fenómenos que pertenecen al registro del cuerpo vivo. Varios sectores de la fisiología humana acceden así al análisis, sobre todo los que particularmente encuentran un empleo en las características del modelo mecanicista: la fisiología circulatoria y la fisiología locomotora. Pero el dualismo cartesiano, estableciendo una oposición ontológica entre el cuerpo y el espíritu, no

facilita la comprensión de las relaciones entre el funcionamiento del espíritu y el funcionamiento orgánico. Atribuyendo al alma una naturaleza divina y al cuerpo una naturaleza mecánica, vuelve insolubles sus relaciones mutuas. Bajo este ángulo, la concepción antigua del alma, que la consideraba como un sistema psicofisiológico, parece más coherente desde el punto de vista de su valor como modelo explicativo de los fenómenos orgánicos. No es pues de extrañar que el dualismo cartesiano, confiando el cuerpo exclusivamente a las fuerzas físicas, provocara una reacción que tomó la forma de un nuevo animismo. Stahl es el representante del animismo de la Edad Clásica. Su sistema filosófico reposa en una concepción dualista de la vida del hombre. El hombre está compuesto de materia y de una fuerza creadora de un orden superior, el alma. Pero, al contrario que Descartes, lo que anima el cuerpo del hombre y sus diferentes funciones no son las fuerzas físicas, sino el alma. El cuerpo es el instrumento de la fuerza espiritual y su expresión en todo momento. En el animismo de Stahl, las relaciones entre el cuerpo y el alma son extremadamente íntimas y el cuerpo no tiene actividad propia. Sólo obedece a las intenciones del alma. Con el animismo de Stahl, se asiste a una inversión de las relaciones que había instituido el pensamiento antiguo entre el cuerpo y el alma. Ya no son los elementos materiales de la economía orgánica los que perturban el alma y la orientan en una dirección, es el alma la que hace variar el funcionamiento de los diferentes órganos, en un sentido normal o patológico, en función de las metas que le son propias. El sistema anímico de Stahl representa de hecho, por adelantado, un sistema psicogenético radical y unilateral. Se comprende que su sistema nutiera la escuela de pensamiento alemana de psicología a principios del siglo xix. Ya que, para Stahl, el alma tiene una dimensión teleológica. Es un principio de orden para la vida del hombre, y este orden es el de la moral. En consecuencia, los desórdenes que acontecen en un hombre, tanto desde el plano psíquico como en el plano somático, resultan de los desórdenes de la vida moral. Se miden de esta manera las diferencias entre la antigua concepción del alma y el animismo de la Edad Clásica. Para el pensamiento antiguo, el alma se concibe como un sistema psicofisiológico. Su intrincación con el cuerpo la constituye como un principio de funcionamiento neurofisiológico, principio que a finales del siglo xviii se localizará en la sensibilidad. Para el animismo de la Edad Clásica, el alma es una totalidad extraña al cuerpo por su naturaleza y todopoderosa en su funcionamiento y su destino. En realidad, el animismo de la Edad Clásica es una reacción y una respuesta al mecanicismo. A la omnipotencia de las fuerzas físicas para explicar los fenómenos del cuerpo, opone simétricamente la omnipotencia de las fuerzas espirituales. Pero, en el debate que se abrirá pronto, a finales del siglo xviii, entre los fisiólogos y psicólogos, sobre el reconocimiento de fenómenos morales distintos de los fenómenos orgánicos, el animismo de Stahl jugará un papel en la construcción de diferentes sistemas psicológicos y psiquiátricos de comienzos del siglo xix, en particular en la comunidad de los psiquiatras alemanes.

Las relaciones de lo físico y de lo moral

En la Edad Clásica, el mecanicismo choca con la resistencia de lo viviente. La reducción del cuerpo a las fuerzas físicas y físico-químicas no consigue explicar la

variedad de las formas vivientes, ni tampoco la génesis de lo vivo y su finalidad. Médicos y naturalistas aclaran progresivamente la complejidad de la organización de los seres vivos. Y la organización que se descubre en los seres vivos se desvela perteneciente a un orden distinto del que existe en los seres inanimados. Las estructuras visibles, los órganos, cuyo análisis comparativo prevalecía en la Edad Clásica, pasan a un segundo plano frente al análisis de las relaciones internas entre las diferentes funciones del organismo. El argumento del reloj, citado por Fontenelle, que ponía en el mismo plano, en la época del mecanicismo dominante, la organización física y la organización viviente, encuentra un desmentido definitivo que Kant resumió en su célebre argumento:

En un reloj, una parte es el instrumento del movimiento de las otras partes, pero una rueda no es nunca la causa eficiente que produce otra rueda. Una parte existe para otra parte, pero no por otra parte. No es en la naturaleza de las ruedas donde se encuentra la causa de su producción sino fuera de ellas, en un ser capaz de poner sus ideas en ejecución. El reloj no puede ni producir las partes que le son quitadas, ni corregir su defecto por la intervención de otras partes, ni rectificarse a sí mismo cuando se desajusta. Un ser organizado no es pues simplemente una máquina ya que la máquina posee únicamente una fuerza de movimiento, mientras que el organismo contiene en sí una fuerza de formación y de regulación y la comunica al material que lo constituye.

Kant resume la diferencia radical entre el orden de lo vivo y el orden de lo inanimado enunciando que «los seres organizados deben organizarse ellos mismos». Es el momento de la separación entre el mundo orgánico y el mundo inorgánico. Es el momento de la ruptura de la continuidad de los cuerpos inanimados con los cuerpos vivientes. Es el momento del nacimiento de la biología. Pero en la exploración de este nuevo terreno del saber, que constituye el estudio de los seres vivos, el pensamiento no puede operar más que con un solo referente, condición de todo conocimiento y a la vez fuera del conocimiento. Este referente es la vida. La vida se convierte en lo trascendental del estudio y del análisis de los seres vivos en el siglo xviii. Es una noción que no puede acceder directamente al análisis científico, pero es, al mismo tiempo, necesaria para todos los desarrollos del pensamiento en el conocimiento de los seres vivos. Para François Jacob, «la noción misma de organización sobre la que se funda el ser vivo no puede concebirse sin un fin que se identifica con la vida. Un fin que no es más, de entrada impuesto desde afuera por la necesidad de atribuir a una psiquis la producción de los seres, sino que encuentra su origen dentro mismo de la organización». Una vez el principio de la vida ha sido establecido en el conocimiento de los seres vivos, la cuestión que se plantea entonces es comprender cuál es su naturaleza y su modo de funcionamiento en el corazón mismo de la organización de los seres vivos. En el saber antiguo, el alma jugaba este papel de principio de vida y, en su división en diferentes partes, este saber consiguió llegar a la elaboración de un sistema coherente que lo constituía en sistema psicofisiológico. El dualismo cartesiano, borrando la trisección del alma, heredero del pensamiento antiguo de Platón, abandonó el cuerpo a las fuerzas físicas y físicoquímicas y despertó, por

reacción, un nuevo animismo que hacía del alma una fuerza a la vez vital y moral de la que el cuerpo no era más que un instrumento.

Para el siglo xviii, la referencia a la vida se inscribe en un nuevo sistema de pensamiento: el vitalismo. El pensamiento vitalista busca superar las aporías del mecanicismo y del animismo de la Edad Clásica. La demarcación que traza no se sitúa ya entre el cuerpo y el alma, sino entre la muerte y la vida. Por ello el vitalismo es un sistema de pensamiento monista en esencia. Busca lo viviente bajo todas sus formas, tanto en las manifestaciones físicas como en las morales del hombre. Para el vitalismo del siglo xviii, todas las cartas de lo viviente están redistribuidas y las relaciones entre lo físico y lo moral del hombre se conciben en adelante sobre el mismo plano en una reciprocidad nueva dominada por el orden de la vida. Ya que, como lo escribe Francois Jacob en *La lógica de lo viviente*, «para mantener la cohesión del ser, para asegurar el orden de lo viviente por oposición al desorden de la materia inanimada, hace falta una fuerza de una cualidad particular, lo que Kant llamaba un "principio interior de acción": hace falta la vida». Entonces, para el pensamiento vitalista, la vida se relaciona primero con una fuerza, con un principio. Una fuerza vital, un principio vital. Pero pronto se pasa de la noción vaga y general de fuerza a la más local y precisa de propiedad. La vida se alojará pues en las propiedades vitales de todas las partes de la organización viviente. No hay una parte del hombre que no esté entonces habitada por las propiedades vitales, tanto sus funciones físicas como sus funciones morales. Un consenso se operará pronto entre las diferentes concepciones vitalistas para identificar la propiedad vital general con la sensibilidad. La sensibilidad se convierte en la firma de lo viviente. Está presente en todo lo que vive, tanto en las facultades morales como en las funciones físicas. Se convierte en el denominador común de lo físico y de lo moral del hombre. Es aquello alrededor de lo cual se articularán las relaciones entre lo físico y lo moral del hombre. Es el agente de la reciprocidad psicofisiológica. Pero la sensibilidad, en tanto que propiedad fundamental de lo viviente, anuda, con la conciencia, las diferentes relaciones según su intensidad. Bichat distingue una sensibilidad animal de una sensibilidad orgánica. La primera es consciente y depende del sistema nervioso central. La segunda es inconsciente y depende del sistema nervioso neurovegetativo. Para Bichat, esta distinción entre dos modos de sensibilidad se inscribe en una dicotomía más amplia, la que diferencia la vida animal, o de relación, de la vida orgánica, o vegetativa, que preside todos los procesos de asimilación y de desasimilación. La declinación de la sensibilidad, que la hace pasar del umbral de inconsciencia al umbral de percepción consciente, anuncia toda una serie de observaciones y de reflexiones en el campo de la psicosomática.

La medicina como «ciencia del hombre»

El siglo xviii abriga una gran ambición para la medicina. Trata de elevarla al estatuto de ciencia del hombre. Pero este ideal está infiltrado de posiciones filosóficas, religiosas y políticas alimentadas por las concepciones ideológicas del Siglo de las Luces. El proyecto de una medicina «antropológica» es, más

precisamente, el de un grupo de médicos y de filósofos reunidos alrededor de un pensamiento común y que son conocidos como los ideólogos. El término de «ideología» es un neologismo y significa literalmente: «ciencia de las ideas». Esta corriente de pensamiento filosófico surge de la doctrina sensualista elaborada en Escocia por el filósofo Locke y retomada y modificada por Condillac en Francia. Esta nueva orientación de la medicina a finales del siglo xviii, y de la que Cabanis fue el representante más ilustre, tuvo como consecuencia el poner en primer plano los hechos de orden moral. Para Cabanis, la mirada sobre los hechos mentales tenía que formar parte del arte médico, tanto en el arte de la observación como en el de la curación: «¡Desgraciado el médico que no aprendió a leer en el corazón del hombre ni tampoco a reconocer el estado febril; quien, cuidando un cuerpo enfermo, no sabe distinguir en los rasgos, en las miradas y en las palabras, los signos de un espíritu desordenado o de un corazón herido!» Pero, para acceder al rango de ciencia del hombre, la medicina necesita del soporte de la filosofía. A finales del siglo xviii, la epistemología dominante es la de la psicología sensualista de Locke y Condillac. Esta constituye la armadura filosófica de la nueva medicina del hombre. Pero, para Cabanis, el reconocimiento de los hechos mentales no significa el reconocimiento de otro orden de fenómenos distintos de los fenómenos físicos. Hechos mentales y hechos físicos pertenecían ambos al orden de lo que en el siglo xviii se llama organización. Están de la misma manera sometidos: «El hombre tiene necesidades: recibió facultades para satisfacerlas; y unos y otros dependen inmediatamente de su organización.» El dogma vitalista estableció la sensibilidad como propiedad fundamental de lo viviente. Es la misma sensibilidad en el seno del organismo la que hace pensar, hace sentir y hace vivir. La unidad cualitativa de lo viviente está en todas partes. Es por eso que «es imposible sustraer las operaciones intelectuales y morales al imperio de lo físico». Imaginamos la oposición por la que se constituyó la nueva ciencia del hombre, dominada por el pensamiento vitalista, frente a los sistemas médicos más o menos cargados de metafísica, y que prevalecieron en la Edad Clásica. Y Cabanis no se priva de enunciar que «desde que se juzgó conveniente el trazar una línea de separación entre el estudio del hombre físico y el del hombre moral, los principios relativos a este último estudio se encontraron necesariamente oscurecidos por la ola de las hipótesis metafísicas». Las relaciones de lo físico y de lo moral del hombre, texto escrito por Cabanis en 1802, representa un edificio teórico que ilustra de manera ejemplar la actitud de la medicina oficial, a finales del siglo xviii y comienzos del xix, frente a los fenómenos que se llamarán más tarde psicosomáticos. La manera de considerar, en esa época, los hechos físicos y los hechos morales, o los del entendimiento, y sus relaciones mutuas, sigue un enfoque exclusivamente monista. Los dos tipos de hechos se conciben en un mismo plano y forman una unidad soldada por la sensibilidad, propiedad fundamental de lo viviente. El aporte sensualista de Locke y Condillac se resume en el postulado de que todos los contenidos mentales provienen de las sensaciones externas, captadas por los órganos de los sentidos y conducidas hasta el cerebro. Para Condillac, la complejidad de los hechos mentales resulta de una combinación de sensaciones simples. Pero, para Cabanis, la concepción de Condillac es insuficiente, ya que hace jugar a las sensaciones externas un papel demasiado importante en la constitución de los hechos

mentales y no tiene bastante en cuenta la sensibilidad interna del organismo. Para Cabanis, existen dos tipos de sensaciones constitutivas de los contenidos mentales. Unas son externas, según la concepción sensualista clásica, las otras son «impresiones internas»; están localizadas en la profundidad de los órganos, escapan habitualmente a la conciencia, pero están regularmente conducidas hacia el cerebro donde generan ideas y estados morales. Estas «excitaciones cuyos estímulos se aplican en el interior» constituyen lo que Cabanis llama instintos. De estos instintos de origen visceral derivan las pasiones o emociones que van a desplegarse en el cerebro. Así, para Cabanis, las dos variedades de sensaciones -las sensaciones externas, aptas para generar la razón, y las sensaciones internas, origen de las pasiones- forman el conjunto del dominio de lo moral. Una vez precisados en el seno de la organización los límites del dominio físico y del dominio moral, Cabanis enuncia claramente una ley de reciprocidad psicofisiológica. Ya que los límites entre el dominio físico y el dominio moral no pertenecen más que a la fenomenología de los hechos físicos y morales. No se trata de límites entre dos tipos de fenómenos distintos y que responden a leyes diferentes. Fenómenos físicos y fenómenos morales están arraigados en el mismo orden vital, el que reúne la sensibilidad. En consecuencia, el estado físico del hombre afecta directamente a sus pasiones y a sus ideas, y, a su vez, éstas afectan a su estado físico. Para Cabanis, el escalón intermediario entre el dominio de lo físico y el dominio de lo moral, el lugar donde se articulan y se anudan los hechos físicos y los hechos morales, es la imaginación. Ya que, a finales del siglo xviii, los médicos ideólogos, fieles a la doctrina sensualista, conceden a la imaginación un papel de máxima importancia en el estudio de los desórdenes mentales. Condillac definió la locura como «una imaginación que, sin que seamos capaces de notarlo, asocia las ideas de una manera totalmente desordenada e influencia a veces nuestros juicios y nuestra conducta». Para Pinel, «la imaginación parece ser de todas las facultades del entendimiento la que está más sujeta a lesiones profundas». La imaginación es, para los Ideólogos, y después de Condillac, una operación primaria y fundamental del entendimiento que tiene esta característica de ser no verbal y sometida a la influencia tanto de la razón como de las pasiones. Los primeros psiquiatras, después de Pinel, integraron, en el tratamiento moral de los alienados, diferentes procedimientos terapéuticos que utilizan la imaginación como agente motor. Pero, para Cabanis, la imaginación está igualmente influenciada por el interior del organismo y en particular por lo que él llama «vísceras del bajo-vientre». La observación de los desórdenes de la adolescencia ligados a la crisis de la pubertad vienen a apoyar esta tesis, y Cabanis constata una mutualidad de relaciones en el adolescente en crisis entre el desarrollo de su imaginación y las impresiones internas surgidas de sus órganos sexuales.

Las relaciones de lo físico y de lo moral del hombre de Cabanis marca un giro en la manera de considerar las relaciones entre los fenómenos orgánicos y los fenómenos mentales. En la encrucijada del siglo xviii y xix, la medicina oficial y la psiquiatría naciente se establecen firmemente sobre bases materialistas y monistas. La revolución anatómo-clínica, que se desarrolla a lo largo de la segunda parte del siglo xviii, aporta su apoyo a esta visión fisiológica. El modelo humoral, que presidía a lo

largo de los siglos pasados y desde la antigua concepción de Hipócrates el funcionamiento de la «economía animal», cedió lugar a un nuevo modelo, el modelo nervioso. En adelante, es por intervención del sistema nervioso, en sus dos polos -el sistema nervioso de relación y el sistema nervioso neurovegetativo-, que se anudarán las comunicaciones entre las diferentes partes de la organización del hombre. Las sensaciones provenientes del mundo exterior, como las que surgen del mundo interior del organismo, circulan a lo largo de las vías nerviosas en los dos sentidos, el que va del cerebro hasta la profundidad de los órganos y el que va desde la profundidad de los órganos al cerebro. En medio de esta circulación, regulada por las vías nerviosas, se dibuja una encrucijada, lugar funcional del encuentro entre lo que se origina en el mundo externo y lo que se produce en el mundo interno: la imaginación. Es el lugar de transformación de lo que viene desde el fondo de las vísceras, en particular las pasiones y emociones del hombre, y de lo que llega del mundo exterior a través de los órganos de los sentidos y que constituye las facultades mentales superiores a través del lenguaje y el pensamiento. De hecho, lo que la medicina fisiológica del final del siglo xviii preparó es una preforma de un modelo de la vida mental. Con Cabanis y los primeros alienistas, Pinel y Esquirol, la vida mental se desprende lentamente de la mezcla ontológica en la que estaba sumergida con la materia orgánica del cuerpo. Se conciben, en adelante, dos fuentes en la constitución de la vida mental: una fuente externa que, por medio de la percepción, organiza los contenidos mentales elementales, y una fuente interna que, a partir de los órganos y en particular, para Cabanis, los de la sexualidad, da origen a las pasiones del hombre. La preforma de este modelo fisiológico de la vida mental reposa sobre un armazón anatomo-fisiológico que constituye el sistema nervioso. La clínica de la vida mental se desarrolla según una metodología de observaciones que continúa siendo fundamentalmente analítica. Ya que la filosofía sensualista de Locke y Condillac, que representa la epistemología dominante y oficial de la medicina de finales del siglo xviii, está en conformidad con las premisas de la concepción newtoniana del universo. Representa en el terreno de la psicología esta actitud del saber que considera a los objetos como una combinación de unidades elementales. La física tiene sus átomos. La biología sus células. La psicología sus sensaciones. Este modo analítico atravesará toda la medicina fisiológica del siglo xix y, por una curiosa paradoja del pensamiento, conducirá a la invención del psicoanálisis por Freud.

Pero si la medicina fisiológica de Cabanis y de los Ideólogos preparó la constitución de un modelo de la vida mental, permaneció bastante vaga y general respecto a las relaciones entre la vida mental y las funciones somáticas, lo que los siglos xix y xx llamaron específicamente psicosomática. En efecto, la epistemología psicosomática se benefició ampliamente de este itinerario del saber que, históricamente, condujo a separar, en un primer tiempo, los límites de una nueva realidad, la de la vida mental, antes de dilucidar las relaciones entre ella y las funciones somáticas. A medida que se desarrolló la psiquiatría, la concepción analítica que estableció la medicina fisiológica de finales del siglo xviii de un modelo de la vida mental tropieza con sus límites. Porque la vida mental parece ser entonces el resultado de una explosión de facultades diversas. Las críticas se dirigen al enjambre de los contenidos mentales, su ausencia de organización interna, su defecto

de unidad. La visión fisiológica de la vida mental conlleva construir los fenómenos de la vida psíquica sobre mecanismos exclusivamente fisiológicos. Cabanis enuncia una fórmula lapidaria para señalar el parentesco íntimo entre el terreno de lo moral y el de lo físico: «El cerebro digiere en cierta forma las impresiones y hace orgánicamente la secreción del pensamiento.» El modo analítico, que prevalece en la continuidad del siglo xviii y el xix en el estudio y el tratamiento de la alienación mental, no consigue dar cuenta de la complejidad ni tampoco de la unidad del funcionamiento y de la historia mental de los alienados. De la misma manera que, bajo la epistemología mecanicista dominante de la Edad Clásica, la vida oponía una resistencia insuperable, bajo la epistemología fisiológica dominante de finales del siglo xviii el psiquismo opone también una resistencia insuperable. Pues el psiquismo trata de hacer valer sus derechos de unidad y de autonomía respecto al proceso orgánico. Lo que reclaman cada vez más los psiquiatras, en Alemania primero, pero también en Francia, en la primera mitad del siglo xix, es el reconocimiento de una dualidad de fenómenos, unos de orden mental, otros de tipo físico. Lo que rechazan es la afirmación de una identidad de fenómenos que reduzca, en consecuencia, los fenómenos de tipo mental a fenómenos físicos.

Crítica del modelo fisiológico y reacción espiritualista

El debate entre materialistas y espiritualistas a principios del siglo xix, que agita la comunidad de los especialistas de la alienación mental, tiene como apuesta la batalla para el reconocimiento de una dualidad psicofisiológica. El reduccionismo fisiológico de Cabanis conducía a concebir el terreno de la psicología como un sucedáneo de la fisiología. En la primera de sus numerosas memorias que constituyen Las relaciones de lo físico y lo moral del hombre, Cabanis enuncia claramente que

la sensibilidad física es el último término al que se llega en el estudio de los fenómenos de la vida y en la investigación metódica de su verdadero enlace; es también el último resultado que proporciona el análisis de las facultades intelectuales y de las afecciones del alma. Así pues, lo físico y lo moral se confunden en su origen o, mejor dicho, lo moral no es más que lo físico considerado bajo ciertos puntos de vista más particulares.

El debate abierto por las posiciones materialistas radicales de Cabanis a las que se asocian las de los médicos vitalistas de finales del siglo xviii, Bichat, Broussais y Gall en particular, se oscurece en dos puntos principales: el de la teoría general de la alienación mental y el de los principios filosóficos. Para los nuevos psiquiatras de la mitad del siglo xix, se hace cada vez más difícil el reconocerse en un modelo que postula la estricta identidad de los fenómenos mentales con los fenómenos físicos. La separación de un nuevo campo del saber, el de la psicología, hace necesaria la dualidad entre estos dos tipos de fenómenos. La noción de Yo, concebida como una entidad organizadora del conjunto de los contenidos mentales individuales, comienza a circular en las reflexiones de los nuevos psiquiatras. Entre ellos, algunos permanecerán fieles a la concepción de un modelo fisiológico, esta vez renovado

sobre la base del reconocimiento de una dualidad de fenómenos, unos mentales, otros físicos. Otros se adhieren a un modelo espiritualista claramente dualista en el sentido filosófico.

El primer redactor jefe de los Anales médicopsicológicos fundados en 1843, el Dr. Cerise, publica una introducción del libro de Cabanis, Las relaciones de lo físico y de lo moral del hombre. Critica en ella con virulencia su posición fisiológica del terreno moral del hombre y define éste sobre la base de una rigurosa dualidad entre los fenómenos de orden mental y los fenómenos de orden físico. Para Cerise, la posición de Cabanis viene simplemente a borrar el terreno de la psicología:

La ciencia de las relaciones de lo físico y de lo moral afirma de entrada, tal como su nombre lo indica, la coexistencia en el hombre de dos tipos de fenómenos muy diferentes; esta coexistencia no es lógicamente posible que a condición de mantener esta afirmación con toda su fuerza, con todo su rigor. Si estos dos tipos de fenómenos cesaran de ser contemplados como totalmente distintos, lo moral y lo físico identificándose en una sola y misma sustancia, manifestando una sola y misma fuerza, obedeciendo con secuentemente a leyes idénticas, no podrían tener entre ellos las relaciones que proclama el sentido común... Esta ciencia debe reconocer en el hombre la presencia simultánea y el concurso de dos fuerzas, una personal realmente y exclusivamente humana, activa, inteligente y libre, manifestándose a través del deseo, el pensamiento y la voluntad; la otra fuerza impersonal vegeto-animal, sumisa, ciega y fatal, que se manifiesta a través de los hechos de formación, crecimiento, nutrición, de impresionabilidad y de inervación instintiva. Es proclamando y manteniendo enérgicamente esta distinción que podrá determinar exactamente la parte que aporta el elemento moral y el elemento físico en la producción de los fenómenos complejos de la vida humana.

Veremos más adelante cómo Cerise y otros psiquiatras, a lo largo del siglo xix, serán conducidos a renovar el modelo fisiológico de la medicina fundando su orientación teórica en el reconocimiento de un espacio mental, distinto fenomenológicamente, del espacio físico o vegetativo.

Á finales del siglo xviii, el debate general sobre la medicina que incluye la nueva ciencia de la alienación mental opone dos corrientes de pensamiento: la corriente fisiológica y la corriente psicológica. Estas dos corrientes se confrontan no solamente en el plano de los principios filosóficos, sino también en el de la metodología de la observación, la recogida de los datos clínicos. Jan Goldstein, historiadora de la psiquiatría, resume los dos proyectos de la siguiente manera:

La corriente «fisiologista» tenía como programa tratar la vida mental como una propiedad o una manifestación de la materia física complejamente organizada que componía el cuerpo humano («organización» es aún uno de esos términos del código contemporáneo), limitar su estudio a los fenómenos

exteriormente observados y construir inductivamente una ciencia del espíritu sobre los principios de Bacon... La corriente «psicológica» tenía como programa tratar el espíritu como una realidad distinta del cuerpo, como una entidad radicalmente libre, no sometida a las leyes que rigen el mundo físico y que sólo podía ser explorada desde el interior mediante la introspección del sentido íntimo.

Filosóficamente, la primera corriente de pensamiento es monista. La segunda es dualista. Metodológicamente, la primera corriente de pensamiento es analítica, la segunda desarrolla una orientación global y sintética. El método analítico observa los fenómenos men tales en su superficie. Está en conformidad con la nueva clínica médica que se desarrolla a lo largo de la segunda mitad del siglo xviii. Es un método que eleva la mirada médica al rango de operador de la observación. A partir de la mirada que recoge el conjunto de los hechos en la superficie del cuerpo enfermo, el espíritu se ocupa de agruparlos, asignándoles un lugar y una función en las diferentes categorías de la clasificación médica. El método global busca penetrar en el interior de la vida mental. Apunta a la intimidad y a la subjetividad individual. Los dos métodos, el analítico y el global, se oponen punto por punto. Uno es sensualista, el otro, espiritualista. Uno es objetivante, el otro, subjetivante. Uno se presta a reagrupamientos categóricos, el otro permanece en contacto con el individuo en lo más íntimo de él.

En la primera mitad del siglo xix, el debate entre fisiologistas y psicólogos hace furor. El término «psicólogo» es tomado prestado del lenguaje común de la época. Define el campo de los autores que se reconocen en la corriente espiritualista y busca afirmar la irreductibilidad del dominio psicológico. En Francia, el médico jefe del hospital de alienados de Charenton, Antoine Royer-Collard, convertido al espiritualismo, hace un examen notable y riguroso de la doctrina de Maine de Biran acerca de las relaciones de lo físico y de lo moral del hombre. Su texto se publica en el tomo II de los Anales médico psicológicos en 1843. Describe aquí el pensamiento del filósofo francés que representa el mascarón de proa de la concepción dualista de las relaciones de lo físico y de lo moral del hombre. Y diseña un contrapunto teórico y filosófico a la concepción desarrollada por Cabanis. Las relaciones personales entre Antoine Royer-Collard y Maine de Biran condujeron a este último a explicitar las razones por las que el médico de Charenton se había convertido a la corriente de pensamiento espiritualista:

Al final de este resumen (del curso magistral dado a los estudiantes de medicina), les preguntó si podían creer de verdad que ése fuera el hombre completo, el hombre no solamente tal como se ve desde el exterior, como se ven o se representan los otros objetos, sino el hombre tal como es para sí mismo o tal como se manifiesta interiormente bajo la mirada de la conciencia... De esta manera se encontraba claramente definido el punto donde la psicología comienza y donde la fisiología se detiene, por los hechos de la conciencia, por un primer ejercicio de una libre actividad, por un primer deseo y no como un primer ejercicio de la organización animal.

Como Royer-Collard, un cierto número de alienistas de la primera parte del siglo xix dejan el campo fisiologista para unirse al campo espiritualista. Su práctica clínica les hace inevitablemente encontrar los límites del pensamiento anatomo-clínico y de la filosofía sensualista. Y la doctrina de Maine de Biran se constituye precisamente en una crítica radical del sensualismo de los Ideólogos de finales del siglo xviii. Porque, para Maine de Biran, «el hombre no existe como hombre si no se posee a sí mismo, si no tiene la propiedad de sí mismo y la conciencia de dicha propiedad... El hombre está en consecuencia enteramente dentro del Yo y en el sentimiento del Yo». La afirmación primordial del filósofo, con acentos metafísicos, sitúa de lleno el dominio de la psicología en un espacio distinto que representa y actualiza la noción paradigmática de Yo. Dos cualidades fundamentales le son atribuidas, la primera es el sentimiento íntimo de propiedad de sí mismo, la segunda es la conciencia. El sentimiento de propiedad de sí mismo aporta al Yo los límites y una profundidad que lo constituye en una entidad individual, única e irreductible, lo que la psicología del siglo xx asociará al terreno de la identidad. La conciencia es indisociable del Yo. Lo define casi ontológicamente y al definirlo lo opone a todo lo que es no-Yo. Ya que, en el siglo xix, la conciencia cambia de estatuto y de papel, tanto en el terreno de la psicología como en el de la psicofisiología. Se convierte en lo que separa el dominio de la psicología del de la fisiología, el terreno de los hechos mentales del de los hechos orgánicos. Colocando a la conciencia como constitutiva del Yo, Maine de Biran le atribuye un papel separador entre el espacio del Yo y el de la organización animal. Pero, para Maine de Biran, la conciencia es algo más que un acto de percepción. Es una aprehensión global, en todo momento, del conjunto de la actividad del Yo. Puesto que «el hombre no se manifiesta a sí mismo, a título de persona o de Yo, más que mediante el sentimiento y el ejercicio de una fuerza causal activa y libre que forma parte de su propia naturaleza. El sentimiento de una fuerza activa y libre se identifica en el hombre con el sentimiento mismo de la existencia personal». Es lo que el filósofo llama la apercepción interior. La noción de fuerza causal activa y libre del Yo vuelve aún más complejo el sistema de pensamiento del filósofo. Después de haber definido un espacio donde se sitúa el Yo, el de la conciencia de lo que le pertenece, le confiere una actividad propia y una causalidad específica. Porque aquí, el principio de causalidad es distinto del que estaba relacionado con las propiedades del alma, tanto en el pensamiento antiguo como en el animismo de la Edad Clásica. Se trata de una causalidad en el orden psicológico opuesta a la causalidad del orden fisiológico que obedece a las leyes de la organización animal. En el saber emerge, poco a poco, una manera nueva de considerar las relaciones entre los hechos mentales y los hechos físicos. La dualidad fenomenológica entre los dos órdenes, mental y físico, se enriquece de una dualidad cualitativa, fundada sobre la existencia o no de la conciencia, y de una dualidad económico-dinámica, fundada sobre el principio de una causalidad específicamente psicológica. En efecto, lo que describe Maine de Biran, es un nuevo ámbito de la vida del hombre, el de la realidad psicológica. Esta nueva realidad tiene un espacio, el Yo, su cualidad propia, la conciencia, una fuerza que preside su actividad y un principio de causalidad que orienta esta actividad en un sentido prescrito por la actividad libre del Yo.

Resulta de esto, que todo lo que se hace en el hombre debido a esta fuerza activa y libre pertenece al Yo y que todo lo que allí se hace necesariamente no le pertenece. He aquí la línea de demarcación entre los fenómenos psicológicos y los fenómenos fisiológicos; éste es el fundamento de la distinción de las dos naturalezas física y moral que componen al hombre.

El marco de la dualidad del dominio psicológico y del dominio fisiológico se presenta en adelante en términos que contradicen el principio de identidad de Cabanis. Ya que los hechos psicológicos y los hechos fisiológicos obedecen a dos órdenes de causalidad diferentes. Desde el punto de vista cualitativo, el operador es la conciencia:

todo lo que esta fuerza identificada con el Yo opera por su libre actividad es percibido por la conciencia y no puede ser percibido más que por ella. Todo lo que no opera esta fuerza Yo, todo lo que se hace en el cuerpo sin ella o a pesar de ella y en virtud de la sola vitalidad de los órganos no entra en el dominio de la conciencia. A esta última categoría se refieren todos los fenómenos de la sensibilidad, considerados sea en cada órgano particular, sea en el propio cerebro, y en consecuencia todas las sensaciones animales propiamente dichas. En una palabra, todo lo que sale de la esfera de nuestra libre actividad, todo lo que cae bajo las leyes necesarias de la naturaleza organizada, viva o muerta, pertenece a la fisiología.

Una vez repartidos los dos dominios, el del Yo o de lo moral y el de lo físico, quedan por anudar sus relaciones y sus influencias recíprocas. Para Cabanis, la reciprocidad psicofisiológica era simple, ya que la misma propiedad fundamental de lo vivo, la sensibilidad, presidía tanto los mecanismos morales como los físicos. Una perfecta simetría entre el dominio de lo moral y el dominio de lo físico presidía sus relaciones mutuas. Para Maine de Biran, la relación entre el Yo y la economía animal del hombre es no solamente más complicada, sino sobre todo asimétrica. En la reciprocidad psicofisiológica, únicamente el Yo tiene una posición y un papel activo. Pero, para ambos autores, la imaginación representa la encrucijada donde se encuentran los dos dominios. Para Maine de Biran, «la imaginación se sitúa bajo la influencia alternativa de la sensibilidad física y de la actividad libre del Yo. La primera parte de estas dos influencias es ciega y espontánea, la segunda es clara, previsor y libre; ésta regula la imaginación y la dirige, aquélla se limita a excitarla y, cuando está sola, la excita sin medida y sin regla». Para el filósofo únicamente el Yo ejerce una influencia activa sobre el dominio de la fisiología del hombre. A la inversa, los procesos orgánicos no ejercen más que indirectamente una influencia sobre el Yo cuando éste falla en su actividad. El Yo es pues el único que tiene una actividad reguladora sobre las influencias que vienen del cuerpo. Para Maine de Biran, como para el conjunto de psicólogos del siglo xix, las influencias que encuentran su fuente en el cuerpo comprenden principalmente el dominio de las emociones, pero también, y más generalmente, la actividad de todos los órganos. Entre las emociones y las funciones somáticas de autoconservación, existe toda una

red de relaciones íntimas, regulada por un principio de «simpatía visceral». En definitiva, en la concepción de la reciprocidad psicofisiológica de Maine de Biran, únicamente lo moral ejerce una influencia real sobre lo físico, lo físico no puede ejercer influencias reales más que sobre lo físico. Dicho de otra manera, en el dominio de la fisiología, las influencias se ejercen desde un sistema de órgano a otro, el cerebro está comprendido en estos órganos. El pasaje del dominio de la fisiología al Yo está bloqueado. Inversamente, el Yo puede ejercer directamente su influencia sobre el dominio de la fisiología hasta el punto donde, por razones internas de su funcionamiento y de su actividad, se muestre desfalleciente.

En el siglo xix, psiquiatras y médicos disponen de nuevas herramientas conceptuales para abordar el estudio y el tratamiento de sus pacientes. Las relaciones entre la vida mental y la vida orgánica se establecen sobre bases nuevas. La dualidad de los dos órdenes de fenómenos es el objeto de un reconocimiento cada vez más amplio. El dominio de la psicología se afirma con sus leyes específicas de funcionamiento. Se conciben cada vez mejor las relaciones entre el mundo de las emociones y el mundo de la imaginación, así como entre el mundo de las emociones y el de las funciones orgánicas. La epistemología psico-fisiológica reposa en adelante sobre el criterio de conciencia. La inconciencia es reina y señora en el dominio de los procesos orgánicos, mientras que la conciencia afecta al conjunto de los hechos del dominio mental. Heinroth es una de las figuras más importantes de la psiquiatría alemana de la primera mitad del siglo xix. Pertenece a la escuela «psíquica» de la psiquiatría. Esta escuela reagrupa un cierto número de psiquiatras vinculados a las tesis de la corriente de pensamiento espiritualista. El debate entre la escuela «psíquica» y la escuela «somática» en Alemania es tan virulento como el que se desarrolla en Francia entre la corriente de pensamiento «fisiológica» y la corriente «psicológica». Heinroth es un médico alienista filósofo. Pero, al contrario de los médicos alienistas filósofos franceses de la primera generación, Pinel y Esquirol en particular, Heinroth construyó su propio sistema filosófico en el que integró su clínica de la alienación mental. Su sistema filosófico es de naturaleza metafísica y reposa sobre la idea de que la condición humana encuentra su realización y su perfección en la adhesión a una ley moral superior de orden divino. La dimensión psicológica del sistema de Heinroth reposa sobre la concepción de un desarrollo psíquico que procede por etapas, desde el nacimiento a la madurez del hombre, de un estado de inmoralidad innata a un estado de perfeccionamiento moral. Así, Heinroth describió tres períodos del desarrollo psíquico. El primero corresponde a la primera infancia, está dominado por las manifestaciones de los sentidos y el imperativo del placer a ellos asociado. El niño está sometido a sus necesidades y sensaciones internas que trata de satisfacer. El segundo período abarca la segunda infancia, pero, según el médico filósofo, este período raramente es superado por la mayoría de los hombres. Es un período del desarrollo psíquico marcado por el egoísmo del Yo, ocupado en buscar satisfacciones esencialmente de orden material a través de los conflictos que encuentra tanto en el mundo exterior como en su mundo interno. El tercer período que marca la realización del hombre está dominado por la conciencia moral. Se trata de una instancia superior nacida en el seno del Yo por un proceso interno de diferenciación. Este Superyo anticipado, cuya fuente para Heinroth es divina, juega,

en definitiva, el papel de regulador del conjunto de los procesos psíquicos y orgánicos del hombre. Ya que, para Heinroth, los dos estados opuestos de la salud y de la enfermedad tienen su fuente en el orden o el desorden de la vida moral. Conviene señalar en las intuiciones psicológicas de Heinroth, si se hace abstracción de sus determinaciones metafísicas, la noción de organización y de desorganización del funcionamiento psíquico y sus consecuencias necesarias en términos de salud y de enfermedad. Puesto que, para Heinroth, la locura así como las enfermedades somáticas proceden de una desorganización del funcionamiento psíquico. La regresión del estadio de la conciencia moral al de la sensibilidad orgánica da paso al desorden de las enfermedades. Al contrario, el movimiento progrediente que conduce al hombre desde el estadio de la sensibilidad orgánica hacia el de la conciencia moral restablece la armonía del conjunto de los procesos orgánicos y psíquicos reunidos en la vida del hombre. Para Heinroth, «igual que la salud procede primitivamente de la satisfacción de la conciencia y que la vitalidad irradia desde la razón a los órganos del cuerpo, así también la enfermedad no podría ser concebida como localizada en el cuerpo; hay que remontar hasta la razón para captar el verdadero origen». Heinroth es un autor casi desconocido en Francia. Su obra es prolífica, y es en Consideraciones generales sobre la enfermedad donde aparece el término nuevo de «psicosomática». Los términos «físico» y «moral», comunes a los autores médicos alienistas franceses de finales del siglo xviii y comienzos del siglo xix, se sustituyen aquí por los de «somático» y «psíquico». En efecto, el nacimiento del término «psicosomática» y su definición no figuran en el centro de la obra de Heinroth, ya que Heinroth es esencialmente un teórico filósofo de la alienación mental. Es su concepción sistemática del desarrollo de la vida psíquica y de los desórdenes patológicos, en relación con los movimientos de desorganización de la vida moral y psíquica, lo que le condujo a consideraciones que podemos llamar psicosomáticas. Las relaciones entre el dominio somático y el dominio psíquico se conciben en Heinroth, al igual que en Maine de Biran, de una manera asimétrica. De los dos, el funcionamiento psíquico juega un papel primordial de organización y de regulación sobre el conjunto del dominio somático. Lo que es nuevo en Heinroth, es la noción de procesos dinámicos a la vez de organización y de desorganización de los que resultan los estados de salud y de enfermedad. Es por ello que el término «psicosomático», que hace proceder la dimensión somática de la dimensión psíquica, contiene una lógica interna, la de las relaciones asimétricas entre el dominio psíquico y el dominio somático. Para Heinroth, como para Maine de Biran y el conjunto de los autores espiritualistas del siglo xix, existe una jerarquía funcional entre el dominio psíquico y el somático. De ambos, es el funcionamiento psíquico el que juega un papel realmente activo. El funcionamiento somático no actúa más que indirectamente sobre el funcionamiento psíquico en caso de fallo funcional de éste. Emerge una nueva concepción de las relaciones entre el dominio psíquico y somático a partir de la toma en consideración de los valores funcionales diferenciales entre ambos. El término «psicosomático», en su origen, no indica pues, únicamente, una dirección que va desde el psiquismo al soma, sino que sobrentiende la representación de una jerarquía funcional entre el dominio psíquico y el somático. Si para Heinroth está claro que «el psiquismo actúa sobre las funciones orgánicas, y que la vida del alma está

estrechamente entrelazada con la del cuerpo», su concepción de la jerarquía psicosomática le hace observar que «el malestar previo a la enfermedad prefigura la enfermedad». En conjunto, sus intuiciones psicosomáticas anticipan ciertas proposiciones de orden económico que Freud, primero, y la Escuela Psicosomática de París, más tarde, esclarecieron en relación a la oscilación entre las alteraciones psíquicas y las somáticas. Así, Heinroth escribió, en 1810, en sus Consideraciones sobre el estudio de las enfermedades en general, que «es conocido que graves enfermedades del alma pueden ser sustituidas por enfermedades orgánicas. La explicación en el caso de la locura es la siguiente: la fuerza del organismo ocupado en la vertiente somática neutraliza los ataques del lado psíquico». En 1867, en su introducción a una nueva edición de las Relaciones de lo físico y de lo moral del hombre, el Dr. Cerise afirmaba que «la obra de Cabanis inauguró la llegada de esta serie de investigaciones positivas que el problema ontológico de las relaciones del alma y del cuerpo volvían imposible y que había quedado sin nombre en la ciencia». Formulaba votos «para que una denominación especial y breve le fuera dada con el consentimiento de todos». Sin duda ignoraba que el término «psicosomática» ya había sido empleado en la obra de un psiquiatra alemán y que su destino lo establecería más tarde como un concepto nuevo abierto al análisis y al estudio de numerosos investigadores.

La psicología fisiológica

Todas las vísceras del tórax y del bajo vientre padecen por la fuerza de las pasiones las alteraciones de las que menos podemos conjeturar algo por otro lado. Morgagni examinó el cadáver de varias personas que habían padecido largas afecciones morales durante su vida, y en los que estas afecciones causaron enfermedades crónicas incurables. Encontró constantemente el estómago apretado o distendido; el hígado voluminoso, duro, pálido, lleno de concreciones y de tubérculos; el bazo espeso, rígido y de un color marrón; los pulmones rojos, duros, hinchados, tuberculosos, ulcerados; el corazón grande, dilatado, con paredes espesas y conteniendo concreciones de pólipos en los ventrículos; las venas dilatadas, varicosas; las arterias igualmente dilatadas, aneurismáticas; las zonas genitales de las mujeres endurecidas y cirróticas, etc.

Este texto está sacado de un artículo publicado en los Anales médico-psicológicos en septiembre de 1865 que trataba de las pasiones y de su influencia sobre lo físico. Su autor es Tissot, psicólogo-filósofo. Lo que sorprende en esta descripción no es que un psicólogo de la segunda mitad del siglo XIX afirme que la fuerza de las pasiones puede conducir a alteraciones orgánicas. Sobre este punto, toda la literatura médico-psicológica de la segunda mitad del siglo XIX está llena de observaciones que muestran los lazos estrechos entre la fuerza de las pasiones y las enfermedades orgánicas. Para el siglo XIX, el dominio de las emociones y el del funcionamiento de los órganos están íntimamente ligados. Lo que sorprende es la argumentación del autor. No es a partir de un análisis psicológico de los pacientes que deduce la

existencia de los lazos de causalidad entre el dinamismo de las pasiones y el desarrollo de una enfermedad somática. No es tampoco valiéndose de hipótesis fisiopatológicas como reconoce en las alteraciones orgánicas de los pacientes el papel que juega la fuerza de las pasiones. Es sobre la base de observaciones anatomo-patológicas que funda la relación entre el dominio de las pasiones y el de las alteraciones orgánicas. Esta concepción teórica, extraña hoy día, responde a una cierta conformidad con la manera de considerar los hechos clínicos en el siglo xix. Porque la medicina anatomo-clínica se constituyó en el modelo dominante desde comienzos del siglo xix. Las investigaciones anatómicas, y en particular las que conciernen al sistema nervioso, establecen de manera definitiva las relaciones específicas entre los fenómenos de la vida mental y el órgano nervioso: cerebro, médula espinal, fibras nerviosas y ganglios espinales. La doctrina de las localizaciones cerebrales, que se establecerá firmemente a finales del siglo sobre la base de la anatomía y de la fisiología nerviosa, se desarrolla a comienzos del siglo xx gracias al impulso de Gall y toma la forma original y exagerada de la frenología. El progreso de la fisiología nerviosa junto al de la neuroanatomía impone el modelo nervioso como condición orgánica del dominio psicológico y se convierte en el nuevo paradigma de la psicología. Pero el dominio de la psicología busca aún sus límites y sus fronteras con el dominio de la fisiología. La psicología del siglo xix heredó de los siglos anteriores una terminología y unas clasificaciones que se volvieron molestas para un nuevo abordaje positivista de los hechos mentales. La principal cuestión que se plantea para el inventario del dominio psicológico es saber si la sensibilidad pertenece al Yo o si se encuentra fuera del Yo, es decir, en el terreno fisiológico. Bajo la capa de la sensibilidad, se trata aquí de sensaciones internas: necesidades, deseos y emociones. Para Maine de Biran, el Yo se define por sus valores de racionalidad, de libertad y de voluntad. En consecuencia, sensaciones y emociones se sitúan fuera de la esfera del Yo.

La sensibilidad tomada en toda su extensión con el conjunto de las facultades que están bajo su dependencia (y que Condillac pudo muy bien llamar sensaciones transformadas), la locomoción espontánea, la imaginación, las reproducciones o asociaciones fortuitas de imágenes y de signos, en fin todo lo que se hace necesariamente o pasivamente en nosotros está verdaderamente fuera del dominio del alma pensante.

Esta posición radical, reductora y metafísica aísla al filósofo y lo opone tanto a Aristóteles, para quien «el alma no puede pensar nada sin una imagen sensible», como a Descartes, para quien «es el espíritu mismo el que se esfuerza enteramente para querer, sentir y concebir; y todas las operaciones de la voluntad, el entendimiento, la imaginación y los sentidos son pensamientos; los sentimientos incluso de hambre, de sed, de dolor etc., no son otra cosa que ciertas maneras confusas de pensar». Pero sobre todo la posición de Maine de Biran se opone a la mayoría de los médicos y psicólogos de su tiempo; para él, el dominio de la sensibilidad y, en particular, el de las pasiones, es una parte constitutiva de la esfera psicológica.

Louis Francisque Lélut es un médico alienista de la Salpêtrière. Publicó en 1858 y en los años siguientes una serie de investigaciones sobre lo que llama la fisiología del pensamiento. Su objetivo es doble. El primero es el de hacer un inventario del dominio psicológico y diferenciarlo del dominio fisiológico. El segundo es establecer las condiciones orgánicas del dominio de la psicología, lo que llama el dominio del pensamiento. La fisiología del pensamiento es otra formulación para definir las relaciones entre lo físico y lo moral del hombre. Es una formulación que incumbe totalmente el modelo nervioso dominante en el siglo xix, en las consideraciones acerca de las relaciones entre el dominio fisiológico y el psicológico. Ya que, para Lélut,

apenas una impresión, un contacto tiene lugar sobre un órgano de los sentidos y, desde este aspecto, toda parte del cuerpo puede convertirse en uno de estos órganos, que se produce en la mente, un estado tan intelectual como cualquier acto que pueda manifestarse. Este estado es la sensación; y si ella está más cerca del cuerpo en el sentido de que sólo se produce por vez primera después de una pasión o una acción del cuerpo, no por ello es más corpórea. La fisiología del pensamiento puede, y debe pues, ocuparse al mismo nivel que todas las demás manifestaciones del pensamiento.

Pero lo más notable en la teoría psicológica de Lélut es su concepción unitaria y de simultaneidad de todo acto mental. Cada uno de ellos se revela a la conciencia de un solo golpe, con todas sus valencias reunidas, su valencia sensitiva, afectiva e intelectual. Esta concepción se separa del modelo sensualista clásico por el que los componentes mentales se asocian los unos a los otros según una cierta ley de causa y efecto. «Así, se realiza una perpetua combinación de todos los actos intelectuales y en consecuencia de todas las facultades con las que tiene relación... Y todo esto, toda esta solidaridad, esta mezcla, no es en la sucesión de causa a efecto, que tenga que derivarse en una de esas manifestaciones psíquicas hacia algo distinto. Es un estado instantáneo, actual, que constituye cada una de ellas.» La mezcla de la sensación y de la idea, de lo que se origina en el interior del cuerpo y de lo que se origina en su exterior, del adentro y del afuera, prefigura lo que el psicoanálisis concebirá como la pareja del afecto y de la representación. «Porque no existe uno solo de esos fenómenos (mentales), una de esas maneras de ser que, en el instante indivisible en que se observa, no presenten varias caras sin las cuales y sin la coexistencia de las cuales no se concebirían.» Pero si la concepción de Lélut se opone a la de Maine de Biran en la definición del ámbito de la psicología, la frontera que ellos trazan entre la psicología y la fisiología obedece al mismo criterio. Este criterio es el de la conciencia. Como Lélut, la mayoría de los autores del siglo xix erigen como frontera entre los hechos de orden mental y los procesos orgánicos, la conciencia. Todo lo que cae del lado de la conciencia es del dominio de la psicología, del Yo, del pensamiento. Todo lo que está del otro lado queda en la inconsciencia de los procesos orgánicos. Para Lélut, «la condición común a todas las manifestaciones intelectuales es el hecho de conciencia o, más generalmente y exactamente aquí, el hecho de la existencia sentida y percibida, el hecho del sentimiento del Yo». La conciencia es lo que permite que un proceso orgánico, una sensación, una emoción, pueda acceder al

orden mental. Metafóricamente es como la luz que ilumina un objeto por su presencia y lo vuelve invisible por su ausencia. Para Cerise, el redactor jefe de los Anales médico psicológicos, es gracias a que las sensaciones internas se ligan a las ideas que acceden a la conciencia y se transforman en hechos mentales. Pero una vez que la conciencia se situó como criterio radical de separación entre el dominio psíquico y el dominio orgánico, ciertos autores, médicos y psicólogos, consideraron ya el analizar los estados de conciencia no según la ley del todo o nada, sino en función de una graduación, introduciendo así la noción de grado de conciencia, yendo desde la menor conciencia a la máxima conciencia. Recordemos que Bichat distinguió dos modalidades de sensibilidad, una orgánica, inconsciente, y otra animal, consciente. Pensaba que hechos que se referían a la sensibilidad orgánica podían convertirse en sensibilidad animal. Para Bichat, los dos modos de sensibilidad se originan en la misma fuente orgánica. No se trata de dos cualidades de sensibilidad diferentes, se trata más bien de dos grados diferentes de la misma sensibilidad. Ya que, para Bichat, y según el comentario de Lélut en su Fisiología del pensamiento,

un órgano, un órgano de la vida interior o de nutrición cuya acción en el estado ordinario no se manifiesta en el sensorium commune por ninguna impresión percibida, este órgano o más bien su acción puede, debido a un nuevo estado que no siempre es enfermizo, dar lugar a una sensación referida por la mente a esta parte del cuerpo donde habitualmente no hay nada que referir. Y esto tiene lugar en todas las partes, en todos los órganos del cuerpo sin excepción.

En definitiva, para Bichat, la sensibilidad orgánica no percibida e inconsciente no es sino el grado inferior de la sensibilidad animal percibida y consciente. Para Lélut, el desarrollo psicológico del hombre supone que las impresiones sensibles que han pertenecido, desde el origen de la vida y durante la infancia, al dominio de los órganos, y durante mucho tiempo permaneciendo no percibidas e inconscientes, acceden a la conciencia mediante una especie de despertar, de reproducción. Este despertar se opera bajo el efecto de acontecimientos nuevos que pueden estar relacionados con el desarrollo normal, en relación con el entorno, o con hechos de la patología. En Alemania, Herbart construyó una teoría psicológica en la que hace jugar a las variaciones del campo de conciencia un papel mayor en el dinamismo de las representaciones mentales.

Si pasamos del dominio fenoménico al dominio de las condiciones orgánicas de los hechos de la vida mental, se observa que el siglo xix ha designado al sistema nervioso como el gran ordenador del dominio psicológico. En el corazón del sistema está el centro de percepción encefálica. El centro de percepción está conectado mediante fibras nerviosas a las dos especies de sensibilidad. La sensibilidad externa comunica al centro las impresiones emanadas del mundo exterior a través de los órganos de los sentidos, mientras que la sensibilidad interna comunica al centro las impresiones surgidas de los órganos del cuerpo por las fibras vegetativas y en particular el gran simpático. A 2.500 años de distancia, la ficción de Platón del Timeo accede a una realidad científica. Ya que, para los fisiologistas del siglo xix, los

hechos intelectuales, los hechos de sensibilidad externa y los hechos de sensibilidad interna, corresponden a lugares funcionales diferentes en el sistema nervioso: el cerebro para los hechos de orden intelectual, la médula espinal para los hechos sensitivos, los órganos y fibras neurovegetativas para la sensibilidad interna y las emociones. Esta trisección neurofisiológica recuerda la trisección antigua del alma en la concepción de Platón. Pero ya otras vías de comunicación interna en el organismo son postuladas fuera del sistema nervioso. Unas son herederas de las concepciones antiguas que atravesaron el tiempo hasta el siglo xix: como la teoría de la simpatía entre los órganos. Se trata de una hipótesis sobre la existencia de circuitos cortos, de una naturaleza desconocida, que utilizan la contigüidad entre los tejidos orgánicos. Sobre esta hipótesis de simpatía visceral reposa en el siglo xix, como también en el siglo precedente, la comprensión de los lazos estrechos entre las emociones y los funcionamientos orgánicos. Las otras vías de comunicación extra-nerviosas hacen intervenir a un agente físico que es objeto de observaciones y de investigaciones cada vez más extensas: la teoría del fluido electromagnético. Este agente físico misterioso había sido erigido en técnica de curación a finales del siglo xviii por Mesmer. Una vez abandonado, el mesmerismo reapareció bajo una forma renovada a finales del siglo xix: el hipnotismo. Entre tanto, las relaciones entre el fluido electromagnético y el dominio de la imaginación habían quedado firmemente establecidas por la medicina oficial.

A finales del siglo xix, la epidemiología psiquiátrica muestra una progresión constante del diagnóstico de histeria. Esta enfermedad polimorfa, inaprensible, que hasta entonces había desafiado todas las clasificaciones, «cajón de sastre de la medicina donde se arrojan los síntomas inclasificables» según la fórmula de Laségue, esta enfermedad encontrará, a finales del siglo, un lugar y un papel en la nueva repartición del campo psiquiátrico. Porque con el establecimiento del paradigma nervioso, asignando al sistema nervioso el papel de fundamento orgánico del conjunto de los hechos mentales, normales y patológicos, un nuevo dominio de la clínica accede a la mirada y al conocimiento médico, el de las enfermedades nerviosas. Un médico inglés, William Cullen, creó, en 1769, el término de «neurosis» para calificar estados sintomáticos ligados a afecciones funcionales del sistema nervioso sin lesión anatómica. Desde entonces, la histeria encuentra su lugar en la nueva categoría de las neurosis. A partir de 1870, en la Salpêtrière, Jean-Marie Charcot remodela la definición clínica de la histeria según una metodología rigurosamente positivista. Para Charcot, la histeria es una enfermedad mental ligada a una alteración de las ideas y responde a la definición anatomo-fisiológica de la neurosis. La histeria se convierte en el teatro de los debates científicos utilizando, a finales del siglo, todas las herramientas del modelo de la psicología fisiológica. La escena principal de este teatro se encuentra en París, en la Salpêtrière, donde se dan las lecciones de clínica de Jean-Marie Charcot. Freud hará allí una estancia en el otoño de 1885 y los primeros meses de 1886. A finales del siglo xix e inicios del siglo xx, la psicología fisiológica se afirma como modelo dominante para la nueva ciencia mental. Dos polos clínicos ocupan el campo de la psiquiatría: el de la alienación mental, la locura, las psicosis, y el del nerviosismo, las neurosis, las enfermedades nerviosas. Las neurosis ocupan un lugar intermedio entre la salud mental y la locura

propiamente dicha. Según la concepción positivista de la ciencia a finales del siglo xix, existe una continuidad entre la salud y la enfermedad. El campo de las neurosis se concibe entonces como una línea de separación clínica y psicopatológica entre la salud mental y la locura. Las investigaciones de neuroanatomía y de neurofisiología establecieron el sistema nervioso como sustrato del conjunto del dominio mental. Con la creación de la categoría de las neurosis, se sabe, en adelante, que el sistema nervioso no tiene necesidad de ser alterado en su estructura para producir síntomas no solamente psicopatológicos, sino también corporales, puesto que la categoría de las neurosis hizo emerger una nueva clase de síntomas, los síntomas funcionales.

La investigación específicamente psicológica se desarrolló en la segunda mitad del siglo xix y se elaboraron varios sistemas teóricos, en particular en Inglaterra y en Alemania. El modelo asociacionista se convirtió en la epistemología psicológica dominante a finales de este siglo. Fundada por James y John Stewart Mill en Inglaterra, la doctrina asociacionista reposa sobre premisas simples. Los elementos de base del contenido psíquico están constituidos por sensaciones cuya combinación forma las imágenes, las ideas y los conceptos. Una ley de asociación organiza el conjunto de los contenidos psíquicos con las sensaciones internas procedentes del cuerpo. En Alemania, la corriente psicológica reviste una forma más científica, y autores como Herbart y Fechner introducen las nociones de cantidad y de medida en el encadenamiento de los procesos mentales. En París, Charcot somete a sus pacientes histéricas a una nueva metodología experimental, la de la hipnosis. Esta técnica, heredera del mesmerismo del siglo precedente, es purgada de sus presupuestos mágicos. En adelante su utilización se hace al servicio de una orientación positivista de la histeria. Las relaciones del funcionamiento psíquico con las enfermedades somáticas, lo que en el siglo xx se llamará psicosomática, no son aún accesibles al análisis. Si el papel de las emociones en la producción de las alteraciones orgánicas fue ampliamente afirmado por los médicos y los psicólogos, nunca fue en realidad demostrado. Si el papel de las ideas sobre la producción de alteraciones orgánicas o afecciones funcionales de los órganos fue postulado, no fue tampoco demostrado. Lo que el siglo xx con Alexander llamará enfermedades psicosomáticas reposa, aquí, sobre afirmaciones generales, intuiciones, incluso especulaciones. No existe aún ninguna metodología para verificar las hipótesis etiopatogénicas, y ligar las relaciones específicas entre ciertas coordenadas del funcionamiento mental y las alteraciones orgánicas. Para que la psicosomática acceda al análisis, hace falta algo más que afirmaciones generales, intuiciones o especulaciones psicológicas, hace falta algo más que el establecimiento de una estructura y de una función orgánica, la del sistema nervioso, para ligar los hechos del orden mental a los hechos del orden somático. Para que la psicosomática acceda al análisis, hace falta aún que la vida mental se constituya desde dentro en una concepción coherente que la eleve a la categoría de función mental con sus propias leyes de funcionamiento. Sobre todo hace falta que emerja, en la práctica médico-psicológica, una metodología de análisis de los hechos mentales. Porque el establecimiento de una metodología fiable, en el terreno de la investigación médico-psicológica, es una premisa necesaria para todo análisis. Ella permitirá, por un lado, la reproducción de las observaciones psicológicas y, por otro, la transmisión de un procedimiento de análisis a un gran

número de investigadores. De hecho, a finales del siglo xix estamos en el alba de una revolución en el dominio de la investigación psicológica. Una revolución que no es erróneo calificar de científica. Equipada de herramientas conceptuales del positivismo fisiológico y psicológico, y de una metodología que se afinará en algunos años, Freud descubre el psicoanálisis. Ya que la constitución de una doctrina psicológica coherente, reposando sobre una metodología fiable y a la que conducirá el psicoanálisis, es una condición previa necesaria, tanto histórica como conceptual, para que accedan al análisis los acontecimientos de orden psicosomático.

SEGUNDA PARTE

LA INVENCION DEL PSICOANÁLISIS

El inventor del psicoanálisis, Freud, es un médico vienés cuya formación universitaria, científica y médica está totalmente en concordancia con los referentes culturales del pensamiento médico de su tiempo. Desde comienzos del siglo xix se desarrolla en los países de la Europa del Oeste, en Francia, en Inglaterra y en Alemania en particular, un nuevo concepto de la enfermedad: el concepto anatomo-clínico. Se trata de ligar, en una misma estructura de pensamiento médico, por un lado, la cartografía de los síntomas del enfermo vivo y, por otro, la lesión formalmente establecida en su órgano, después de la muerte, mediante autopsia. El concepto anatomo-clínico impone la prioridad de la localización lesional en la definición de la enfermedad. Los síntomas de la enfermedad y la lesión orgánica se entrelazan en una misma entidad. Los síntomas se convierten en los signos de la lesión. El diagnóstico médico se transforma en un arte de suma precisión y a la vez adivinatorio, puesto que no puede ser confirmado más que en un segundo tiempo, el de la autopsia post mortem.

La medicina anatomo-clínica se desarrolló inicialmente en Francia bajo el impulso de Gaspard Laurent Bayle y René Théophile Laennec, propagándose después por los países vecinos, en Inglaterra y en Alemania en particular. Ella contribuyó a fijar en los espíritus la obsesión por la localización. Más adelante veremos cómo los trabajos neurológicos del inventor del psicoanálisis conservan las huellas de las discusiones científicas y médicas en relación con las zonas orgánicas de las lesiones funcionales.

Freud era un investigador y un médico de su tiempo. Pertenecía a un círculo de investigadores y de médicos vieneses ligados a una orientación racionalista y experimental de la medicina. Los años que pasó en el Instituto de Fisiología de la Universidad de Viena con Herztz Brücke lo familiarizaron con el mundo del pensamiento de lo que se llamó históricamente el Grupo 1847. Este grupo estaba constituido por los cuatro grandes fisiólogos alemanes de mediados del siglo xix: Carl Ludwig, Du Bois-Reymond, Helmholtz y Brücke. Lo que les reunió fueron los mismos ideales y las mismas convicciones científicas y para tres de entre ellos una misma filiación con el fisiólogo alemán de comienzos del siglo xix, Johannes Müller. El ideal científico de estos investigadores fue el relacionar los fenómenos de lo vivo a sus sustratos físico-químicos.

Las investigaciones emprendidas según esta orientación experimental reduccionista introducen todas las metodologías de la cuantificación y de la medida propias de los dominios de la física y de la química, a menudo de manera novedosa. La profesión de fe del Grupo 1847 se expresó de la manera siguiente por Du Bois-Reymond:

si se examina la evolución de nuestra ciencia, no se puede evitar el reconocer que el campo de los fenómenos atribuidos a la fuerza vital se restringe cada día en la medida en que un territorio cada vez más importante cae bajo la jurisdicción de las fuerzas físicas y químicas. Es inevitable que un día, abandonando sus intereses particulares, la fisiología se fundará en una gran ciencia teórica unificada disuelta en la física y la química orgánica.

En Viena, Brücke era considerado como el embajador del grupo, y sabemos que Freud aprendió a investigar en el instituto universitario que él dirigía. Durante tiempo, en la construcción de sus teorías psicoanalíticas, y no solamente en sus primeros trabajos, su pensamiento conservará las huellas de esta cultura científica heredada de esta nueva escuela de fisiología. El principio de constancia declinado en principio de placer-displacer y principio de realidad es un ejemplo entre otros de la conservación, en las formulaciones teóricas de la nueva ciencia psicológica, de los conceptos que pertenecen al campo de la fisiología humana y elaborados por los investigadores del Grupo 1847. Aquí, se trata de la ley de la conservación de la energía elaborada por Helmholtz.

La interpretación de los sueños, publicada en 1900, se considera en general como el acta del nacimiento del psicoanálisis. Lo que está significado en este acta es la fundación de una nueva disciplina en el campo médico, de un nuevo campo del saber. A partir de La interpretación de los sueños, el psicoanálisis trabajó con sus propios conceptos, su propia metodología y sus propios objetos de análisis. Entre 1882, fecha en la que abandona definitivamente el Instituto de Fisiología de Brücke, y 1900, Freud se enrola totalmente en una vida de práctico facultativo de medicina, primero en neurología, y des pués en psicopatología. A lo largo de esta veintena de años de trabajo, se operará el lento despegue psíquico e intelectual de la nueva ciencia psicológica a partir de su base neurológica y fisiológica. La amalgama de los intereses fisiológicos y psicológicos de Freud fue permanente a lo largo de estos años. Sus trabajos sobre la anatomía del cerebro así como los relativos a la teoría general de las neurosis muestran bien la gran distancia intelectual y científica a la que Freud estaba confrontado a lo largo de estos años.

A este respecto, Contribución a la concepción de las afasias, publicada en 1892, es una obra clave en el pensamiento de Freud. Es una obra clave porque está totalmente inmersa en las concepciones neurológicas y científicas del pasado reciente y, al mismo tiempo, desarrolla posiciones innovadoras en ruptura con las concepciones de su época. Es una obra clave porque toma como punto de mira de su discusión crítica la concepción localizadora de las alteraciones del lenguaje. Pero también porque revela, por vez primera en Freud, una concepción de las relaciones entre el campo fisiológico y el campo psicológico en ruptura con el monismo psicofisiológico vigente.

La naturaleza de los problemas tratados por Freud en su estudio sobre las afasias le llevó no solamente a criticar la concepción localizadora de los maestros neurólogos de su época, sino también a poner en cuestión la concepción psicofisiológica de los

límites entre el campo fisiológico y el psicológico. He aquí como Freud resumió en 1897, en un sumario de sus trabajos científicos, su Contribución a la concepción de las afasias.

después que el descubrimiento y la fijación tópica de una afasia motora y de una afasia sensorial (Broca y Wernicke) hubieran asegurado los puntos de referencia estables para la comprensión de la alteración del lenguaje de origen cerebral, los autores trataron igualmente de volver a considerar los factores de localización como etiología de los síntomas más sutiles de la afasia... Este estudio crítico rechaza esta concepción de las afasias y trata de sustituir los factores tópicos por los factores funcionales con el fin de explicar estas alteraciones... El área cortical del lenguaje se presenta más bien como una región cortical coherente, intercalada entre las áreas corticales motoras y las del nervio óptico y el nervio acústico, región en cuyo interior tienen lugar todas las transferencias y conexiones necesarias para la función del lenguaje. Los pretendidos centros del lenguaje, descubiertos por la patología cerebral, no corresponden en realidad más que a los ángulos externos de esta área del lenguaje. En el plano funcional, no se distinguen de las regiones más internas, pero debido a su relación de posición con los centros corticales contiguos, su lesión se notará por signos más netos.

El tono está dado. La ruptura con la obsesión localizadora elevada a la categoría de un imperativo en el pensamiento médico contemporáneo condujo a Freud a privilegiar el dinamismo funcional en el encadenamiento de los fenómenos observados. Este cambio de mirada sobre la realidad neuropatológica, que sustituye la dimensión tópica por la dimensión dinámica y funcional, tiene consecuencias considerables, al mismo tiempo que inesperadas desde el punto de vista epistemológico. Este cambio de mirada permite dar sentido a lo que anteriormente aparecía como silencioso o invisible. Así, en la concepción clásica de la teoría de las afasias, los centros motores y sensoriales son como las partes visibles sumergidas de un iceberg. Las zonas contiguas a estos centros e intercaladas entre ellos pueden ser tratadas como zonas mudas o silenciosas, Meynert, por otro lado, las calificaba de «agujeros sin función». Por ello, se puede decir que la mirada del investigador, según que privilegie la dimensión tópica y localizadora o la dimensión dinámica y funcional, interpretará de manera diversa los hechos clínicos.

Esta misma orientación dinámica y funcional llevó a Freud a transformar la representación que habían construido los neurofisiólogos de su época respecto a las relaciones entre los elementos de la fisiología y los de la psicología. Esta transformación conceptual es, como veremos, de una naturaleza radical y permitirá en su momento el despegue de una auténtica realidad psíquica a partir de la realidad orgánica de la que había surgido. Esta revolución conceptual, introducida por Freud en el curso de su análisis crítico de las afasias en 1892, lleva el nombre de «paralelismo psicofisiológico». Se trata de un modelo de las relaciones entre el proceso psíquico y el proceso fisiológico cuya construcción recibió la influencia del pensamiento del neurólogo británico Hughlings Jackson. Antes de explicitar este

modelo y sus retos teóricos, recordemos brevemente lo que era la concepción dominante de las relaciones entre el campo psicológico y el campo fisiológico en el entorno científico y médico de Freud. Para Wernicke, sólo los contenidos mentales elementales pueden ser localizados en los elementos materiales del sistema nervioso. Los contenidos mentales más complejos, concebidos como combinaciones de contenidos más elementales, no pueden, para este autor, ser localizados solamente en elementos nerviosos y son el resultado de las relaciones entre estos elementos por la intermediación de vías de asociación. Así las imágenes mnésicas visuales, sonoras y motrices, de las palabras deben considerarse como contenidos mentales elementales y, a tal título, deben figurar en los elementos nerviosos circunscritos. Wernicke se expresa así:

La corteza cerebral con sus seis millones de cuerpos celulares, según la estimación de Meyner, ofrece un número suficiente de lugares de reserva donde pueden ser acumuladas sin dificultad, unas detrás de las otras, las impresiones sensoriales emitidas por el mundo exterior. El cerebro está poblado de tales residuos de anteriores excitaciones que nosotros proponemos llamar imágenes mnésicas.

La primera idea enunciada aquí por Wernicke es la de un hábitat para las representaciones mentales. Cada imagen mnésica o representación mental habita en el interior del cuerpo celular de una neurona. La segunda idea presentada por el autor es la de la constitución de una memoria mental a partir de huellas de las corrientes de excitaciones sensoriales depositadas en el interior de los cuerpos celulares. Si examinamos ahora las propuestas de Wernicke desde un punto de vista epistemológico buscando apreciar el valor de la realidad de los conocimientos que nos son transmitidos, constatamos la evidencia de una confusión entre dos niveles de análisis, el nivel fisiológico y el nivel psicológico. Porque lo que Wernicke describe son las modificaciones en el interior del aparato nervioso, modificaciones ligadas, principalmente, al paso de una corriente eléctrica a lo largo de las vías nerviosas hasta los cuerpos celulares de las neuronas. Podemos así admitir con el autor que huellas de modificaciones nerviosas puedan subsistir en el interior de las células, pero el autor da un salto de manera injustificada cuando propone aplicar a estas modificaciones nombres que pertenecen al campo de la psicología («el cerebro está poblado de tales residuos de pasadas excitaciones que nosotros proponemos llamar imágenes mnésicas»). Cuando Wernicke propone llamar imagen mnésica a una modificación fisiológica, resuelve mediante una convención de palabras una realidad fisiológica extremadamente compleja y, en general, inaccesible a nuestra comprensión. Es allí donde reside el defecto conceptual del autor. Allí también, como veremos, se precipitará el genio creador de Freud. El modelo de Wernicke, ampliamente extendido en la comunidad científica y neurológica de la época en la que Freud desarrolla sus propios trabajos, es un modelo de la continuidad fisiopsicológica. Este modelo tiene como consecuencia principal, desde el punto de vista teórico, el establecer un principio de causalidad entre el campo fisiológico y el psicológico. Las modificaciones fisiológicas son causa de los elementos psicológicos. Esta consecuencia lógica del modelo del momento, representada aquí por Wernicke, liga

pues la actividad mental al funcionamiento orgánico y fisiológico. Es el modelo que Freud rechazará de una manera explícita: «La naturaleza misma del tema aquí tratado, tiene necesidad de tomar a menudo en consideración la línea de demarcación entre la orientación fisiológica y la psicológica del problema. Las ideas de Meyner y Wernicke sobre la localización de las representaciones en elementos nerviosos tuvieron que ser abandonadas.»

Es interesante seguir al detalle el razonamiento de Freud en su discusión crítica del modelo de Wernicke. El núcleo de la crítica freudiana es la noción misma de localización: «Podemos preguntarnos si tal hipótesis (de Wernicke) que relega las representaciones a las células es correcta y admisible. Pienso que no lo es.» La argumentación de Freud se sitúa en su totalidad y desde el principio en el plano de los principios epistemológicos. Se pregunta si el razonamiento de Wernicke que postula la presencia de las representaciones en el interior de los cuerpos celulares es correcto y admisible. Lo que quiere decir: correcto y admisible desde el punto de vista del razonamiento científico. Después de haber recordado que para Wernicke sólo los contenidos mentales elementales son localizables en los elementos nerviosos, Freud prosigue su mismo cuestionamiento:

Pero en el fondo, ¿no cometemos el mismo error de principio, cuando tratamos de localizar un concepto complicado, una actividad mental completa o únicamente un elemento psíquico? ¿Está justificado sumergir una fibra nerviosa que en toda la longitud de su recorrido sólo está sometida a una configuración fisiológica y a modificaciones fisiológicas, con su terminación en lo psíquico, y equipar esta terminación con una representación o con una imagen mnésica?

Para Freud, Wernicke se equivoca en su manera de concebir las relaciones entre las dos realidades entremezcladas, una psicológica, la otra fisiológica; confunde simplemente el nivel psíquico y el nivel físico. Siguiendo a Freud, no estamos únicamente en presencia de una realidad extremadamente compleja, sino también en presencia de una realidad ampliamente incognoscible. Frente a esta situación, la concepción de una continuidad fisiopsicológica resulta para Freud totalmente injustificada y no ofrece una representación correcta de la realidad de las relaciones existentes.

Freud se dirige entonces hacia otro modelo, el del paralelismo psicofisiológico. He aquí cómo lo formula:

La cadena de los procesos fisiológicos en el sistema nervioso no se encuentra probablemente en una relación de causalidad con los procesos psíquicos. Los procesos fisiológicos no se interrumpen cuando comienzan los procesos psíquicos. Al contrario, la cadena fisiológica continúa cuando en un cierto momento un fenómeno psíquico corresponde a uno o varios de sus eslabones. El proceso psíquico es así paralelo al proceso fisiológico.

El modelo del paralelismo psicofisiológico marca un giro en el pensamiento psicosomático. Por vez primera, una realidad psíquica se establece en su diferencia con la realidad orgánica al mismo tiempo que permanece conceptualmente dependiente de ella. También la realidad psíquica se concibe como el producto de un proceso de emergencia a partir de la actividad cerebral. A partir de aquí, los fenómenos psíquicos no pueden ser ya entendidos como la prolongación de los fenómenos físicos. La continuidad entre los dos campos se rompe definitivamente. La ruptura de la continuidad fisiopsicológica vuelve al mismo tiempo caduco el principio de causalidad entre los campos de la fisiología y de la psicología. En suma, el modelo del paralelismo psicofisiológico ofrece la posibilidad conceptual de contemplar una autonomía de funcionamiento para la vida psíquica con sus principios, sus leyes y su causalidad propios. Este modelo es algo más que una nueva representación de las relaciones entre procesos psíquicos y procesos fisiológicos. Contiene otras representaciones teóricas, en particular las que conciernen a la evolución biológica de la función nerviosa en el hombre. Esta dimensión evolucionista en el cuerpo mismo del modelo es heredada de Hughling Jackson cuyo pensamiento neurológico estableció los principios de evolución y de involución en la patología. Freud señala la necesidad de pensar la independencia de los dos campos de la fisiología y de la psicología en referencia al pensamiento de este autor: «Hughling Jackson nos alertó de la manera más rigurosa contra una tal confusión de lo físico y de lo psíquico en el proceso del lenguaje.» Así, el proceso psíquico nace a partir de un cierto estado del proceso fisiológico del que se separa por emergencia. El proceso fisiológico continúa su desarrollo paralelamente al nuevo proceso psíquico. Para Freud, esta conceptualización no implica una relación de causalidad entre el nivel fisiológico y el nivel psicológico, sino simplemente puntos de contacto difícilmente representables, aunque necesarios para la coherencia del modelo. Falta que la antigua noción de correlación fisiológica de la representación sea modificada para encontrar un lugar en el nuevo modelo. Aquí aún, la aplicación de esta noción clásica de la orientación dinámica y funcional condujo a Freud a representarse el correspondiente físico de la representación mental no como una huella de excitación conservada en el interior de un cuerpo celular, un fósil de una experiencia pasada, sino como un proceso. La noción de proceso permite contemplar en el seno del nuevo modelo la posibilidad de cambio permanente de estado físico, y se sabe que el modelo prevé que en la cadena de los acontecimientos físicos, es decir, en la cadena procesal, ciertos eslabones darán nacimiento a fenómenos de orden psíquico.

Contribución a la concepción de las afasias es una obra clave entre los escritos neurológicos y los escritos psicoanalíticos de Freud. También para el pensamiento psicosomático es una obra clave porque rompe con los modelos antiguos que se sostenían en la continuidad de uno con otro el campo físico y el campo psíquico, e inaugura una nueva manera de explorar las relaciones entre procesos psíquicos y procesos físicos más abierta y más fecunda, dejando entrever un nuevo campo del saber, el de la psicosomática.

La categoría de la excitación

En los primeros años de la década de 1890, Freud está totalmente absorbido en su tarea de clínico, de terapeuta y de investigador en neuropatología. Su correspondencia con Fliess se extiende de 1887 a 1902, y sus primeros artículos le muestran preocupado por un desvelo permanente en ordenar la clínica y en investigar teóricamente en el conjunto del campo que se ofrecía a los neuropatólogos de su época. Este desvelo en ordenar la clínica responde en la práctica a la necesidad de realizar ante cada paciente un diagnóstico diferencial, por un lado, entre la patología orgánica y la patología neurótica, por otro lado, en el seno de la patología neurótica, entre la sintomatología neurasténica y la sintomatología histérica. Muy pronto, Freud se enroló en una reflexión nosológica cuyos desafíos teóricos van mucho más allá de una simple preocupación clasificatoria. Ya que, para Freud, el trabajo sobre la nosología debe permitir diferenciar no sólo cuadros clínicos diferentes, sino, sobre todo, estructuras psicopatológicas distintas, que comprometen mecanismos psíquicos y psicosomáticos profundamente diferentes. En Freud, el trabajo nosológico comienza por un esfuerzo de diferenciación en la superficie de los síntomas clínicos; y se prolonga con un examen de las relaciones internas entre los diferentes síntomas; finalmente conduce a la extracción de un mecanismo común que vuelve comprensible el conjunto de los síntomas. La especificidad del mecanismo que se encuentra en el segundo plano del lote sintomático conduce a identificar una estructura psicopatológica particular. Freud afrontó este tipo de trabajo científico muy tempranamente en su obra. En su primera carta publicada a Fliess, fechada el 24 de noviembre de 1887, Freud habla de una paciente, la Sra. A..., que vino a consultarle:

Acabé pensando que no se trataba de una neurosis, no tanto por su movimiento clónico del pie, sino porque no descubro en ella ninguna de las manifestaciones más significativas de la neurastenia (ya que no sabría que actuase aquí otra neurosis). Para distinguir desde el comienzo una enfermedad orgánica de una neurastenia -tarea a veces bien difícil-, siempre me fie de un signo característico. Suele ocurrir que una alteración hipocondríaca, una psicosis de angustia esté presente en la neurastenia y que se manifiesten por un exceso de sensaciones nuevas, quiero decir de parestesias. En el caso que nos ocupa, estos síntomas son muy poco pronunciados.

Un mes más tarde Freud escribe: «La Sra. A... manifiesta ahora los síntomas de una neurastenia cerebral banal.» Y, en la carta del 4 de febrero de 1888: «El caso (de la Sra. A...) se ha vuelto transparente. Se trata de una histeria cerebral banal, lo que los pontífices llaman hiperemia craneal crónica. Este diagnóstico se vuelve cada día más evidente y el tratamiento eléctrico así como los baños de asiento procuran una mejoría.» Esta serie de cartas muestra cómo en Freud el trabajo diagnóstico se realiza al tanteo. Supone la toma en consideración de principios clínicos cuya referencia le sirve de brújula para separar lo que es de naturaleza orgánica de lo que es de

naturaleza neurótica y, al mismo tiempo, por este trabajo diagnóstico queda abierto al cambio, en función de nuevos datos clínicos que puedan aparecer en el curso del tiempo. Vemos aquí el itinerario dubitativo de un diagnóstico pasando de una enfermedad orgánica a una neurastenia y, finalmente, a una histeria.

En los primeros años de la década de 1890, los trabajos de Freud sobre la neurastenia y sobre la histeria se desarrollan paralelamente. Parece que rápidamente se dio cuenta de que la neurastenia está ligada a prácticas sexuales anormales. La relación entre neurastenia y sexualidad desviada era conocida en la época, pero, para los neuropatólogos en su conjunto, la sexualidad anormal era considerada como un factor etiológico entre otros. Freud, que había examinado una población abundante de pacientes neurasténicos, eleva la sexualidad de rango de factor etiológico ordinario a rango de factor etiológico específico. Se trata aquí de una audacia científica inusitada si tenemos in mente la omnipotencia del factor etiológico hereditario en la cultura médica de la época para las enfermedades nerviosas. En general se consideraba, después de Charcot, la herencia como la causa primera y general de todas las afecciones, las demás causas eran contempladas como coyunturales y tratadas como agentes provocadores. La sexualidad anormal era así situada en el mismo plano, desde el punto de vista de su determinación etiológica, que el choque emocional, el agotamiento intelectual o una enfermedad física intercurrente. La promoción de la sexualidad como factor etiológico específico del conjunto del grupo de la neurastenia representa pues, desde el punto de vista científico, un acontecimiento cuyos impulsos van mucho más allá de una lista de factores etiológicos. Afirmar que la sexualidad representa el factor específico de la neurastenia es pretender y poder demostrar, al mismo tiempo, que la sexualidad organiza la estructura psicopatológica del conjunto del grupo neurasténico. En el Manuscrito B, dirigido a Fliess el 8 de febrero de 1893, Freud se expresa así: «Se sabe generalmente que la neurastenia está a menudo ligada a una sexualidad anormal. Pero lo que yo sostengo, lo que quisiera poder confirmar mediante observaciones es que la neurastenia no es más que una neurosis sexual.» La confirmación de esta hipótesis sexual vendrá rápidamente ya que, en 1895, Freud dismanteló el grupo de las neurastenias y apartó la entidad de la neurosis de angustia y, por otro lado, precisó los mecanismos de la formación de la angustia en relación con la sexualidad. En el curso de este trayecto de pensamiento, una etapa fundamental fue franqueada y Freud se lo comunica a Fliess por carta el 17 de noviembre de 1893: «He llegado a la conclusión de que la angustia debe ser una consecuencia física y no psíquica de los abusos sexuales. Es un caso notable de neurosis de angustia pura, después de un coitus interruptus en una mujer plácida y completamente frígida, la que me sugirió esta opinión. De otra manera la cuestión no tendría ningún sentido...» Lo que es radicalmente nuevo en esta hipótesis freudiana es que un afecto tan fundamental como la angustia pueda nacer y desarrollarse sin ninguna participación psíquica. Lo radicalmente nuevo es pensar que la angustia pueda nacer exclusivamente de mecanismos de tipo somático mientras que la vía psíquica está fuera de circuito. Y radicalmente nuevo es concebir la sexualidad según dos tipos o dos niveles diferentes, uno somático, el otro psíquico. Este último nivel será el que se llamará psicosexualidad. Si la angustia puede ser la consecuencia de mecanismos sexuales de tipo físico y no de orden psicosexual, ello permite pensar

que existen pasajes dinámicos y funcionales de un nivel al otro de la sexualidad. Ello permite también pensar que pueden existir obstáculos tanto dinámicos como funcionales que hacen este pasaje imposible. Lo que Freud nos permite considerar, es que la neurosis de angustia, tempranamente nombrada, tiene algo que ver con estas condiciones energéticas.

Si los primeros trabajos sobre la neurastenia condujeron rápidamente a la etiología sexual, los trabajos sobre la histeria pasaron por otras etapas de la investigación. Gracias a la histeria se operará lenta y progresivamente la separación de una causalidad psíquica distinta de una causalidad fisiológica de la que surge. Para Charcot, la histeria estaba ligada a representaciones mentales, pero ello no implicaba de ninguna manera una causalidad psíquica autónoma, ya que el terreno sobre el que los representantes mentales podían ejercer su influencia sobre los fenómenos histéricos estaba ligado a un cierto estado de degeneración del sistema nervioso. En el curso de sus primeros trabajos sobre la histeria, Freud va a oscilar constantemente desde una adhesión a la causalidad fisiológica a una adhesión a una causalidad psicológica. En un texto publicado en 1892, en colaboración con Breuer, «Por una teoría del ataque histérico», los autores escriben: «Nosotros quizás no nos alejemos al suponer que para la mayoría de los médicos prevalece la tendencia a ver en el ataque histérico una "descarga periódica de los centros motores y psíquicos del córtex cerebral".» Los componentes psíquicos de la crisis histérica quedan sujetos al determinismo neurofisiológico.

La entrada en materia de Freud en el terreno de la histeria se hace, sin embargo, bajo los auspicios de la psicología, ya que la comunicación preliminar a los Estudios sobre la histeria, publicada en colaboración con Breuer, se titula «El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos». En este texto primordial, la voluntad de Freud, más aún que la de Breuer, es la de señalar y poner por delante un determinismo psíquico en la formación de los síntomas histéricos. Ya que admitiendo, sin duda debido a una disposición pasajera de compromiso, las viejas nociones del terreno histérico rebautizadas como estado hipnoide por Breuer, es del funcionamiento psíquico de lo que habla Freud. Aquí se trata de representaciones psíquicas traumáticas, de mecanismos de supresión o de rechazo por el Yo, de inconsciencia de las representaciones traumáticas por el hecho de su ruptura con la red asociativa del Yo y, finalmente, retorno del recuerdo de los acontecimientos traumáticos a través de los síntomas histéricos. Es cuestión también de la pareja formada por la representación y su afecto y los destinos diferentes de uno y otro. Lo que falta, pero por poco tiempo, en esta teoría de la histeria, es la afirmación de la naturaleza específicamente sexual de las representaciones traumáticas y la explicación fundamental del mecanismo de represión. El traumatismo guarda en sus fundamentos una definición neurofisiológica.

Si partimos de esta proposición, por lo demás de gran importancia, según la cual el sistema nervioso se esfuerza en mantener constante en sus relaciones funcionales algo que bien se podría llamar «suma de excitaciones», y que satisface esta condición de la salud liquidando por

asociación o descargando por reacción motora correspondiente todo aumento sensible de excitación, llegamos a una propiedad común de estas experiencias psíquicas que encontramos como contenido de los ataques histéricos. En todos los casos se trata de impresiones a las que está rechazada la adecuada descarga.

Estas líneas están extraídas del texto de 1892 «Por una teoría del ataque histérico». En la misma época Freud publica «Algunas consideraciones para un método comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas» (1893). A lo largo de este estudio, analiza con un gran rigor los dos síndromes clínicos, y consigue diferenciarlos sobre la base de criterios seguros. Pero es la discusión etiológica lo que nos interesa aquí. Para las parálisis motrices orgánicas, no hay en general ninguna dificultad en afirmar la existencia de una lesión material en un lugar preciso del trayecto nervioso. Para las parálisis motrices histéricas, Charcot había postulado la existencia de microlesiones invisibles a simple vista que calificaba de lesiones funcionales. Y Freud se pregunta «cómo podría ser la lesión que es la causa de las parálisis histéricas» o a qué corresponde conceptualmente una alteración funcional o dinámica. Voy a citar aquí un largo pasaje de Freud, ya que desde el punto de vista epistemológico es ejemplar por el estilo de pensamiento científico y por su audacia creativa.

No diré que mostraré cómo ella (la lesión) es de hecho; se trata únicamente de indicar la línea de pensamiento que puede conducir a una concepción que no contradiga las propiedades de la parálisis histérica en tanto que difiere de la parálisis orgánica cerebral.

Utilizaré la palabra «lesión funcional o dinámica» en su sentido propio: «alteración de función o de dinamismo», alteración de una propiedad funcional. Una tal alteración sería, por ejemplo, una disminución de la excitabilidad o de una cualidad fisiológica que en estado normal permanece constante o varía en límites determinados.

Pero dirán que la alteración funcional no es otra cosa que la otra cara de la alteración orgánica. Supongamos que el tejido nervioso esté en un estado anémico pasajero, su excitabilidad estará disminuida por esta circunstancia, no es posible evitar el considerar las lesiones orgánicas por este hecho.

Trataré de mostrar que puede haber alteración funcional sin lesión orgánica concomitante, sin lesión grosera palpable, incluso por medio de un análisis delicado. En otras palabras, daré un ejemplo apropiado de una alteración de función primitiva; pido para ello permiso para pasar al terreno de la psicología, que no podemos evitar cuando se trata de la histeria.

La audacia intelectual de Freud consiste en abandonar la teoría existente cuando conduce a un callejón sin salida y no permite hacer inteligible el desarrollo de los acontecimientos que son los objetos de la investigación. Esta audacia consiste en

pasar a otro referente conceptual con el fin de encontrar soluciones científicamente satisfactorias a los problemas que se plantean. Freud es lo que hace aquí al preguntarse cuál es la naturaleza de la lesión histérica. Su respuesta es tan genial como sorprendente. La lesión histérica es de naturaleza simbólica y no material.

La lesión de la parálisis histérica será pues una alteración de la concepción, de la idea del brazo, por ejemplo. Pero ¿de qué clase es esta alteración para producir la parálisis? Considerada psicológicamente, la parálisis del brazo consiste en que la concepción del brazo no puede entrar en asociación con las otras ideas que constituyen el Yo del que el cuerpo del individuo forma una parte importante. La lesión sería entonces la abolición de la accesibilidad asociativa de la concepción del brazo. El brazo se comporta como si no existiera para el juego de asociaciones... Si la concepción del brazo se encuentra ligada a una asociación de un gran valor afectivo, será inaccesible al juego libre de las otras asociaciones. El brazo estará paralizado en proporción a la persistencia de este valor afectivo, o de su disminución, mediante medios psíquicos apropiados.

Pasando del terreno de la fisiología al de la psicología, Freud encontró una solución a los problemas planteados por la etiología de las parálisis histéricas. El valor epistemológico de esta solución está sin duda sujeto a discusión, pero ofrece la innegable ventaja de proponer una realidad coherente con el encadenamiento de los acontecimientos psíquicos. Este modo de enfoque científico de Freud y su manera libre y abierta de cuestionar los objetos de análisis se repetirán regularmente a lo largo de su obra cuando vuelve a encontrarse frente a callejones sin salida teóricos. De este modo de enfoque nacerá su concepción de una causalidad psíquica autónoma separada de la causalidad orgánica.

Los años 1894-1896 son para Freud de una fecundidad excepcional. Las dos corrientes de investigación, que lleva casi paralelamente, la relativa a la neurastenia y la de la histeria, se unen en una teoría general de las neurosis de la que tiene, desde esta época, una representación casi completa. En su carta a Fliess de 21 de mayo de 1894, escribe:

Tengo la neta impresión de haber abordado uno de los grandes secretos de la naturaleza... Muchas lagunas, grandes y pequeñas, aún subsisten en mi mente respecto a las neurosis, pero ahora tengo de ellas una visión de conjunto y una concepción general. Conozco tres mecanismos: primeramente, el de la conversión de los afectos (histeria de conversión); en segundo lugar, el del desplazamiento del afecto (obsesión); y en tercer lugar, el de la transformación del afecto (neurosis de angustia, melancolía). Por todas partes la excitación sexual parece haberse modificado.

Cada uno de los mecanismos citados por Freud representa un capítulo de la nosología de las neurosis. Uno detrás de otro serán el objeto de un estudio independiente en esta misma época. Pero el gran secreto de la naturaleza que Freud

tiene la certeza de haber descubierto es el papel de la sexualidad en la formación de las neurosis. No se trata aquí del descubrimiento de un factor etiológico nuevo que entra en la patogenia de la constitución de las neurosis. No se trata tampoco de señalar el papel preponderante de la etiología sexual entre los otros factores de la cadena causal en las neurosis. Se trata de un descubrimiento mucho más fundamental que sitúa la sexualidad no solamente como origen de las neurosis, sino también más allá de ellas, como origen del funcionamiento mental. Porque, para Freud, el gran secreto de la naturaleza sobre el que puso el dedo es la estructura íntima que asocia, en las profundidades del organismo humano, la sexualidad a la función psíquica, la neurosis y sus diferentes formas clínicas, que no representan sino una desviación patológica de esta estructura primordial. Comprendemos que esta estructura primordial es una estructura psicosomática en su naturaleza, en su economía y en su dinamismo. Si Freud pudo reunir el conjunto de las neurosis en el interior de un mismo marco clínico y teórico, es porque se construyó una representación coherente y completa de su fuente común y de sus relaciones mutuas. La fuente común es en todos los casos la excitación sexual somática. A partir de aquí, todas las formas neuróticas derivan las unas de las otras debido a condiciones económicas diferentes y a la puesta en marcha de un mecanismo en cada caso específico. La conversión del afecto en la inervación corporal conduce a la histeria, el desplazamiento del afecto en el interior del espacio psíquico conduce a las obsesiones, la transformación del afecto conduce a la angustia o a la melancolía. Esta arquitectura freudiana teórico-clínica parece aguantarse bien. Tiene su etiología específica y sus mecanismos diferentes. El conjunto de esta arquitectura permite a la vez pensar la unidad del campo de las neurosis y al mismo tiempo su diversidad. Pero lo más importante está en otro lugar. La excitación sexual sigue un itinerario que debe idealmente conducirla de sus orígenes somáticos hacia el psiquismo. A lo largo de este itinerario, debe franquear la frontera somato-psíquica y pasar del rango de una excitación somática de naturaleza sexual a un afecto psíquico de naturaleza sexual. La revolución conceptual introducida por Freud reside en la idea de un proceso de transformación permanente que hace pasar la excitación sexual de un estado somático a un estado psíquico. Esta idea reposa sobre una concepción evolucionista de la función biológica y conserva la huella de la herencia científica de la obra de Hughling Jackson. Al mismo tiempo, esta nueva concepción de las relaciones entre lo somático y lo psíquico, haciendo emerger lo psíquico a partir de lo somático en el curso de un proceso de transformación, rompe con las antiguas representaciones psicosomáticas. Rompe, por un lado, con la representación de los campos separados, uno somático y otro psíquico, no habiendo entre ellos más que relaciones de influencia recíproca. Rompe, por otro lado, con la representación de un psiquismo encadenado a lo somático y del que los fenómenos no eran concebidos más que por su reducción a sus condiciones fisiológicas. Implícitamente e indirectamente, a partir de su teoría general de las neurosis, el nuevo modelo psicosomático introducido por Freud permitirá aportar una inteligibilidad y una ganancia de sentido al vasto abanico de los síntomas corporales encontrados en la clínica de las neurosis.

Si la sexualidad es considerada por Freud como la fuente del conjunto de los desórdenes neuróticos, ella se interpreta aún en términos de excitación. Ello supone

todo un equipamiento conceptual prestado por la terminología de la anatomía y de la fisiología nerviosa: las terminaciones sensoriales, las vías ascendentes y descendentes, las vías asociativas y los centros nerviosos. Pero ello supone sobre todo fundar la psicología sobre bases cuantitativas y sobre principios científicos. El 25 de mayo de 1895, Freud escribe a Fliess: «Dos ambiciones me devoran: descubrir qué forma asume la teoría del funcionamiento mental cuando se introduce la noción de cantidad, una especie de economía de las fuerzas nerviosas y, en segundo lugar, sacar de la psicopatología algunos beneficios para la psicología normal.» En la misma época introdujo su «Proyecto de una psicología científica» de la siguiente manera: «En este proyecto, hemos tratado de incluir la psicología en el marco de las ciencias naturales, es decir, representar procesos psíquicos como estados cuantitativamente determinados de partículas materiales distinguibles, ello con el fin de hacerlos evidentes e incontestables.» De hecho, Freud estaba dividido entre dos imperativos contradictorios. El primero era fundar una psicología cuyo valor científico debía ser incontestable. Este imperativo supone que Freud queda ligado a los modelos neurofisiológicos del momento. Según este modelo, todos los fenómenos psicológicos deben estar sujetos al orden de la excitación nerviosa, a sus vías de circulación y a sus principios de funcionamiento. El segundo imperativo es fundar una nueva psicología cuyas leyes de funcionamiento sean autónomas y que se desarrollen libremente, sin deuda, respecto a la fisiología. Escribe Freud, «Un hombre como yo, no puede vivir sin dada, sin una pasión ardiente, sin tirano, parafraseando a Schiller. Este tirano, lo encontré y lo serví en cuerpo y alma. Se llama psicología e hice de él mi más atractivo proyecto lejano, al que me aproximé desde que me confronté a las neurosis.» Este imperativo supone abandonar la antigua gama de referencias teóricas con las que se había construido el sistema de comprensión de los hechos neuropatológicos y que admitía la neurofisiología como condición de su existencia. En los textos publicados entre 1894 y 1896 con el tema de las grandes neurosis y que sustentan la nueva orientación teórica de Freud, los dos modelos se entremezclan. Mientras elabora para cada uno de ellos un conjunto teórico coherente y completo, instituido sobre un determinismo exclusivamente psíquico, conserva al mismo tiempo la antigua terminología y las viejas nociones científicas fundamentales heredadas del pasado cercano. En efecto, alrededor de la clínica de las neurosis, Freud construye una arquitectura teórica de dos pisos. El primero ofrece un marco teórico nuevo exclusivamente psíquico a la comprensión de los hechos psicopatológicos. El segundo está netamente más alejado de los hechos clínicos, responde aún a un esfuerzo de conformidad a los antiguos valores y a la comunidad científica tradicional. Busca adherir los hechos psicopatológicos de las grandes neurosis a las leyes de funcionamiento neuronal. De esta manera el Manuscrito D, fechado en mayo de 1894, que acompaña a la carta del 21 de mayo de 1894 a Fliess, detalla los puntos de la teoría que Freud busca explicitar, cuando acaba de dar al conjunto de las neurosis una concepción general fundada sobre la etiología común de la sexualidad y de explicitar mecanismos psíquicos diferentes para cada una de las neurosis. Podemos leer así en el capítulo «Teoría»:

1. Puntos de contacto con la teoría de la constancia,

Aumento interno y externo creciente de los estímulos -excitación constante y excitación efímera- suma característica de las excitaciones internas -reacción específica- formulación y elaboración de la teoría de constancia. Papel del Yo y acumulación de excitaciones.

2. Procesos sexuales considerados bajo el ángulo de la teoría de la constancia,

Vía que sigue la excitación en los procesos sexuales de los dos sexos. Vía que sigue la excitación bajo la influencia de perturbaciones sexuales etiológicamente activas. Teoría de una sustancia sexual.

El marco general de este nivel de conceptualización teórica se resume en el ensayo que representa el «Proyecto de una psicología científica» (1895). Freud establece aquí los grandes principios que están en el fundamento del funcionamiento psíquico y al que debe referirse toda la diversidad de las formas que expresa la psicopatología en el hombre enfermo. Estos principios son por naturaleza físicos y operan como leyes fundamentales del sistema nervioso. Por el hecho de la filiación evolutiva de la función psíquica con la función nerviosa, todos los fenómenos psíquicos deben estar sujetos al dominio de estos principios fundamentales. El primero de ellos es el principio de inercia. Postula que la sustancia nerviosa debe liberarse de las cantidades de excitaciones que la recorren en permanencia. Según este principio, el funcionamiento psíquico debería tener como fin primario la búsqueda de un estado de excitación nulo. Para Freud, la descarga de las excitaciones obedece a la función primaria del aparato psíquico. El segundo principio es el principio de constancia. Procede del principio de inercia y resulta de sus modificaciones debido a condiciones biológicas de la vida. Postula que la sustancia nerviosa debe buscar no el estado de inexcitabilidad sino el estado de excitabilidad más bajo posible. Según este principio, el funcionamiento psíquico debe encontrar los medios de conservar un cierto nivel de tensión de excitación. Para Freud, los mecanismos tienen como tarea el retener la excitación bajo diversas formas, asegurando así los objetivos de la función secundaria del aparato psíquico.

«Las psiconeurosis de defensa» (1894) y el «Estudio sobre la neurosis de angustia» (1895) representan para el pensamiento psicosomático psicoanalítico los dos modelos teórico-clínicos primordiales. Los psicoanalistas que, después de Freud, se interesaron por la psicosomática se refirieron a estos dos modelos para elaborar su sistema teórico. Lo que puede sorprender a primera vista en estos ensayos de construcción teórica, en relación a la histeria y la neurosis de angustia, es que explícitamente en ningún momento Freud persigue un fin psicosomático. Él busca demostrar la unidad del grupo de las neurosis más allá de la diversidad de sus figuras clínicas. Esta unidad, la descubrió en la sexualidad humana, y fue siguiendo el hilo rojo de la sexualidad, implícitamente, sus ensayos de construcción teórica de la histeria y de la neurosis de angustia se convirtieron en modelos para la comprensión de los hechos psicosomáticos. Siguiendo el hilo de lo sexual, Freud recorre toda la evolución que va desde lo somático a lo psíquico y he aquí que la sexualidad se convierte en el agente de la unificación psicosomática. Descubriendo este «gran

secreto de la naturaleza», Freud rompió con las antiguas concepciones que separaban, de una manera o de otra, el cuerpo del espíritu, lo físico de lo moral, lo somático de lo psíquico. La unidad psicosomática no reside más en la existencia de eslabones intermedios que tenían como tarea ligar el campo somático al campo psíquico. En adelante, la unión como la desunión psicosomáticas no pueden ser concebidas más que en referencia al funcionamiento de la sexualidad. Unión como desunión psicosomáticas se convierten en las consecuencias del destino del factor sexual en el hombre, de su acabamiento y de su inacabamiento. Los dos ensayos magistrales sobre la histeria y sobre la neurosis de angustia conducen a esta concepción revolucionaria desde el punto de vista psicosomático.

El «Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida» constituye la primera parte del artículo redactado en enero de 1894, «Las psiconeurosis de defensa». En este texto, Freud se separa definitivamente no solamente de Janet, sino también de Breuer, con quien, hacía poco tiempo, había redactado la «Comunicación preliminar sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos». Abandona la vieja noción teórica de disociación de la conciencia y sus presupuestos etiológicos como el estado de degeneración y el estado hipnoide. Escoge decididamente una vía de aproximación dinámica y eleva la histeria a la categoría de neurosis de defensa. En adelante Freud considera el conflicto psíquico como núcleo de la histeria. Al mismo tiempo, este ensayo lleva las marcas de las concepciones psicofisiológicas a las que Freud queda aún vinculado.

El modelo teórico que propone Freud para explicitar la histeria de defensa contiene dos niveles. El primero es común a las otras neurosis de defensa. El segundo es específico de la histeria. Lo que es común a la histeria y a las otras neurosis de defensa es la existencia de un conflicto psíquico entre el Yo del enfermo y una representación inconciliable con él. El enfermo trata de salir de este conflicto rechazando la representación inconciliable. Freud no nombra aún el mecanismo de represión, pero describió un mecanismo psíquico cuyo fin es reducir la intensidad afectiva de dicha representación, lo que contribuye a volverla inofensiva al Yo consciente del enfermo. Este mecanismo consiste en separar la representación de su afecto. Mediante este acto de disyunción, el valor económico de la representación se encuentra debilitado, incluso borrado, mientras que el afecto se vuelve libre y puede potencialmente seguir diferentes destinos. Hasta aquí Freud describió la plataforma psicológica común a las diferentes neurosis de defensa. Del destino particular del afecto, separado de su representación, dependerá en el segundo tiempo el tipo clínico de la neurosis. Respecto a la histeria, el mecanismo específico reside en la conversión de la suma de excitaciones contenida en el afecto, en la inervación corporal. «vemos así que el factor característico no es el clivaje de la conciencia, sino la capacidad de conversión, y proponemos que una parte importante de la disposición a la histeria (disposición por otro lado aún desconocida) reside en la aptitud psico-física para transportar grandes sumas de excitaciones en la inervación corporal.»

¿Por qué este ensayo de una teoría psíquica de la histeria representa para el pensamiento psicosomático un modelo? Primeramente, Freud propone un esquema

explicativo que hace inteligible y coherente el desarrollo de una cadena de acontecimientos cuyo origen se sitúa en representaciones mentales y el desenlace en síntomas corporales. Desde un punto de vista fenomenológico, este esquema teórico reúne los elementos de una estructura psicosomática. Más profundamente, si lo pensamos desde un punto de vista conceptual, el modelo propuesto por Freud contiene tres tipos de implicaciones de naturaleza psicosomática. El primer tipo de implicaciones concierne al carácter procesal y evolutivo de la excitación sexual. Porque todo el razonamiento teórico de Freud reposa sobre la idea de una transformación, tanto económica como cualitativa, de una excitación sexual somática en una formación psíquica, el afecto. Más allá de su calidad psíquica, los afectos son así concebidos como herederos de estados somáticos de naturaleza sexual. Pero para que ocurra esta transformación económica, somato-psíquica, hace falta, todavía, que la excitación sexual recorra libremente todo el itinerario que la conduce desde el terreno somático al psíquico. El segundo tipo de implicaciones concierne al desarrollo de los acontecimientos psíquicos y su conclusión en la conversión histérica. En su montaje teórico, Freud utilizó las grandes referencias conceptuales que forman el marco del pensamiento científico de su época. Entre ellas figura la representación del mundo de los objetos, formada a partir de la combinación de unidades elementales. Así, en el terreno de la psicología, los estados psíquicos se forman de la combinación de unidades elementales representativas y de unidades elementales afectivas. La mezcla de estas dos clases de unidades básicas forma toda la diversidad de los estados psíquicos. Para Freud, el afecto es el agente de la cantidad en el terreno psíquico. Él es el heredero de los procesos físicos. Al mismo tiempo es el producto de la transformación de estos procesos físicos de tipo sexual, y gracias a él se produce el retorno de lo psíquico hacia lo somático. Freud tuvo que introducir en su ensayo de teoría psíquica de las psiconeurosis de defensa una hipótesis psíquico-física que llamó «representación auxiliar» para dar cuenta de los estados de movimiento y de circulación entre los diferentes elementos psíquicos:

Para acabar quisiera mencionar en pocas palabras la representación auxiliar de la que me serví para esta presentación de las neurosis de defensa. Es la representación lo que hay que distinguir en las funciones psíquicas, algo (quantum de afectos, suma de excitaciones) que tiene todas las características de una cantidad -aunque no poseemos ningún medio para medirla-, algo que es capaz de aumentar, de disminuir, de desplazamiento y de descarga, y que se extiende sobre las huellas mnésicas de las representaciones, un poco como una carga eléctrica sobre la superficie del cuerpo. Se puede utilizar esta hipótesis... en el mismo sentido en el que los físicos postulan la existencia de una corriente de fluido eléctrico. Esta hipótesis está justificada provisionalmente por su utilidad para concebir y explicar una gran variedad de estados psíquicos.

Para la histeria, el paso de lo psíquico a lo somático se opera a partir del quantum de afectos o de la suma de excitación convertida en la inervación corporal. Se trata de alguna manera de la vía inversa que, desde sus orígenes somáticos, había conducido la excitación sexual hacia su transformación en afecto en el terreno psíquico. El tercer

tipo de implicaciones concierne a la especificidad misma de los síntomas histéricos. Es fundamental, por supuesto, para el valor de este modelo en el pensamiento psicosomático considerar que los síntomas corporales de la histeria no son por naturaleza síntomas orgánicos. Representan una especie de síntomas del cuerpo ligados económica, dinámica y simbólicamente al trabajo psíquico. Ya que

la conversión puede ser total o parcial; se produce a lo largo de la inervación motora o sensorial que se encuentra en una relación más o menos íntima o lejana con el acontecimiento traumático. El Yo consigue así liberarse de la contradicción, pero a cambio se carga de un símbolo mnésico, inervación motriz insoluble o sensación alucinatoria que vuelve constantemente, que se aloja en la conciencia como un parásito y que persiste hasta que una conversión en sentido opuesto se produzca.

Lo que Freud afirma aquí es el valor de símbolo del síntoma corporal histérico. Ello supone, como acabamos de ver, la existencia y la puesta en marcha de un mecanismo psíquico que opera sobre un equipamiento de representaciones y de afectos suficientemente rico. Después de Freud, los psicoanalistas encontrarán en este modelo de la histeria las bases teóricas a partir de las que construirán sus propias representaciones de los síntomas y enfermedades somáticas.

El estudio sobre la neurosis de angustia titulada «Está justificado separar de la neurastenia un cierto complejo sintomático bajo el nombre de "neurosis de angustia"» (1895) constituye el segundo capítulo de La teoría general de las neurosis a la que Freud se consagró durante sus últimos años. Para Freud, cada una de las neurosis está unida a las otras neurosis por vínculos de parentesco. Cada una de las neurosis debe ser leída como un capítulo de un libro. A este respecto, el estudio sobre la neurosis de angustia sólo es comprensible si se lo sitúa en la perspectiva de la teoría general de las neurosis y si se lo compara, tanto clínicamente como en el plano etiológico y del mecanismo, con las psiconeurosis de defensa. Esta visión global del conjunto de las afecciones neuróticas supone que existe, más allá de la diversidad clínica, etiológica y de funcionamiento, una unidad profunda que las reúne. Este enfoque global contiene implícitamente la firma de una orientación psicosomática de la patología.

La neurosis de angustia procede de un desmantelamiento del grupo de la neurastenia. Esta operación de separación y de individualización de la neurosis de angustia está justificada por dos principios de valor epistemológico: por un lado, en la medida en que «los síntomas están más sólidamente ligados entre ellos que lo que lo es tan con los síntomas neurasténicos típicos (dolores de cabeza tensionales, irritación espinal, dispepsia con flatulencia y estreñimiento), y cuya etiología y mecanismo, por otra parte, muestran diferencias esenciales con la neurosis neurasténica típica». Alrededor de la angustia pivota un cortejo de síntomas somáticos. En cuanto a la etiología común, reside en la interrupción del proceso sexual, cualquiera que fueran las formas y los escenarios que conducen a esta interrupción. La teoría de la neurosis de angustia reposa enteramente en una idea simple y genial a la vez: la angustia no deriva de un proceso psíquico. A partir de esta hipótesis de trabajo, el razonamiento

científico de Freud se desplegará con un gran rigor y una gran coherencia, y acaba creando las bases de un modelo cuyos retos teóricos son de una importancia capital:

1. «El mecanismo de la neurosis de angustia hay que buscarlo en la derivación de la excitación sexual somática fuera del psiquismo y en una utilización anormal de esta excitación de la que es la consecuencia.» El primer reto teórico es la afirmación de la fuente somática de la angustia. Ello significa que el proceso sexual, del que se dijo que la característica específica era el ser interrumpido, permanece en los límites del terreno somático. La angustia es entonces interpretada como la transformación económica de la excitación sexual somática. Ella se convierte en la consecuencia más importante del mecanismo de interrupción del proceso sexual.
2. «Para mejor fijar nuestras ideas, intercalemos aquí la noción de que esta excitación sexual somática se manifiesta bajo la forma de una presión ejercida sobre las terminaciones nerviosas de la pared de las vesículas seminales; aunque esta excitación visceral aumentará ciertamente de manera continua, sin embargo, no será capaz más que a partir de un cierto nivel de vencer la resistencia interpuesta por las conducciones nerviosas hasta la corteza cerebral y de manifestarse como excitación psíquica. Entonces el grupo de las representaciones psíquicas presente en el psiquismo se encuentra provisto de energía y se produce el estado psíquico de tensión libidinal acompañado del empuje que tiende a suprimir esta tensión.» El segundo reto teórico es la representación de una continuidad procesal somatopsíquica de la excitación sexual. Más aún, Freud da a los procesos sexuales evolutivos un fin de orden económico, el de alimentar de energía las representaciones presentes en el psiquismo. Se entiende entonces por qué el trayecto somatopsíquico de la excitación sexual debe ser conducido hasta su término, es decir, hasta el psiquismo. Porque la energía psíquica, que alimenta el conjunto de las representaciones, coge su fuente del terreno somático. La terminación del destino de la excitación sexual conduce así a un pleno desarrollo del proceso psíquico. Pero éste sería el tercer reto teórico.
3. «Lo que conduce 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 sobrevienen cuando la excitación sexual somática desviada fuera del psiquismo se consume de manera subcortical en reacciones totalmente inadecuadas.» Aquí se reafirma la noción de obstáculos al pasaje de la excitación sexual del terreno somático al psíquico. Estos obstáculos tienen como consecuencia el contrariar el acabamiento del destino del proceso sexual, es decir, su transformación psíquica. Este tercer reto teórico permite contemplar la diversidad de las situaciones psíquicas capaces de acrecentar la resistencia a la frontera somatopsíquica y de generar así las manifestaciones de la neurosis de angustia.

¿Por qué la teoría de la neurosis de angustia constituye un modelo para el

pensamiento psicossomático? Ante todo, el esquema teórico propuesto por Freud para explicar las manifestaciones de la neurosis de angustia, y, en primer lugar, sus manifestaciones somáticas, excluye la participación del psiquismo. Recordemos que el pilar de esta teoría reposa en la idea de que la angustia no deriva de un proceso psíquico y constituye el producto de transformación de una excitación sexual somática. Si miramos las cosas más de cerca, constatamos que la teoría no dice que falta un proceso psíquico, sino que enuncia que el proceso psíquico es negativizado. En el Manuscrito E dirigido a Fliess y fechado en junio de 1894, Freud desarrolla de una manera profunda su concepción del origen de la angustia. Su estudio sobre la neurosis de angustia retoma lo esencial del contenido del Manuscrito E.

En conjunto mi teoría se sostiene bastante bien. La tensión sexual se transforma en angustia en los casos donde, aun produciéndose con fuerza, no sufre la elaboración psíquica, que la transformaría en afecto, fenómeno debido a un desarrollo imperfecto de la sexualidad psíquica o a una tentativa de supresión de esta última (es decir, a una defensa), o incluso por una desagregación o por la instauración de una separación convertida en habitual entre la sexualidad física y la psíquica. Añadamos además a ello una acumulación de tensiones físicas y el papel que juegan los obstáculos que impiden una descarga hacia el terreno psíquico.

Si la teoría de la neurosis de angustia elaborada en 1895 constituye un modelo para el pensamiento psicossomático es porque contiene una concepción que asocia los síntomas somáticos a una estructura psíquica negativa. Los dos términos de esta asociación psicossomática, los síntomas somáticos por un lado y la estructura psíquica negativa por otro, están juntos en relaciones íntimas con la interrupción del proceso sexual y su inacabamiento.

Las teorías de la histeria y de la neurosis de angustia representan dos modelos teóricos fundamentales para el pensamiento psicossomático venidero. El modelo histérico asocia a los síntomas corporales una estructura psíquica positiva. Ésta reposa en el conflicto psíquico y la defensa, y conduce a interpretar los síntomas corporales como símbolos mnésicos. El modelo de la neurosis de angustia asocia a los síntomas somáticos una estructura psíquica negativa. Esta reposa en la ausencia de mecanismo psíquico y en el inacabamiento del destino de la excitación sexual somática. Con toda coherencia, los síntomas somáticos quedan aquí alejados de toda significación psíquica. Para Freud, las dos grandes neurosis están a menudo muy cercanas en el plano clínico, pero

si entramos en el mecanismo de las dos neurosis, en caso de que pudiéramos penetrar en él, llegamos a puntos de vista que hacen aparecer positivamente la neurosis de angustia como la pareja somática de la histeria. Aquí y allí, acumulación de excitaciones -lo que funda, quizás, la similitud de los síntomas-; aquí y allí una insuficiencia psíquica a partir de la cual se producen procesos somáticos anormales. Aquí y allí acontecen, en lugar de una elaboración psíquica, una derivación de la excitación en lo somático; la

única diferencia es que la excitación, cuyo desplazamiento es la manifestación de la neurosis, es puramente somática (excitación sexual somática) en la neurosis de angustia, mientras que en la histeria es psíquica (provocada por el conflicto).

Vemos hasta qué punto, en el pensamiento de Freud, la unidad entre la histeria y la neurosis de angustia es en teoría más importante que la diversidad de sus mecanismos. Esta unidad es, por supuesto, la que aporta el proceso sexual. Si la neurosis de angustia representa la vertiente somática de la histeria, y la histeria, la vertiente psíquica de la neurosis de angustia es, en definitiva, en referencia a la calidad y al grado del proceso sexual en su trayecto somatopsíquico donde serán escogidos los mecanismos particulares somáticos o psíquicos que generarán las manifestaciones sintomáticas. Para Freud, la diferencia más importante desde el punto de vista del funcionamiento entre histeria y neurosis de angustia es de orden tópico. La excitación sexual en la base de la neurosis de angustia se sitúa en el terreno somático. La excitación sexual en la base de la histeria se sitúa en el terreno psíquico: es una excitación psicosexual. La importancia primordial acordada por Freud a la dimensión tópica de las excitaciones revela una concepción implícita que quiere que eso no funcione de la misma manera y según las mismas reglas en el terreno somático y en el psíquico.

En 1896, Freud publicó «La etiología de la histeria». Este texto es una obra maestra de metodología de pensamiento científico. Su valor epistemológico se debe al rigor con el que Freud cuestiona los objetos psíquicos de análisis y a la libertad con la que resuelve los callejones sin salida teóricos. «La etiología de la histeria» funda para el pensamiento psicoanalítico la causalidad psíquica de los fenómenos histéricos y, más allá de ellos, del conjunto de los fenómenos neuróticos.

No deben olvidar que, en los histéricos, es por causa de un acontecimiento actual que se vuelven operantes experiencias antiguas bajo la forma de recuerdos inconscientes. Todo ocurre como si la dificultad para desprenderse de una impresión actual, la imposibilidad de transformarla en un recuerdo desprovisto de poder, dependiera precisamente del carácter del inconsciente psíquico. Ya lo ven, el resto del problema es de nuevo del dominio de la psicología y de una clase de psicología para la que los filósofos nos prepararon poco el terreno. Es a esta psicología, que debe ser creada ahora para hacer frente a nuestras necesidades -a esta futura psicología de las neurosis- que debo reenviarles también...

En su presentación de la investigación de la etiología de la histeria, Freud comienza por afirmar la necesidad de cambiar de método de exploración para obtener informaciones más fiables desde el punto de vista psicológico. Porque «este nuevo método de investigación nos abre ampliamente el acceso a un nuevo elemento constitutivo del acontecimiento psíquico: los procesos de pensamiento inconscientes y para retomar la fórmula de Breuer "incapaces de volverse conscientes"; por la misma razón, nos invita a esperar una nueva y mejor comprensión de todas las

alteraciones psíquicas funcionales». Lo que aquí se afirma es que el método tradicional de investigación anamnésico no podía aportar más que datos conscientes. Para acceder al inconsciente psíquico hacía falta cambiar el método de investigación. La invención de un nuevo método de investigación es, desde el punto de vista científico, un acto primordial para explorar un nuevo campo del saber. El descubrimiento, mediante este método, de la etiología específica de la histeria, que reside en los recuerdos inconscientes de escenas sexuales infantiles, plantea toda una serie de problemas teóricos que las concepciones psicofísicas del momento son incapaces de resolver. Estos callejones sin salida teóricos conducen a Freud a la decisión de romper con una lógica de comprensión fisiológica y a colocarse decididamente en una perspectiva de lógica psíquica. Un ejemplo de callejón sin salida teórico que la psicofisiología era incapaz de resolver es el fenómeno de la resignificación retrospectiva (après-coup).

Para que se forme un síntoma histérico, tiene que haber un esfuerzo de defensa contra una representación penosa. Esta representación tiene que tener un vínculo lógico y asociativo con un recuerdo inconsciente con la intermediación de los numerosos o escasos eslabones que permanecen ellos mismos inconscientes en ese momento; este recuerdo inconsciente no puede tener más que un contenido sexual; una experiencia que ocurrió en una cierta época de la vida infantil; y no podemos evitar el preguntarnos cómo es posible que ese recuerdo de una experiencia anodina en el pasado pueda tener de manera póstuma este efecto anormal de conducir un proceso psíquico, como es la defensa, a un resultado patológico permaneciendo él mismo inconsciente durante este tiempo. Pero deberíamos preguntarnos: ¿no se tratará de un problema puramente psicológico que no podrá ser resuelto sino cuando se hayan establecido las hipótesis adecuadas para explicar los procesos psíquicos normales y el papel de la conciencia en estos procesos?

Más allá de la histeria, la necesidad de pensar una lógica propia para el psiquismo se impondrá a Freud con la cuestión de elección de la neurosis. «Pero cuando se esclarezcan los factores que rigen la elección entre las formas posibles de psiconeurosis de defensa, se volverá a plantear de nuevo un problema puramente psicológico, a saber: ¿cuál es el mecanismo que diseña la particularidad de cada una de las neurosis?»

La causalidad psíquica se impone en adelante como una realidad nueva e indiscutible en el terreno de la psicopatología. Ella ha emergido de un nuevo conjunto de hechos psíquicos que únicamente un nuevo método de exploración pudo revelar. Para Freud, la nueva causalidad psíquica es una parte constituyente del inconsciente psíquico. El funcionamiento psíquico tiene en adelante sus propias fuerzas motivadoras y su propia red de significaciones internas. Si su condición orgánica es haber emergido de la actividad cerebral, no depende exclusivamente de una causalidad fisiológica. Esta nueva concepción, creada por la idea de una causalidad psíquica, modifica al mismo tiempo las relaciones entre el terreno somático y el psíquico.

La categoría de la pulsión

La obra de Freud puede leerse como la construcción progresiva de un andamiaje conceptual y teórico sobre el que reposa el nuevo campo del saber que es el psicoanálisis. A este respecto, el pasaje del paradigma de la excitación al de la pulsión es ejemplar en cuanto a la manera en que se van separando poco a poco, en el trabajo del pensamiento de Freud, nuevos conceptos a partir de ideas antiguas. Ya que, en el terreno de la teoría, lo antiguo y lo nuevo, entremezclados en relaciones a menudo heterogéneas y aleatorias, hacen siempre una parte del camino juntos. Entre 1900 y 1920, Freud se esforzó para clarificar y poner en orden los fundamentos de la metapsicología a partir de ficciones teóricas, esquemas directores, que llamaba representaciones auxiliares, destinadas a volver inteligible el nuevo terreno de experiencia de los hechos psicoanalíticos.

Sólo después de un examen más profundo del campo de los fenómenos considerados, se podrán comprender más precisamente los conceptos científicos fundamentales que se requieran y modificarlos progresivamente para volverlos ampliamente utilizables, así como libres de toda contradicción. Entonces será el momento de encerrarlos en definiciones. Pero el progreso del conocimiento no tolera tampoco rigidez en las definiciones. Como el ejemplo de la física enseña de una manera contundente, incluso los «conceptos fundamentales» que han sido fijados en definiciones, ven sus contenidos constantemente modificados. Hay un concepto fundamental convencional de este tipo, aún bastante confuso por el momento, que no podemos evitar en psicología: es el de pulsión.

Freud escribe estas líneas en 1915 en su ensayo «Pulsiones y destino de las pulsiones». Se trata de un texto de síntesis teórica sobre uno de los grandes conceptos fundamentales del psicoanálisis. Cuando aborda su definición, no puede eludir asociarla inmediatamente al concepto de excitación. En un primer tiempo, subsume el concepto de pulsión bajo el de excitación y opera una diferenciación en el interior del campo de la excitación entre las excitaciones de tipo fisiológico y las excitaciones de tipo psíquico. La pulsión se convierte en una excitación para el psiquismo. En un segundo tiempo, Freud abandona este primer ensayo de definición de la pulsión que la sitúa como un subconjunto del terreno de la excitación. Su fuente, en el interior del organismo, y su manifestación específica, como una fuerza constante, la asemejan más a una necesidad que a una excitación. Ya que, según una representación teórica admitida por Freud desde mucho tiempo antes, la del arco reflejo, el aparato psíquico utiliza habitualmente una acción motriz para liberarse de la influencia de una excitación. La pulsión, por el hecho de sus características fundamentales, introduce muchas complicaciones suplementarias y obliga al aparato psíquico a abandonar el fin primario de la descarga motriz y a sustituirlo por acciones específicas con el fin de obtener la satisfacción que reclama la fuerza pulsional. Las pulsiones

someten pues el sistema nervioso a exigencias mucho más altas, le incitan a actividades complicadas, engranadas unas con otras, que aportan al mundo externo las modificaciones que hacen falta para satisfacer la fuente interna de las excitaciones; sobre todo le fuerzan a renunciar a su intención ideal de tener apartada la excitación ya que ellas mantienen un flujo de excitaciones inevitables y continuas. Podemos concluir por lo tanto, que son las pulsiones, y no las excitaciones externas, el verdadero motor de los progresos que han llevado al sistema nervioso con todas sus potencialidades ilimitadas al grado actual de su desarrollo.

El concepto de pulsión contiene así un grado de complejidad psíquica superior al del concepto de excitación. Podemos lógicamente enunciar que el concepto de pulsión contiene al de excitación y no a la inversa. «Por "fuente de la pulsión" entendemos el proceso somático que está localizado en un órgano o una parte del cuerpo y la excitación está representada en la vida psíquica por la pulsión.»

Desde hace ya unos veinte años, Freud manipula el concepto de pulsión y explora sus diferentes facetas. En la primavera de 1897 aparece por vez primera la noción de pulsión en Freud, en su correspondencia con Fliess. Es interesante señalar que la noción de pulsión aparece al mismo tiempo que la de fantasía, estas dos nociones representan los productos de complejización de las escenas sexuales primitivas encontradas en el análisis de los pacientes histéricos. En la carta del 2 de mayo de 1897, Freud sitúa claramente, entre las escenas traumáticas sexuales vividas durante la primera infancia y los síntomas histéricos de la edad adulta, dos especies nuevas de formaciones psíquicas: las fantasías y las pulsiones.

En primer lugar, adquirí de la estructura de la histeria una noción exacta. Todo señala que se trata de la reproducción de ciertas escenas a las que a veces es posible acceder directamente, y otras únicamente pasando por fantasías interpuestas. Estas últimas emanan de cosas oídas pero comprendidas solamente mucho más tarde. Todos los materiales son naturalmente reales. Representan construcciones protectoras, sublimaciones, adornos de hechos que sirven al mismo tiempo de justificaciones... Constató también otro hecho importante: las formaciones psíquicas sometidas en la histeria a la represión no son en realidad recuerdos, puesto que nadie hace trabajar la memoria sin un buen motivo; se trata de pulsiones que proceden de escenas primitivas. Me doy cuenta ahora del hecho de que las tres neurosis, la histeria, la neurosis obsesiva y la paranoia, comportan los mismos elementos (y la misma etiología), es decir fragmentos mnésicos, impulsiones (que derivan de recuerdos) y fabulaciones protectoras... Para mí, estos puntos de vista constituyen un gran progreso.

Esta primera concepción de las pulsiones las designa de lleno como estructuras complejas y no como simples objetos. Porque Freud descubre la complejidad de la estructura neurótica a partir del análisis de los síntomas psiconeuróticos conjuntamente con el de los sueños. Al principio, la representación teórica que se

construyó era bastante simple. Las escenas sexuales vividas a lo largo de la primera infancia y que habían adquirido un valor traumático estaban destinadas a repetirse bajo la forma de síntomas psiconeuróticos. La elaboración del modelo rechaza estas escenas traumáticas y deriva de ellas formaciones psíquicas inconscientes que asumen la fuerza que determina los síntomas psiconeuróticos. En la formación de los síntomas y su causa, pasamos de un esquema lineal simple a un esquema complejo de varios niveles. En la cita evocada más arriba, extraída de la carta del 2 de mayo de 1897, la pulsión tiene un papel y una influencia primordial en el proceso psíquico de la neurosis. Por una parte, se convierte en el objeto específico de la represión, en lugar de los recuerdos de las escenas traumáticas que la primera versión del modelo designaba como punto de mira de la represión. Por otra, la pulsión se convierte en la causa por la que el conjunto del proceso psíquico se activa. Freud evoca aquí por vez primera la noción de trabajo en relación íntima con la de pulsión. «Puesto que [nos dice] nadie hace trabajar su memoria sin un buen motivo», se necesita que exista en el proceso psíquico una estructura suficientemente motivadora para que el conjunto del aparato psíquico se ponga a trabajar, y, para Freud, los recuerdos inconscientes de las escenas traumáticas no tienen esta calidad motriz. Esta fuerza motora se convierte, desde el punto de vista de la representación teórica, en parte constituyente de estos nuevos objetos complejos que son las pulsiones.

La interpretación de los sueños (1900) da a la fuerza pulsional la plenitud de su sentido en el funcionamiento psíquico normal y patológico. Ella está en el origen de la formación de los sueños y de los síntomas psiconeuróticos. Es ella la que está en el origen de la puesta en marcha del aparato psíquico en una dirección prescrita por el deseo inconsciente. Porque la fuerza pulsional no es una fuerza ciega. Opera según el sentido que le muestra el deseo, declinando sus efectos en diferentes capas de representaciones. En la nueva versión de la representación teórica que Freud elabora sobre el tema de la estructura de las neurosis, la fuerza pulsional no es ya un simple atributo cuantitativo de la pulsión; es la fuerza motriz del deseo inconsciente.

Hemos adoptado la ficción de un aparato psíquico primitivo cuyo trabajo se caracteriza por la tendencia a evitar una acumulación de excitaciones y a ponerse lo más al abrigo posible de la excitación. Ha sido construido sobre el modelo de un aparato reflejo: la motilidad, primera vía de los cambios internos del cuerpo, es su vía de descarga. A continuación indicamos las consecuencias psíquicas de la satisfacción y pudimos introducir nuestra segunda hipótesis: la acumulación de la excitación, según ciertas modalidades de las que no vamos a hablar aquí, es sentida como *displacer* y provoca la actividad del aparato repitiendo la experiencia de satisfacción, que implicaba una disminución de la excitación que era experimentada como *placer*. Llamamos deseo a esta corriente del aparato psíquico que va desde el *displacer* al *placer*; hemos dicho que sólo un deseo podía poner el aparato en movimiento y que el curso de la excitación en él era automáticamente regulado por la percepción del *placer* y del *displacer*.

Si la fuerza pulsional se desprende de cantidades de excitación acumuladas

provenientes de diferentes lugares del cuerpo, su funcionamiento no obedece exclusivamente a una causalidad psicofísica, la de los principios de inercia y de constancia, sino que obedece a una causalidad fundamentalmente psíquica, la del principio del placer-displacer. No se trata ya de desplazar sumas de excitación para tender hacia su nivel más bajo en el aparato psíquico, sino de repetir indefinidamente, y por todas las vías posibles, experiencias psíquicas de satisfacción acompañadas de un estado de placer. Vemos la distancia existente entre el modelo psicofísico articulado alrededor del paradigma de la excitación y el modelo psíquico centrado en el nuevo concepto de pulsión. Los Tres ensayos sobre la teoría sexual, publicados por primera vez en 1905, aportarán a este nuevo concepto toda la riqueza de contenidos y la complejidad de estructura que permitirán sustentar su definición conceptual y operativa. Descubrimos que la pulsión debe ser concebida como un sistema complejo y no como un objeto elemental. La pulsión es un sistema complejo porque integra excitaciones sexuales provenientes de diferentes lugares del cuerpo y de diferentes tiempos de la historia del sujeto. Y que se muestra al análisis como un montaje de pulsiones elementales que Freud llama pulsiones parciales, susceptibles de seguir una doble corriente, la de composición y ensamblaje o la de descomposición y fragmentación.

Si ellas son accesibles al análisis -a la descomposición-, es necesario que tengan la naturaleza de un ensamblaje. Ello nos indica que la pulsión sexual misma no puede estar hecha de una sola pieza sino que se ensambla a partir de componentes que se desprenden de nuevo de ella en las perversiones. La clínica atrae nuestra atención sobre las fusiones que no se ven en la uniformidad de la conducta normal.

Pero lo que, en definitiva, permite pensar la pulsión como un sistema complejo es la riqueza y la variedad de sus fuentes y sus relaciones profundas no solamente en el espacio del cuerpo, sino también en el tiempo de la historia. Para Freud, las fuentes de la pulsión se sitúan en el cuerpo. En el cuerpo, allí donde se desarrollan los procesos vitales elementales. Hasta el punto de que utiliza un criterio de demarcación química para diferenciar los dos tipos principales de pulsiones: las pulsiones sexuales y las pulsiones del Yo. Cada uno de estos dos grupos de pulsiones dependerá de una química específica.

Según otra hipótesis provisional de la teoría de las pulsiones, que no podemos eludir, los órganos del cuerpo liberan excitaciones de dos clases que se diferencian en función de su naturaleza química. Calificaremos una de estas clases de excitación como específicamente sexual y el órgano correspondiente de «zona erógena» de la pulsión sexual parcial de la que surge... No es fácil justificar aquí estas hipótesis sacadas del estudio de una cierta clase de afecciones neuróticas. Pero, por otra parte, se hace imposible decir cualquier cosa válida sobre las pulsiones si nos abstenemos de evocar estas presuposiciones.

Para las pulsiones sexuales, la excitación puede provenir de fuentes somáticas

primarias o secundarias, las primeras son las zonas erógenas situadas en ciertos lugares de la piel o de las mucosas y cuya propiedad erógena puede extenderse a todos los órganos internos, ya que «amplias reflexiones y los resultados de otras observaciones conducen a atribuir a todas las partes del cuerpo y a todos los órganos internos la cualidad de zona erógena». Las segundas están ligadas a la coexcitación sexual porque

hay en el organismo dispositivos que hacen que la excitación sexual surja como efecto secundario en un gran número de procesos internos por poco que la intensidad de estos procesos haya sobrepasado ciertos límites cuantitativos. Lo que llamamos las pulsiones parciales de la sexualidad derivan directamente de sus fuentes internas de la excitación sexual, o se ensamblan a partir de elementos provenientes de sus fuentes y de zonas erógenas. Puede ser que nada importante ocurra en el organismo sin proporcionar su contribución a la excitación de la pulsión sexual.

Esta concepción multifocal de la pulsión sexual contribuye a dar a la sexualidad un papel primordial en el proceso psíquico, en su génesis, en su desarrollo y en su funcionamiento.

La pulsión sexual se convierte en el nuevo operador de la integración psicosomática. El terreno psíquico y el somático están articulados en profundidad por vínculos complejos, a la vez geográficos e históricos, alrededor del eje de la sexualidad representada conceptualmente por las pulsiones sexuales. Hasta aquí la excitación sexual representaba el agente del vínculo somatopsíquico en la coherencia del modelo psicofísico. Recorría un trayecto que la conducía desde el terreno somático al psíquico mediante el franqueo de resistencias en la frontera somatopsíquica. Allí se ligaba a las representaciones inconscientes proporcionándoles la energía psíquica que necesitan para su funcionamiento. En adelante, la excitación sexual no representa más que la materia prima de la pulsión, es la marca de sus orígenes somáticos y la heredera de una larga evolución orgánica. Desde el punto de vista conceptual, la excitación pertenece a una fase anterior de la evolución del pensamiento teórico. Un concepto nuevo de pulsión comienza a hacerse cargo del conjunto de la inteligibilidad psicosomática. Cuando la excitación operaba como agente del vínculo somatopsíquico, en la primera versión del modelo teórico, se podía reconocer implícitamente detrás del concepto de excitación una cartografía anatómica de las vías nerviosas por donde circulaba. Con la pulsión, que se convierte en el nuevo operador de la integración psicosomática, desaparecen las referencias antiguas a la anatomía y a la fisiología. Queda toda una red de relaciones orgánicas y funcionales entre el fondo de excitaciones y la pulsión, que Freud quiso clarificar en 1915 en su ensayo de síntesis «Pulsiones y destino de las pulsiones».

Si, situándonos desde un punto de vista biológico, consideramos ahora la vida psíquica, el concepto de «pulsión» aparece como un concepto límite entre lo psíquico y lo somático, como el representante psíquico de las excitaciones surgidas del interior del cuerpo y que alcanzan el psiquismo,

como una medida de la exigencia del trabajo que se le impone al psiquismo como consecuencia de su vínculo con lo corporal.

Esta definición del concepto de pulsión corona un largo proceso de elaboración teórica. Se la encuentra casi idéntica en su formulación en la edición de 1915 de los Tres ensayos sobre la teoría sexual.

Por «pulsión», en primer lugar, no podemos designar otra cosa que la representación psíquica de una fuente endosomática de estimulación, que transcurre de manera continua, por oposición a la «estimulación», producida por excitaciones esporádicas y externas. La pulsión es pues uno de los conceptos de la demarcación entre lo psíquico y lo somático. La hipótesis más simple y más cómoda sobre la naturaleza de las pulsiones sería que ellas no poseen ninguna cualidad por sí mismas, pero que no deben ser consideradas más que como medida del trabajo exigido a la vida psíquica.

Esta definición metapsicológica del concepto de pulsión contiene principalmente cuatro datos teóricos que tienen todos un sesgo psicosomático. El primero de ellos es la ubicación de la vida psíquica en el interior de la evolución biológica. Ya que, para definir el concepto de pulsión, Freud se siente obligado a situarlo en un marco que sobrepasa el funcionamiento psíquico y que sitúa a éste como una fase de la evolución de lo vivo. Desde el punto de vista conceptual, la pulsión emergería así de la excitación en el curso de la evolución del pensamiento teórico, como la vida psíquica emerge de la vida orgánica en el curso de la evolución de lo vivo. El segundo dato teórico es la noción de representatividad psíquica. Excitación y pulsión entablan juntas relaciones a través de la función de representación. La pulsión tendrá el papel de representante psíquico de las excitaciones somáticas. Vemos aquí la distancia con el viejo modelo psicofísico que hacía penetrar en el psiquismo la excitación sexual salida del cuerpo, para proporcionar a las representaciones su monto de energía. Con la función de representatividad psíquica de las excitaciones endosomáticas, la pulsión adquiere un estatuto nuevo que, al mismo tiempo, la diferencia cualitativamente de la excitación y, a la vez, aleja a ésta de su esfera de influencia psíquica. Desde la fuente al fin, la pulsión sigue un trayecto somatopsíquico que no reposa ya sobre una figuración neurofisiológica. Este trayecto somatopsíquico se funda en una nueva función emergente, la de la representatividad psíquica de una fuente somática de excitación. «Por "fuente de la pulsión" se entiende el proceso somático que se localiza en un órgano o una parte del cuerpo y cuya excitación está representada en la vida psíquica por la pulsión.» El tercer dato teórico contenido en la definición de 1915 es la noción de trabajo. Se trata aquí del trabajo que se desarrolla en el seno del aparato psíquico, así como de la puesta en marcha de este mismo aparato. La noción de trabajo es indisociable de la de fuerza pulsional. Desde el principio de su reflexión psicoanalítica sobre la estructura de las neurosis, Freud necesitó siempre poner como necesario, en su andamiaje teórico, el recurrir a la representación auxiliar de una fuerza que liga los procesos somáticos a los procesos psíquicos. En 1894, concluía su ensayo «Las psiconeurosis de defensa» mencionando una nueva hipótesis,

la representación que hay que distinguir en las funciones psíquicas es algo (quantum de afecto, suma de excitaciones) que tiene todos los caracteres de una cantidad -aunque no poseamos ningún medio para medirla-, algo que es capaz de aumentar, de disminuir, de desplazarse y de descargarse, y que se extiende sobre las huellas mnésicas de las representaciones, un poco como una carga eléctrica sobre la superficie del cuerpo.

En 1900, en el capítulo 7 de *La interpretación de los sueños*, Freud confía al deseo inconsciente e infantil el papel de poner a trabajar el aparato psíquico. Veamos, «dijimos que sólo un deseo podía poner el aparato en movimiento y que el curso de la excitación estaba automáticamente regulado por la percepción del placer y del displacer». En 1915, en «Pulsiones y destino de las pulsiones», Freud define el empuje de una pulsión como «el factor motor de ésta, la suma de fuerza o la medida de exigencia de trabajo que representa. El carácter "empujador" es una propiedad general de las pulsiones incluso su esencia. Toda pulsión es un fragmento de actividad». Vemos que la noción de trabajo impuesta al psiquismo contiene toda la variedad y la complejidad de sus lazos con el soma. Porque la fuerza pulsional de donde resulta la exigencia del trabajo impuesta al psiquismo es al mismo tiempo la firma de su origen somático. Mediante la medida del trabajo, que pone continuamente en marcha, el funcionamiento psíquico abraza los movimientos del cuerpo, traduciéndolos al lenguaje de las representaciones. El último dato teórico contenido en la definición del concepto de pulsión es al mismo tiempo el más enigmático. Es el dato que hace de la pulsión un concepto límite o «uno de los conceptos de la demarcación entre lo psíquico y lo somático». La pulsión es designada conceptualmente como el eslabón intermediario entre el terreno psíquico y el somático. Está en el límite de uno y de otro, en esta zona fronteriza que vio emerger, a lo largo de la evolución de lo humano, la vida psíquica a partir de la actividad cerebral. Ella es al mismo tiempo el signo de la demarcación entre el terreno psíquico y el somático y el de su difícil integración. Es en definitiva la razón por la que se anudan y desanudan los lazos psicosomáticos.

¿Qué cambios produce la evolución teórica de la representación del funcionamiento psíquico a los dos modelos psicosomáticos fundamentales: el modelo de la histeria y el de la neurosis de angustia? Porque el pasaje de la fase de evolución teórica dominada por el paradigma de la excitación al que ve emerger el nuevo concepto organizador de pulsión, este pasaje es también el de la liberación de una actitud psíquica respecto a una causalidad fisiológica que tiene una pesada herencia histórica. Pero la separación del campo de la causalidad orgánica no significa un abandono. Es más bien una actitud psíquica de emancipación que conserva todo el valor de la esfera de influencia del terreno orgánico, pero en formas radicalmente nuevas que emanan de transformaciones procesales somatopsíquicas. El concepto de pulsión se convierte en el representante del conjunto de estas transformaciones evolutivas. Es también el representante de las conquistas del psicoanálisis por las que el campo de la causalidad fisiológica se encontró cada vez más reprimido, mientras que el de la causalidad psíquica crecía regularmente. En un texto de 1913, «El interés del psicoanálisis», Freud expresa estos cambios epistemológicos mostrando la

ganancia de sentido y de inteligibilidad de los fenómenos mentales a los que ellos le condujeron:

Hay un gran número de manifestaciones mímicas y vocales como formaciones de pensamiento -en los hombres normales y en los enfermos- que hasta ahora no han sido objeto de psicología, porque sólo se veían como una consecuencia de una alteración orgánica o de un déficit anormal en la función del aparato psíquico. Pienso en los actos fallidos, en las acciones fortuitas y en los sueños del hombre normal, en los ataques convulsivos, delirios, visiones, ideas y acciones compulsivas en los neuróticos. Se asignaban estos fenómenos, en la medida en que no pasaban desapercibidos como los actos fallidos en general, a la patología y se esforzaban en darles explicaciones fisiológicas que, a la hora actual, no fueron satisfactorias en ningún caso. Al contrario, el psicoanálisis consiguió demostrar que todas estas cosas podían ser inteligibles mediante suposiciones de naturaleza puramente psicológica, y ordenadas en el encadenamiento del acontecer psíquico de todos conocido. Así, el psicoanálisis restringió por un lado el modo de pensamiento fisiológico y, por otro, conquistó un gran fragmento de la patología en beneficio de la psicología.

El enriquecimiento del modelo de la histeria es ejemplar en el cambio de actitud psíquica e intelectual de Freud respecto a los objetos de análisis. Hasta aquí el modelo o la ficción teórica que utilizaba Freud para representarse la estructura de las psiconeurosis reposaba en su totalidad sobre una hipótesis principal y una hipótesis secundaria. Las dos hipótesis que fundamentan este modelo de tipo 1 son de naturaleza psicofísica. La hipótesis principal es una presuposición según la cual el aparato psíquico en su funcionamiento habitual debe conservar constante una cierta suma de excitaciones. Esta hipótesis supone que el aparato psíquico sea capaz de controlar las excitaciones que provienen tanto del interior como del exterior del organismo. Esto se enuncia claramente en el texto de 1892, «Para una teoría del ataque histérico»: «El sistema nervioso se esfuerza por mantener constante en sus relaciones funcionales algo que se puede llamar "suma de excitaciones" y satisface la condición de la salud liquidando por asociación o descargando por reacción motriz correspondiente todo aumento sensible de excitaciones.» La hipótesis secundaria es la idea según la cual existe en el funcionamiento psíquico un elemento de movilidad, el quantum de afectos, cuyos movimientos de aumento, de disminución o de desplazamiento dan nacimiento a la variedad de las figuras normales y patológicas en la vida psíquica. Esta hipótesis es enunciada claramente en 1894 en el ensayo sobre las psiconeurosis de defensa:

En la representación que hay que distinguir en las funciones psíquicas, algo (quantum de afectos, suma de excitaciones) que tiene todos los caracteres de una cantidad -aunque no poseamos ningún medio para medirla-, algo que es capaz de aumento, de disminución, de desplazamiento y de descarga, y que se extiende sobre las huellas mnésicas de las representaciones, un poco como una carga eléctrica sobre la superficie de los

cuerpos.

De la estructura de este modelo se desprenden dos consecuencias que abren la puerta a la comprensión de la formación de los síntomas histéricos. La primera de estas consecuencias es que las formaciones sintomáticas, en la histeria, deben ser interpretadas como sucedáneos o sustitutos de formaciones psíquicas normales. Aquí, por razones determinadas, estas formaciones normales, es decir, complejos de representaciones y de afectos, no pueden conformarse al principio de constancia (hipótesis principal); entonces el funcionamiento psíquico cogerá vías secundarias y patológicas para conseguir el resultado prescrito por este principio. Esta primera consecuencia es de naturaleza económica y ve en el síntoma histérico el retorno de una experiencia traumática. La segunda de las consecuencias es que las formaciones sintomáticas en la histeria deben ser interpretadas como el retorno, bajo una forma diferente a la psíquica, de un recuerdo. El síntoma histérico es portador del rango de símbolo mnésico. Lo que la memoria no consiguió hacer llegar a la conciencia, lo delega al síntoma histérico. «El contenido constante y esencial de un ataque histérico (que retorna) es el retorno de un estado psíquico que el enfermo ya vivió anteriormente, en otras palabras, el retorno de un recuerdo.» Pero, en realidad, lo que se ha dicho hasta aquí concierne al conjunto de los síntomas psiconeuróticos. Porque la especificidad de la histeria reposa en la capacidad de conversión. Y, hasta 1896, «una parte importante de la disposición a la histeria (disposición por otro lado aún desconocida) reside en la aptitud psicofísica para transportar grandes sumas de excitaciones a la inervación corporal». La referencia a la hipótesis secundaria relativa a la movilidad del elemento afectivo en la vida psíquica permite sólo representarse las vías específicas que conducen a los síntomas de la conversión histérica. Pero hay que decir que aquí reside el punto débil del modelo de la histeria. La «disposición» a la histeria contiene aún demasiadas referencias a las concepciones neurológicas del pasado. La idea de la transposición de una suma de excitaciones del inconsciente psíquico hacia la inervación corporal permanece siendo enigmática, envuelta en un misterio que hay que elucidar. Lo que falta al modelo de la histeria para hacerlo más inteligible en la complejidad de su funcionamiento y de su estructura es una nueva concepción de la sexualidad y una profundización del conocimiento del inconsciente psíquico. Habrá que pasar por el análisis de las formaciones oníricas para volver después al funcionamiento de la histeria y a la formación de sus síntomas. Solamente así podrán ser pensadas modificaciones profundas en la estructura del modelo de la histeria.

El descubrimiento de las fantasías durante la primavera de 1897 se semeja, en Freud, al de una nueva galaxia en el universo. Las fantasías son producciones del inconsciente psíquico. Son formaciones psíquicas complejas cuyas relaciones con los recuerdos, a su vez inconscientes, de escenas traumáticas vividas durante la primera infancia deben ser ante todo clarificadas. Ya que, para la comprensión de la estructura de la histeria, habría que precisar si las fantasías sustituyen, pura y simplemente, a los recuerdos de las escenas vividas o si anudan con ellos relaciones a determinar. En un primer momento, Freud conserva lo antiguo y lo nuevo y les hace coexistir en un mismo espacio conceptual. En su Manuscrito L, de 2 de mayo de 1897, dirigido a

Fliess, escribe sobre el tema de la estructura de la histeria:

El fin parece ser el volver a las escenas primitivas. Se consigue a veces directamente pero, en ciertos casos, hay que tomar prestadas vías desviadas pasando por las fantasías. Estas últimas edifican defensas psíquicas contra el retorno de esos recuerdos que también tienen la misión de purificar y sublimar. Elaboradas a partir de cosas escuchadas que no son utilizadas más que a posteriori (après coup), combinan los incidentes vividos, los relatos de hechos pasados (concerniendo la historia de los padres o de los antepasados) y las cosas vistas por el propio sujeto. Se refieren a las cosas escuchadas como los sueños se refieren a las cosas vistas.

Esta cita puede relacionarse con otra extraída de La interpretación de los sueños: «El estudio de las psiconeurosis nos conduce a un sorprendente descubrimiento: estas fantasías, estos sueños diurnos son los pródromos inmediatos de los síntomas histéricos al menos de un gran número de ellos; los síntomas histéricos no se relacionan con los propios recuerdos, sino con las fantasías construidas sobre ellos.» Aquí vemos de nuevo repetirse un mismo proceso de pensamiento en Freud: el pasado se conserva, pero se reprime y se recubre por lo nuevo, igual que, en la evolución de lo vivo, las fases antiguas de vida orgánica son recubiertas por fases nuevas que emergen a partir de ellas. A lo largo de esta primera etapa, después de su descubrimiento, la fantasía se posiciona como una pantalla protectora respecto a escenas traumáticas vividas. Aporta pues un elemento de complicación suplementario en el funcionamiento del inconsciente psíquico. Pero no lo transforma aún en su naturaleza, en su esencia. El primer indicio en el camino de la revolución conceptual que Freud operará en el conocimiento del inconsciente psíquico figura en la carta de 21 de septiembre de 1897 dirigida a Fliess en la que le comunica el abandono de su neurótica: «En tercer lugar, la convicción de que no existe en el inconsciente ningún "indicio de realidad" de tal manera que es imposible distinguir una de otra, la verdad y la ficción investidas de afectos.» Esta convicción se convertirá casi quince años después en un carácter constitutivo del inconsciente psíquico. Es formulada claramente en el texto de 1911, «Formulaciones sobre los dos principios del curso de los acontecimientos psíquicos»:

El carácter más desconcertante de los procesos inconscientes (reprimidos), al que los investigadores no se acostumbran más que superando grandes repugnancias, se debe a que en estos procesos la prueba de realidad no es válida, la realidad de pensar equivale a la realidad exterior, el deseo a su realización, al acontecimiento; éste proviene directamente del dominio del viejo principio del placer. Por eso es tan difícil distinguir entre fantasías inconscientes y recuerdos inconscientes. Pero no dejemos nunca arrastrarnos a introducir el patrón de la realidad en las formaciones psíquicas reprimidas; correríamos entonces el riesgo de subestimar el valor de las fantasías en la formación de los síntomas, invocando precisamente que no son realidades, o haríamos derivar desde otro origen un sentimiento de culpa neurótica porque no se puede probar la existencia de un crimen realmente cometido. Tenemos

la obligación de servirnos de la moneda en curso en el país que exploramos - en nuestro caso, la moneda neurótica-.

La revolución conceptual es la idea de que el inconsciente es un sistema psíquico que no reposa más que sobre el principio del placer. Para llegar a esta nueva concepción del inconsciente psíquico hay que modificar la estructura del modelo de la histeria. Hay que pasar de un modelo de tipo 1 a un modelo de tipo 2. Hay que añadir a la hipótesis principal, el principio de constancia, que es de naturaleza psicofísica, otra hipótesis principal, ésta de naturaleza puramente psíquica, el principio del placer-displacer. Esta hipótesis enuncia que el curso de los acontecimientos psíquicos está regido por el principio del placer, es decir, que se regula automáticamente mediante las sensaciones de la serie placer-displacer. También según esta hipótesis, la sensación de displacer equivale a un aumento de la excitación en el seno del aparato psíquico, mientras que la sensación de placer está en relación con una disminución de ésta. Si la definición del deseo, dada por Freud en el capítulo 7 de *La interpretación de los sueños*, es este proceso que conduce del displacer al placer, entonces el funcionamiento elemental del sistema inconsciente es el cumplimiento de los deseos. El inconsciente no es simplemente una propiedad del ser psíquico, es otra manera del ser psíquico con sus propias reglas de funcionamiento y su finalidad, que es el cumplimiento del deseo.

El nuevo modelo de la histeria reposa sobre una concepción del inconsciente que le designa un lugar psíquico que tiene sus propias reglas de funcionamiento, el proceso primario, y una fuerza motriz que deriva de las pulsiones sexuales. Ya que existen, entre ambos tipos de formaciones psíquicas inconscientes, que son las fantasías y las pulsiones, relaciones íntimas representando los dos polos de una pareja metapsicológica cuyo dinamismo es el garante del funcionamiento del sistema inconsciente.

La fantasía inconsciente tiene una muy importante relación con la vida sexual de la persona; es, en efecto, idéntica a la fantasía de la que ésta se sirvió durante un período de masturbación para obtener la satisfacción sexual. El acto masturbatorio (en el sentido más amplio: onanista) se compone entonces de dos elementos: la evocación de la fantasía y, en el punto culminante de ésta, el comportamiento activo buscando la autosatisfacción. Esta composición sabemos que es de hecho una soldadura. En su origen, la actividad es una práctica puramente autoerótica para obtener la prima de placer a partir de una zona corporal determinada que hay que calificar de erógena. Más tarde, esta actividad se fusiona con una representación del deseo proveniente del terreno del amor de objeto y sirve a la realización parcial de la situación en la que esta fantasía culmina. Cuando después, la persona renuncia a este tipo de satisfacción masturbatoria fantasmática, la actividad se abandona mientras que la fantasía pasa de consciente a ser inconsciente.

Esta cita está sacada del texto de 1908, «Las fantasías histéricas y sus relaciones

con la bisexualidad». Este texto representa, para la comprensión de la estructura histérica, la máxima culminación posible en la elaboración de su modelo teórico. Freud introduce aquí «una serie de fórmulas que tratan de explicitar progresivamente la naturaleza de los síntomas histéricos. No se contradicen entre ellas pero, por un lado, corresponden a concepciones que van completándose y precisándose y, por otro lado, corresponden a la aplicación de puntos de vista diferentes». Como suele ser costumbre en su manera de pensar, Freud reunió a lo largo de una escala evolutiva las diferentes concepciones nacidas del proceso de teorización y que corresponden cada una de ellas a una época de la representación teórica de la histeria. Todas se conservan y el conjunto forma un andamiaje conceptual reuniendo, bajo una forma estratificada, todas las capas teóricas, desde las más antiguas hasta las más recientes. Las dos primeras fórmulas son al mismo tiempo las más antiguas en los procesos de elaboración teórica, y las que permitieron una primera representación de la estructura de la histeria. Ellas corresponden a la primera versión del modelo de la histeria. Las cuatro fórmulas siguientes son el producto de las transformaciones profundas que tuvieron lugar en la representación del aparato psíquico en relación con el nuevo concepto de pulsión. El síntoma histérico ya no es concebido como el representante simbólico del recuerdo de una experiencia vivida que retorna de esta manera figurada. Es

la expresión de un cumplimiento del deseo..., la realización de una fantasía inconsciente que sirve al cumplimiento del deseo..., una parte de la vida sexual de la persona (correspondiente a uno de los componentes de su pulsión sexual)... Corresponde, finalmente, al retorno de un modo de satisfacción sexual que fue real en la vida infantil y que desde entonces ha sido reprimido.

Las tres últimas fórmulas vuelven aún más complejo el esquema conceptual. Introducen una conflictividad en el centro mismo de los procesos inconscientes. La séptima fórmula señala la conflictividad entre las reivindicaciones de la sexualidad y las del Yo y da a los síntomas histéricos el estatuto de un compromiso entre fuerzas pulsionales inconscientes opuestas. «El síntoma histérico surge como un compromiso entre dos mociones de afecto o mociones pulsionales opuestas en la que una se esfuerza en dar expresión a una pulsión parcial, o componente de la constitución sexual, mientras la otra se esfuerza en reprimir la primera.» La fórmula octava afirma la polivalencia de las significaciones condensadas en el síntoma histérico y, al mismo tiempo, la primacía de la significación sexual. Por último, la fórmula novena, la más reciente en el proceso de pensamiento de Freud, hace del síntoma histérico «la expresión, por un lado, de una fantasía sexual inconsciente masculina y, de otro, de una fantasía sexual inconsciente femenina».

Cada fórmula en un punto del esquema puede leerse como una etapa preparatoria a la fase teórica siguiente. De manera que este esquema representa el estado más completo de complejidad que se pueda concebir en el funcionamiento de la histeria. Se puede decir que en quince años, entre 1893 y 1908, el modelo de la histeria se enriqueció considerablemente. Este enriquecimiento puede leerse inmediatamente,

como acabamos de ver, por la inteligibilidad de los procesos psíquicos en la histeria. Para la inteligibilidad de sus procesos somáticos, queda por clarificar, en teoría, la cuestión de la conversión. Para que el salto desde lo psíquico hasta lo somático se vuelva comprensible hace falta algo más que la idea de transposición de una cantidad de excitaciones del terreno psíquico hacia la invasión corporal, como lo afirmaba el modelo psicofísico de la histeria. Es necesario que emerja en el terreno del saber psicoanalítico una nueva concepción de la sexualidad que permita pensar la variedad de sus fuentes, sus objetos, sus fines, su desarrollo desde la infancia hasta la edad adulta y sus desviaciones y anomalías. Se necesita una verdadera teoría de las pulsiones. La cuestión de la conversión supone clarificar previamente la cuestión de la constitución sexual individual, es decir, la cuestión de la historia sexual infantil del sujeto. Para Freud, el pasado es siempre un tiempo preparatorio para el futuro. Una anticipación del futuro. Los síntomas histéricos se forman en un lugar del cuerpo donde anteriormente, en una época previa de la historia del sujeto, la función sexual estaba investida de actividad. Este período ya pasó. La actividad sexual cesó desde hace tiempo, pero el síntoma histérico queda como el testigo de este pasado infantil.

Así, las fantasías inconscientes constituyen el estado psíquico que precede inmediatamente toda una serie de síntomas histéricos. Los síntomas histéricos no son otra cosa que las fantasías inconscientes que encuentran mediante la «conversión» una forma figurada y, como síntomas somáticos, a menudo son prestados del terreno de las mismas sensaciones sexuales y de las mismas invasiones motoras que, en su origen, habían acompañado la fantasía cuando era aún consciente. Así, la pérdida de las costumbres onanistas se encuentra de hecho anulada y el fin último de todo el proceso patológico -restablecer la satisfacción sexual primaria de antaño- se alcanza entonces, aunque nunca de una manera completa, sino sólo aproximada.

Resumiendo, el síntoma histérico se formó mediante la soldadura de una antigua actividad sexual somática y de una nueva actividad psíquica inconsciente.

Si el modelo de la histeria es considerablemente enriquecido sobre el plano conceptual y teórico dando de su estructura una representación de una gran complejidad psicosomática, el modelo de la neurosis de angustia no siguió el mismo trayecto teórico. Parece más bien que entre 1895, fecha del ensayo sobre la neurosis de angustia, y 1915, fecha de la gran síntesis metapsicológica, los fundamentos conceptuales del modelo no solamente permanecieron iguales, sino que fueron confirmados con fuerza y convicción. La convicción de Freud para las neurosis actuales en general, y que no cesó de expresar desde comienzos de los años 1890, reposa sobre las líneas de fuerza: su origen en un proceso orgánico y la ausencia, en su modo de funcionamiento, de un proceso psíquico analizable. Desde 1895, enunció a propósito de la neurosis de angustia la fórmula según la cual «la angustia sería en general una libido desviada de su uso». Esta fórmula, por su concisión y su simplicidad, revela la convicción, que se formó muy pronto en Freud, de que las formaciones sintomáticas en las neurosis actuales debían ser exclusivamente buscadas en las transformaciones de procesos somáticos. En su carta de 1 de marzo

de 1896 a Fliess, da a esta convicción una figuración precisa en términos fisiológicos: «Es ahora cuando comienzo a comprender la neurosis de angustia; el período menstrual es su prototipo fisiológico, constituye un estado tóxico con un proceso orgánico en su base.» En 1905, en un escrito sintético, «Mis opiniones sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis», la metáfora tóxica se refuerza y se amplía:

La semejanza de las neurosis [se entiende: las neurosis actuales] con los fenómenos de intoxicación y de abstinencia después del uso de ciertos alcaloides, y con las enfermedades de Basedow y de Addison, se impone clínicamente sin discusión, y al igual que no se pueden describir estas dos últimas enfermedades como «enfermedades nerviosas», pronto, quizás, deberíamos, a pesar de su denominación, hacer salir de esta categoría las verdaderas «neurosis».

Finalmente, en 1912, en sus conclusiones en relación a la discusión sobre el onanismo en la Asociación Psicoanalítica de Viena, Freud afirma claramente: «No veo nada que pueda obligarnos a renunciar a la distinción entre neurosis actuales y psiconeurosis y no puedo concebir la génesis de los síntomas en las primeras de otra manera que como tóxico.» Un poco más lejos en el mismo texto, confirma sus opiniones iniciales sobre la ausencia de un mecanismo psíquico identificable y analizable en las neurosis actuales, lo que tiene como consecuencia inmediata el interpretar de una manera diferente los síntomas corporales de la histeria y los síntomas somáticos de la neurosis actual.

Lo esencial de mis teorías, antaño avanzadas y defendidas hoy, sobre las neurosis actuales, reside en la afirmación, apoyada sobre la experimentación, de que sus síntomas no se dejan descomponer analíticamente como los síntomas psiconeuróticos. Así pues el estreñimiento, la cefalea, la fatiga de los que se llaman neurasténicos, no autorizan una explicación histórica o simbólica que los lleve a experiencias en las que ellas actuarían, cuando no se dejan interpretar como satisfacciones sustitutivas sexuales, como compromisos de mociones pulsionales opuestas, contrariamente a los síntomas psiconeuróticos (incluso eventualmente aunque parezcan ser de la misma naturaleza que ellas). No creo que se consiga derrocar esta tesis con la ayuda del psicoanálisis.

La regla de la demarcación entre los síntomas histéricos y los síntomas funcionales de la neurosis actual no será nunca desmentida por Freud. Constituirá, para la mayoría de las corrientes psicoanalíticas de la psicosomática, uno de los principales pilares de su andamiaje teórico.

Bajo la denominación conceptual de la pulsión, el nuevo operador del vínculo psicosomático, el modelo de la neurosis de angustia, alcanza su más alto nivel de elaboración teórica volviendo inteligible no solamente el síntoma de la angustia, sino también los síntomas somáticos de tipo funcional. En 1910, Freud publica «La

perturbación psicógena de la visión en la concepción psicoanalítica». Este texto puede considerarse como la introducción oficial a la psicopatología psicoanalítica. A partir de la presentación del síntoma de la ceguera histérica, Freud va a establecer los fundamentos psicoanalíticos de la formación de los síntomas del cuerpo, justificando la primera de las grandes separaciones psicopatológicas, la que opone los síntomas de conversión histérica a los síntomas funcionales. El texto es de una gran densidad teórica y condensa de manera apretada y sintética un gran número de propuestas que fueron elaboradas en textos anteriores y, en particular, en los Tres ensayos sobre la teoría sexual en 1905. La demostración de Freud está dominada por la teoría de las pulsiones. Porque, si el marco general de la formación de los síntomas histéricos, (dominado por la imposibilidad de conciliar ciertas representaciones sexuales y el Yo, y la represión de estas últimas en el inconsciente psíquico), si se conserva teóricamente, es sujeto al funcionamiento de las pulsiones.

Estamos prestando atención a la importancia de las pulsiones para la vida representativa; la experiencia nos ha enseñado que cada pulsión busca imponerse dando vida a las representaciones conformes a sus fines. Estas pulsiones no se concilian siempre entre ellas; entran a menudo en conflicto de intereses; las oposiciones entre las representaciones no son sino la expresión de los combates entre las diferentes pulsiones.

La teoría ha postulado recientemente la existencia de dos grandes grupos de pulsiones: las pulsiones sexuales y las pulsiones de autoconservación. Freud busca atraer nuestra atención sobre las consecuencias de una desunión entre los dos grupos de pulsiones en el seno de la economía individual. Se trata cada vez de una oposición entre las reivindicaciones de la sexualidad y las que aseguran la conservación del Yo. La sexualidad no puede concebirse más como una función semejante a otras funciones orgánicas. Ella es un universo relativamente autónomo y su unión con el conjunto de la economía del sujeto pasa por una evolución complicada y cargada de riesgos y restricciones. Para Freud, la neurosis es una situación ejemplar de desunión de la sexualidad y la autoconservación y de oposición entre las fuerzas pulsionales sexuales y las fuerzas pulsionales del Yo. Esta idea se expresó con mucha claridad en 1913 en «El interés del psicoanálisis».

El caso concebible teóricamente, donde los intereses de estas tendencias sexuales no coinciden con los de la autoconservación individual, parece expresarse en el grupo mórbido de las neurosis, ya que la última fórmula que proporcionó el psicoanálisis sobre la naturaleza de las neurosis tiene el siguiente supuesto: el conflicto originario a partir del que se producen las neurosis es el conflicto entre las pulsiones que conservan el Yo y las pulsiones sexuales. Las neurosis experimentan un desbordamiento más o menos completo del Yo por la sexualidad, después que la tentativa del Yo de reprimir la sexualidad ha fracasado.

Luego de haber situado la forma general del conflicto psíquico en los términos del lenguaje de las pulsiones, Freud desplaza hacia el terreno del órgano las

condiciones del conflicto pulsional. Sabemos desde 1905 que ciertas zonas de la piel y de las mucosas alcanzan la categoría de zonas erógenas, y que, por ello, se convierten para un cierto número de pulsiones parciales de la sexualidad en fuentes somáticas. Pero también sabemos que Freud extendió esta propiedad de erogeneidad al conjunto de los órganos del cuerpo. A partir de aquí, el órgano puede pensarse como un lugar donde se afrontan las reivindicaciones de la sexualidad y las de la autoconservación. «De una manera general, son los mismos órganos y los mismos sistemas de órgano los que están a disposición de las pulsiones sexuales y de las pulsiones del Yo.» Esta idea reposa en la noción de apuntalamiento de las pulsiones sexuales sobre las funciones de autoconservación, a partir de lo cual es posible figurarse una reciprocidad de las vías de circulación entre las funciones fisiológicas que tienen que ver con un sistema de órgano y la sexualidad. En 1905, en el segundo de los Tres ensayos sobre la teoría sexual.- «La sexualidad infantil», Freud escribía que

una buena parte de la sintomatología de las neurosis, que hice proceder de perturbaciones de los procesos sexuales, se manifiesta bajo la forma de alteraciones de las otras funciones corporales no sexuales, y este efecto, hasta ahora incomprensible, se vuelve menos enigmático desde que no constituye sino la contrapartida de las influencias que rigen la producción de la excitación sexual.

Vemos aquí que las funciones somáticas poseen la propiedad de establecer relaciones tanto con las pulsiones de autoconservación como con las pulsiones sexuales. A partir de aquí Freud enuncia un principio que con razón se puede considerar como la primera ley de funcionamiento psicosomático en la concepción psicoanalítica: «Cuanto más íntima es la relación que un órgano dotado de esta función bilateral contrae con una de las grandes pulsiones, más rechazará a la otra.» Esta ley psicosomática pone en escena tres actores: la sexualidad, el órgano o el sistema de órgano y la autoconservación. Distribuye las relaciones entre los diferentes actores y presupone un cierto grado de unión o de desunión entre las dos grandes pulsiones. Vemos que «este principio conduce obligatoriamente a consecuencias patológicas si las dos pulsiones fundamentales se desunen, si se produce una represión del Yo contra la pulsión sexual parcial concernida». Lo que destaca aquí Freud es el conflicto pulsional, desuniendo los intereses de la sexualidad de los de la autoconservación en el seno de la economía individual, lo que conlleva inmediatamente a modificaciones en las relaciones del órgano con las dos grandes pulsiones y, en consecuencia, acaba formando síntomas somáticos. Este es el tronco común en el proceso psicosomático. A partir de aquí se opera la bifurcación hacia la formación de síntomas de conversión histérica o de síntomas funcionales. Siempre es la existencia y la calidad del mecanismo psíquico lo que determina la elección tanto del destino sintomático como de la modalidad del funcionamiento neurótico.

La propuesta más fundamental que Freud ha podido pensar y enunciar en relación con las neurosis actuales es la de su origen en los procesos orgánicos. Pero siempre tenemos que recordar que la concepción que tenía Freud del conjunto de las

afecciones neuróticas es una concepción unitaria en lo que concierne a su etiología última. Ésta es orgánica y reside en las alteraciones de los procesos sexuales. Esta propuesta es válida en Freud tanto para las neurosis actuales como para las psiconeurosis de defensa. Porque, recordémoslo una vez más, la diferencia entre la estructura de las neurosis actuales y la de las psiconeurosis de defensa no reside en sus fundamentos, que para las dos son orgánicos, sino que depende de la evolución somatopsíquica individual de donde resulta o no el desarrollo de un proceso psíquico.

Si tenemos en cuenta lo que hemos aprendido mediante el psicoanálisis, hay que decir que la naturaleza de estas afecciones (las psiconeurosis) reside en alteraciones de los procesos sexuales, estos procesos en el organismo que determinan la formación y la utilización de la libido sexual. No podemos evitar el representarnos en último lugar estos procesos como químicos, aunque podríamos en las neurosis actuales reconocer los efectos somáticos de las alteraciones del metabolismo sexual y en las psiconeurosis sus efectos psíquicos.

Estas líneas, extraídas del texto de 1905 «Mis opiniones sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis», confirman un punto de vista recurrente en Freud, en su concepción de las neurosis. Aquí llegamos al punto más avanzado, desde el plano teórico, la representación etiopatogénica de la formación de los síntomas somáticos tanto psicógenos como funcionales en la concepción psicoanalítica. Esta representación teórica puede enunciarse así: todo aumento de la libido que no se utiliza tiene como efecto el producir alteraciones de las funciones de autoconservación. Estas alteraciones pueden tomar la forma de síntomas de conversión histérica si el aumento de libido no utilizada resulta de un mecanismo psíquico y de la represión de ciertas pulsiones parciales de la sexualidad. Estas alteraciones, en cambio, pueden tomar la forma de síntomas funcionales si el proceso sexual somático es interrumpido antes de su despliegue en el psiquismo, en razón de circunstancias psíquicas determinadas.

Así el psicoanálisis está dispuesto a acordar, incluso a postular que todas las alteraciones funcionales de la visión no pueden ser psicógenas como las que vienen de la represión de la escotofilia erótica. Si un órgano que sirve a las dos pulsiones intensifica su papel erógeno, generalmente podemos esperar que eso no pasará 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 sirve normalmente a la percepción sensorial, conducirse claramente como un órgano genital luego de haberse elevado su rol erógeno, no consideraremos tampoco como algo increíble la existencia en él de modificaciones tóxicas. Para las dos clases de alteraciones funcionales que resultan de una intensificación de la significación erógena, tanto las de origen fisiológico como las de origen tóxico, deberíamos, a falta de la existencia de un término mejor, conservar el antiguo e inadecuado nombre de alteraciones «neuróticas».

Si resumimos las condiciones teóricas en el fundamento del modelo psicosomático que resulta de la concepción psicoanalítica de las neurosis en Freud, tenemos que señalar tres puntos principales: el primero es el reconocimiento del conflicto pulsional que opone la sexualidad a la autoconservación, el factor patógeno que resulta de este conflicto es la desunión de la libido y las funciones de autoconservación. El segundo punto afecta a la naturaleza misma de la libido desunida. Todo ocurre como si la libido desunida contuviera un factor de nocividad interna capaz de actuar sobre los órganos y sistemas de órganos alterando su funcionamiento. Según Freud, la naturaleza de estas alteraciones orgánicas puede ser, según los casos, simbólica, fisiopatológica o tóxica. El tercer punto concierne a las relaciones en el interior del campo de las neurosis entre la estructura psicosomática de las neurosis actuales y la de las psiconeurosis de defensa. Según el modelo psicosomático, las dos especies de síntomas somáticos, histéricos y funcionales, tienen entre ellas las mismas relaciones y en particular las mismas diferencias que las dos estructuras, neurótica actual y psiconeurótica. «De una manera general, las alteraciones neuróticas de la visión están en igual relación con las alteraciones psicógenas como las neurosis actuales con las psiconeurosis; las alteraciones psicógenas de la visión no podrán, por así decirlo, producirse nunca sin alteraciones neuróticas, pero estas últimas podrán producirse sin las primeras.»

«La perturbación psicógena de la visión en la concepción psicoanalítica» termina con una invitación a la investigación psicosomática. En realidad para Freud se trata de invitar a la investigación de los procesos orgánicos a partir del psicoanálisis de las alteraciones somáticas. Porque Freud estaba convencido de que el estudio de las neurosis actuales podía dar acceso a la comprensión de los procesos sexuales. Si el término y la noción misma de «psicosomática» no pertenecen al idioma de Freud, el de «procesos orgánicos» está en su base, es decir, en el origen de sus elaboraciones teóricas. De la misma manera que las relaciones entre el proceso orgánico y el proceso psíquico caminan juntas a lo largo de una evolución histórica siguiendo las vías que presta la sexualidad. En el momento de la gran síntesis metapsicológica de 1915, la concepción psicosomática que podemos extraer del conjunto de los trabajos de Freud es indisociable del psicoanálisis de las neurosis y, al mismo tiempo, se arraiga profundamente en la evolución biológica.

Se ha dicho y remarcado que toda la concepción psicosomática que surge del psicoanálisis de Freud reposa sobre las relaciones de estructura y de funcionamiento entre la neurosis de angustia y la neurosis histérica, entre las neurosis actuales y las neurosis de defensa. Ninguna otra noción que la de «complacencia somática» es apta para representar este punto de vista. Se trata de una representación teórica deliberadamente provisional, vaga, y que tiene las propiedades de metáfora antropomórfica. Como si los órganos pudieran complacerse en albergar en su espacio material, deseos y pensamientos inconscientes con el fin de encontrar momentáneamente una solución a un conflicto psíquico. Si la noción de «complacencia somática» de los órganos conserva huellas de viejas nociones de predisposición neuropática, de inestabilidad nerviosa o de estado hipnoide, para Freud reposita en realidad sobre un marco teórico muy preciso, el de la constitución

sexual. Aquí de nuevo, no se trata de buscar detrás de la constitución sexual individual vagas nociones del terreno o de la herencia familiar. Se trata más bien de descomponer la historia sexual infantil del sujeto en sus diferentes componentes o pulsiones parciales, para separar aquellas que, en el curso del desarrollo sexual, fijaron por sus investiduras repetidas ciertas zonas erógenas del cuerpo o de las mucosas o ciertos órganos, volviéndolos disponibles para acoger más tarde procesos psíquicos inconscientes. La noción de complacencia somática sirvió inicialmente de modelo para representar el salto de lo psíquico hacia lo somático en la histeria. Los «Fragmentos de un análisis de histeria (Dora)», publicados en 1905, ofrecieron a Freud los materiales psíquicos a partir de los que pudo ilustrar y elaborar la noción de complacencia somática.

Recordemos aquí que nos hemos preguntado a menudo si los síntomas de la histeria eran de origen psíquico o somático. Una vez admitido el origen psíquico, podemos de nuevo preguntarnos si todos los síntomas de la histeria están necesariamente determinados psíquicamente. Esta cuestión, como tantas otras que los investigadores asiduos se esfuerzan por responder en vano, está mal planteada. La verdadera situación no está contenida en esta alternativa. Hasta donde yo puedo ver, todo síntoma histérico tiene necesidad de aportaciones de ambos lados. No puede producirse sin una cierta complacencia somática que se manifiesta por un proceso normal o patológico en o sobre un órgano del cuerpo. Este proceso no se produce más que una vez -mientras que la facultad de repetición forma parte del carácter del síntoma histérico- si no tiene significación psíquica, de sentido. Este sentido, el síntoma histérico no lo tiene de entrada, le es conferido, está en cierta manera soldado a él, y puede ser diferente en cada caso, según la naturaleza de los pensamientos refrenados que tratan de expresarse.

Esta cita muestra la postura psicoanalítica de Freud frente a la cuestión psicosomática. En primer lugar, rechaza dejarse encerrar en una alternativa teórica en cuanto a la etiología de los síntomas histéricos, alternativa que considera como una aporía. Como es su costumbre, cada vez que se encuentra frente a un impasse teórico, Freud cambia la manera de interrogar los objetos de análisis. No se trata ya de saber si el síntoma histérico es de origen psíquico o somático. Situándose teóricamente de otra manera, Freud ve en adelante el síntoma histérico como enlazado a la vez a un proceso orgánico y a un proceso psíquico: «Todo síntoma histérico tiene necesidad de aportaciones de ambos lados.» Hay en esta propuesta nuevamente psicosomática algo que es una constante en el pensamiento de Freud, y que tiene que ver con la permanencia del conflicto y de la contradicción en todos los procesos de lo vivo, tanto en el nivel orgánico como en el psíquico. Recordemos que en *La interpretación de los sueños*, la proposición según la cual todo sueño es un cumplimiento de deseo es inmediatamente completada por la de que todo sueño cumple dos deseos: el deseo inconsciente, de origen sexual e infantil, y el deseo de dormir que surge del Yo. Según el mismo modelo, los síntomas psiconeuróticos están por naturaleza sobredeterminados, y dan cuenta de un compromiso entre las fantasías sexuales inconscientes y las reivindicaciones del Yo. El síntoma corporal histérico está pues

sostenido del lado somático y del lado psíquico. Pero hay que entender que estos vínculos no son simétricos. Son históricamente asimétricos. Corresponden a tiempos diferentes de inscripción en la historia del sujeto. Ya que, en las relaciones psicosomáticas, tal como están representadas en esta concepción freudiana de la complacencia somática, es siempre la inscripción orgánica la primera. La inscripción psíquica viene siempre en segundo lugar. Es la que aporta el sentido. «Este sentido, el síntoma histérico no lo tiene de entrada, le es conferido, en cierta manera está soldado a él.» La representación teórica del síntoma corporal que se construye poco a poco en la histeria toma la forma de un montaje cuyos fundamentos o niveles inferiores están habitados por procesos orgánicos, mientras que la superestructura o niveles superiores lo son por procesos psíquicos y significantes. La noción de complacencia somática busca entonces traducir en el lenguaje de la teoría esta sensibilidad específica de un órgano adquirida a lo largo del tiempo y de la historia al contacto con experiencias orgánicas y sexuales, y que lo vuelve apto para ser prestado a los procesos psíquicos inconscientes y servirles de figuración simbólica a través de los síntomas histéricos. La actividad sostenida de un componente de la sexualidad infantil sobre una zona erógena o un órgano se convierte así en la condición de una complacencia somática ulterior para este órgano o esta zona erógena. Es lo que Freud califica de elementos de la constitución sexual individual.

En 1915 se concluye una larga fase de elaboración de la teoría psicoanalítica. Esta fase está dominada por el primado de lo pulsional en la base de los procesos psíquicos, pero también, como acabamos de ver, a través de la elaboración de los modelos de la histeria y de la neurosis de angustia, en el fundamento de los procesos psicosomáticos. El modelo psicosomático culmina en la metáfora del grano de arena y de la perla. Esta metáfora representa el conjunto estratificado de las múltiples determinaciones que concurren en la formación de los síntomas somáticos, desde lo más orgánico a lo más simbólico. Reposa sobre la concepción de una evolución de lo vivo de donde emergen secundariamente los procesos psíquicos a partir de los procesos orgánicos. En el análisis de Dora, Freud esboza una síntesis del conjunto de las determinaciones que el psicoanálisis pudo extraer para explicar los accesos de tos y de ronquera de la paciente.

En lo más profundo de la estratificación, hay que admitir una real irritación orgánica que provoca la tos, semejante a ese grano de arena alrededor del cual las ostras forman la perla. Esta irritación es susceptible de fijación, ya que concierne una región del cuerpo que guardó un grado muy elevado de zona erógena en la joven. Esta irritación puede pues proporcionar un modo de expresión a la libido despertada.

La metáfora del grano de arena y de la perla permite pensar las relaciones de estructura y de funcionamiento entre la neurosis de angustia y la neurosis histérica y, más generalmente, entre las neurosis actuales y las neurosis de defensa. En el lenguaje de la metáfora, el grano de arena representa la neurosis de angustia y la perla, la histeria. En las relaciones entre neurosis de angustia e histeria hay una referencia axial al tiempo que sitúa la primera como una fase inferior de la evolución

psíquica y la segunda como una fase superior de esta misma evolución. Al invertir el eje del tiempo, podemos considerar que el modo de funcionamiento de la neurosis actual representa el punto de culminación de una desorganización psíquica, mientras que el de la psiconeurosis de defensa representaría el estado de pleno empleo psíquico.

La categoría de la repetición

En el curso de las jornadas del 28 al 29 de septiembre de 1918, tuvo lugar en Budapest el V Congreso Internacional de Psicoanálisis. El tema escogido fue el de las neurosis de guerra. A partir de diversas contribuciones de Ferenczi, Abraham, Simmel y Jones, Freud escribió una introducción al psicoanálisis de las neurosis de guerra. Sin embargo, las neurosis de guerra plantean un problema al modelo psicoanalítico de las neurosis. Durante veinticinco años, Freud elaboró este modelo sobre la base de un conflicto entre los intereses de la sexualidad y los del Yo. Con las neurosis de guerra, hay que convenir que el conflicto sexual no es inmediatamente legible. Por el contrario, para Freud un conflicto en el seno del Yo puede ser definido claramente. «Las neurosis de guerra, siendo que se distinguen por propiedades específicas de las neurosis banales del tiempo de paz, deben concebirse como neurosis traumáticas que fueron posibles o fueron favorecidas por un conflicto del Yo.» Este conflicto en el interior del Yo opone intereses contradictorios. Unos del tiempo de paz y otros desencadenados por la nueva situación de la guerra. La naturaleza de este conflicto interno del Yo fue precisada por Freud en el marco de un informe pericial que escribió sobre el tratamiento eléctrico de las neurosis de guerra para defender al profesor Wagner-Jauregg, acusado de haber empleado métodos terapéuticos bárbaros con pacientes afectados de neurosis de guerra.

Se derivó fácilmente como primera causa de todas las neurosis de guerra, la tendencia inconsciente en el enfermo a sustraerse a las exigencias del servicio de guerra, llena de peligros o escándalos para el sentimiento. Miedo angustiado por su propia vida, oposición contra la misión de matar a otros hombres, rebeldía contra la represión brutal de su propia personalidad por los superiores, fueron las fuentes de afecto más importantes donde se alimentó la tendencia a huir de la guerra... Las mociones de afecto, que se oponían contra el servicio de guerra y les empujaban a la enfermedad, actuaban en ellos sin que fueran conscientes. Estas mociones permanecían inconscientes porque había otros motivos: ambición, autoestima, amor a la patria, costumbre a la obediencia, ser ejemplo para los otros y, en primer lugar, las alteraciones, hasta que llegada una ocasión propicia, estos motivos sean enterrados por otros inconscientemente activos.

Vemos claramente que el conflicto en el interior del Yo, y desencadenado por la situación de guerra, presenta para el sujeto retos narcisistas fundamentales. En su esfuerzo de ordenamiento clínico y nosológico, Freud aproxima las neurosis de guerra a las neurosis traumáticas y las opone a las neurosis de defensa. El segundo nivel de esta clarificación nosológica conduce a integrar el grupo de las neurosis traumáticas en el vasto conjunto de las neurosis narcisistas. Hay que señalar aquí la aproximación, que no es evidente, entre las neurosis traumáticas y las psicosis. Esta aproximación está justificada no por la similitud de los cuadros clínicos, sino por la naturaleza de los conflictos pulsionales que ponen en juego las investiduras

narcisistas del sujeto. Por su pertenencia al grupo de las neurosis narcisistas, las neurosis traumáticas se oponen así por su estructura pulsional a las neurosis de transferencia.

Solamente por el establecimiento y el manejo del concepto de «libido narcisista», es decir, de una cantidad de energía sexual ligada al Yo mismo y no satisfecha como lo hace habitualmente en el objeto, se consigue extender la teoría de la libido incluso a las neurosis narcisistas, y este desarrollo ulterior, totalmente legítimo del concepto de sexualidad, promete realizar para estas neurosis más graves y para las psicosis todo lo que se puede esperar de una teoría que progresa empíricamente por tanteos. La neurosis traumática (de paz) se insertará también en este conjunto, una vez que las investigaciones sobre las indudables relaciones que existen entre terror, angustia y libido narcisista hayan llegado a una comprensión.

A lo largo de este proceso de elaboración teórica de la posguerra y con motivo de una reflexión sobre las neurosis de guerra, aparece todo un abanico de nuevas relaciones entre las diferentes representaciones de la psicopatología. Así, las neurosis de defensa se ven en adelante opuestas a las neurosis narcisistas, es decir, a las psicosis. Por su lado, las neurosis traumáticas, del tiempo de guerra y de paz, se acercan a las neurosis narcisistas, es decir, a las psicosis. Y por ello son opuestas a las neurosis de defensa. En el curso de esta redistribución nosológica, fundada sobre criterios metapsicológicos, nada se menciona acerca de la antigua oposición de las neurosis actuales a las psiconeurosis de defensa, oposición por la que las relaciones recíprocas entre las dos entidades habían fundado la concepción psicosomática que se puede deducir del modelo freudiano. En 1919 durante la discusión sobre las neurosis de guerra, el acercamiento de las neurosis actuales y las neurosis traumáticas no es aún explícitamente pensado. Pero ya se siente que una nueva concepción teórica está desarrollándose y que subsumirá a las antiguas neurosis actuales bajo la categoría de las neurosis traumáticas. Lo traumático se convierte en una nueva clave de lectura para el análisis de los acontecimientos metapsicológicos, pero no se trata ya de los traumatismos sexuales que los primeros trabajos de Freud habían establecido como objetos de represión y fuente de los síntomas neuróticos; se trata de otra cosa distinta: se trata de un estado del Yo dominado por el factor cuantitativo y obligado a reacciones apropiadas para asegurar su supervivencia. De pronto, Freud, siguiendo el nuevo hilo rojo de lo traumático, busca reunir en el terreno de la teoría lo que había opuesto:

En las neurosis traumáticas y las neurosis de guerra, el Yo del hombre se defiende contra un peligro que le amenaza desde el exterior o que, mediante una modificación del Yo, va incluso a tomar cuerpo en él; en las neurosis de transferencia del tiempo de paz, el Yo ve en su libido el enemigo cuyas reivindicaciones le parecen amenazadoras. En ambos casos el Yo tiene miedo de ser dañado: aquí por la libido, allá por las violencias externas. Más aún, podríamos decir que en las neurosis de guerra, a diferencia de las neurosis traumáticas puras y por comparación con las neurosis de

transferencia, lo que da miedo es desde luego un enemigo interior. Las dificultades teóricas que obstaculizan esta concepción unificadora no parecen insuperables; se puede con toda la razón considerar la represión que está en la base de toda neurosis como una reacción a un traumatismo, como una neurosis traumática elemental.

Un nuevo modelo de representación teórica del curso de los acontecimientos psíquicos está indudablemente desarrollándose en el trabajo de pensamiento de Freud. Este trabajo reposa sobre la noción de estado traumático del funcionamiento psíquico y desde el punto de vista económico tiene un lugar cada vez más importante en el análisis metapsicológico.

La XXXII «Conferencia de Introducción al Psicoanálisis», publicada en 1932 se titula «Angustia y vida pulsional». El tema de la angustia había sido ya tratado por Freud en 1917, a lo largo de sus primeras conferencias de introducción al psicoanálisis. Durante los quince años que separan estas dos conferencias sobre la angustia, vemos el camino teórico recorrido por Freud, en particular el lugar que reserva en su análisis a la dimensión de lo traumático en la vida psíquica. En 1917, la angustia se define como un estado afectivo que reproduce un antiguo acontecimiento que contiene una amenaza de peligro. Ella nace a partir de una libido no utilizada proveniente de procesos somáticos, o de procesos psíquicos que hacen intervenir el mecanismo de la represión. Encontramos aquí, en el plano clínico y sintomático, las dos cualidades de la angustia que reposan en la bipartición entre las neurosis actuales y las neurosis de defensa. En 1917, lo que domina en el análisis de la angustia son los puntos de vista tópico y dinámico. En 1932, la representación teórica de la angustia sufrió transformaciones profundas. Primero desde el punto de vista tópico: la angustia ya no es concebida como procedente directamente de transformaciones de la libido. En adelante es el Yo quien representa el único lugar donde reside la angustia. Es también el lugar donde se produce y se manifiesta. Desde el punto de vista dinámico después: la antigua fórmula, según la cual la represión crea la angustia, es invertida y, en adelante, es la angustia la que se convierte en el motivo inmediato de la represión. Finalmente, desde el punto de vista histórico,

podemos decir que a cada edad del desarrollo se le atribuye como siendo adecuada una condición de angustia determinada y también una situación de peligro particular. El peligro del estado de impotencia para ayudarse a sí mismo (Hiflosigkeit) concuerda con el estado de inmadurez del Yo en su primera época, el peligro de la pérdida de objeto (pérdida del amor) concuerda con la falta de independencia de los primeros años de la infancia, el peligro de castración a la fase fálica y, finalmente, la angustia ante el Superyo, que ocupa un lugar particular, al período de latencia. En el curso del desarrollo, las antiguas condiciones de la angustia deberían desaparecer, ya que las situaciones de peligro correspondientes están devaluadas por el fortalecimiento del Yo. Pero es así de una manera muy imperfecta.

La innovación más importante que figura en el nuevo modelo de la angustia

reside en la concepción de un Yo capaz de producir intencionalmente una señal de angustia cada vez que identifica el inicio de una situación de peligro. La producción de la señal de angustia está ligada a investiduras de ensayo que despiertan inmediatamente el automatismo del principio del placer-displacer y, en definitiva, ponen en marcha el mecanismo de la represión. «Cuanto más el desarrollo de la angustia puede limitarse a una simple señal, más consagra el Yo energía a las reacciones de defensa, que equivalen a un vínculo psíquico con lo reprimido, y más el proceso se aproxima también a una elaboración normal, sin llegar, sin embargo, a alcanzarla.» Pero, al contrario, si el desarrollo de la angustia supera los límites de una señal, entonces el Yo presenta todas las condiciones para ser invadido por el afecto de la angustia y debe poner en marcha otros procedimientos para protegerse. Constatamos que estamos en presencia de un Yo con modalidades de tratamiento diferentes frente a las situaciones de peligro. Y vemos que estas diferencias, en las modalidades de funcionamiento psíquico, frente a las situaciones de peligro, pueden ser conducidas a variaciones de tipo económico. Para Freud, las situaciones históricas generadoras de angustia tienen su calidad de peligrosidad por el hecho de que contienen todas un factor traumático. Es decir, un factor de orden económico en el seno del funcionamiento psíquico cuya característica fundamental es la de hacer fracasar el principio de placer.

Lo esencial en el nacimiento, como en toda situación de peligro, es que provoca en la vivencia psíquica un estado de excitación y de tensión que es vivido como displacer y que no se puede controlar mediante una descarga. Si llamamos factor traumático a un estado como éste, ante el cual los esfuerzos del principio del placer fracasan, llegamos... a esta propuesta simple: lo que se teme, el objeto de la angustia, es la aparición de un factor traumático que no puede liquidarse según la norma del principio del placer.

El modelo económico que se desarrolla así, delante de nuestros ojos, pone el acento en el estado de desarrollo del Yo, su nivel de organización y su riqueza en capacidad psíquica. Porque, si ante una situación de peligro actual, los desarrollos de angustia en estado bruto repiten las antiguas situaciones primitivas de peligro y el estado de inmadurez del Yo, frente a ellas, al contrario, la producción de una señal de angustia por el Yo es el testimonio de un nivel de organización que se enriqueció durante el desarrollo individual y se equipó de medios económicos capaces de volverle más resistente, tanto frente a las reivindicaciones pulsionales como frente al mundo exterior. Siguiendo una clave de lectura económica y colocándose en la perspectiva de una modalidad de funcionamiento psíquico dominado por lo traumático, Freud, en su discusión sobre la angustia, consigue definir dos cualidades del afecto de la misma: la angustia señal de peligro y la angustia automática. Lo que confiere un gran valor a esta distinción es que estas dos cualidades de la angustia así definidas corresponden a dos modalidades de funcionamiento psíquico radicalmente diferentes desde el punto de vista de su valor económico. La angustia señal de peligro es la manifestación de un Yo que adquirió a lo largo de su desarrollo individual los medios para funcionar según la norma del principio del placer-displacer. La angustia automática repite, de manera idéntica, las reacciones del Yo frente a las antiguas

situaciones de peligro. Es el testigo de un estado traumático del Yo, incapaz de respetar las normas de funcionamiento del principio de placer-displacer y obligado a funcionar con otros procedimientos antitraumáticos.

Las primeras represiones, las represiones originarias, se constituyen directamente en el encuentro del Yo con una reivindicación libidinal excesiva surgida de factores traumáticos; ellas forman su angustia de una nueva manera, siguiendo ciertamente el modelo del nacimiento. Puede ocurrir lo mismo en el desarrollo de la angustia en la neurosis de angustia debida a una lesión somática de la función sexual. No afirmaremos que es la libido misma la que se transforma en angustia. Pero no veo objeción a un doble origen de la angustia, tanto como consecuencia directa del factor traumático, tanto como señal que indica que existe una amenaza de reaparición de ese factor.

Vemos aquí reintroducida la neurosis de angustia, esta vez en una relación directa con el factor traumático. También vemos que a partir de un análisis del síntoma de la angustia, según criterios económicos, reaparece la oposición entre neurosis actual y neurosis de defensa. Finalmente, vemos que se establece conceptualmente la comparación entre neurosis actual y neurosis traumática.

En lo sucesivo, ¿el factor traumático el que opera como criterio de demarcación entre las neurosis actuales y las psiconeurosis de defensa. Porque de la importancia del factor traumático depende en adelante el modo fundamental de funcionamiento psíquico. Freud separa claramente la modalidad de funcionamiento psíquico regido por el principio de placer-displacer de la modalidad que escapa a su jurisdicción. La primera es la marca de la psiconeurosis de defensa; la segunda, la de la neurosis actual. Desde el inicio de la construcción del andamiaje teórico del psicoanálisis, la oposición entre neurosis actual y psiconeurosis de defensa nunca cesó de figurar como una constante. Hasta aquí, lo que oponía las dos estructuras era la existencia o no de un proceso psíquico inconsciente; la existencia o no de dinamismo y riqueza de su inconsciente psíquico. Para diferenciar y oponer los dos modelos, el de la neurosis actual y el de la psiconeurosis de defensa, Freud había privilegiado los puntos de vista tópico y dinámico.

En 1926, en su ensayo Inhibición, síntoma y angustia, Freud opone claramente las neurosis actuales a las psiconeurosis de defensa sobre la base de criterios económicos.

Aquí, de nuevo, hay que distinguir los dos casos siguientes: aquel donde algo se produce en el Ello que activa en el Yo una de las situaciones de peligro y, por ello, le invita a dar la señal de angustia buscando la inhibición; y el caso en el que la situación análoga al traumatismo del nacimiento al instaurarse en el Ello da lugar a que la reacción de angustia se produzca automáticamente. Podemos comparar estos dos casos señalando que el segundo corresponde a la situación de peligro primera, originaria, y el

primero a una de las formas derivadas ulteriormente de esta primera situación. Dicho de otra manera, si llevamos esta distinción a las afecciones efectivamente observadas, el segundo caso ocurre en la etiología de las neurosis actuales, siendo el primero característico para las psiconeurosis.

Lo que aquí se establece, entre la estructura neurótica actual y la estructura psiconeurótica, es una diferencia en profundidad que afecta a la naturaleza misma del psiquismo en una u otra organización psicopatológica. Si la dimensión traumática se convierte en una parte constitutiva de la estructura neurótica actual, las relaciones entre neurosis actual y psiconeurosis de defensa conservan las elaboraciones teóricas primeras, su vínculo con la historia, porque el pasaje de la forma traumática actual a la forma psiconeurótica representa una transformación económica que tiene «el valor de un primer e importante progreso, en las disposiciones tomadas con el fin de asegurar la autoconservación. Al mismo tiempo ella implica el pasaje de una angustia producida como una manifestación cada vez nueva, involuntaria, automática, a una angustia que se reproduce intencionadamente como señal de peligro». La metáfora de la perla y el grano de arena conserva aquí todo su poder evocador, si queremos considerar el grano de arena como el representante del núcleo traumático que yace en el fondo de toda vida psíquica y la perla como el representante de las transformaciones económicas de donde emergió la superestructura psiconeurótica. Pero el grano de arena puede crecer y multiplicarse e imponer al conjunto de la vida psíquica una modalidad de funcionamiento regida por el orden de lo traumático. Es lo que ocurre en las neurosis actuales.

La neurosis traumática está en el centro de la revisión pulsional emprendida por Freud en 1920. Gracias a ella el psicoanálisis descubrió e introdujo, en su representación teórica del aparato psíquico, un nuevo principio del curso de los acontecimientos psíquicos: la compulsión de repetición. Hasta aquí, Freud había hecho reposar el conjunto de la concepción psicoanalítica de la vida psíquica sobre dos hipótesis fundamentales. La primera, de origen psicofísico, es el principio de constancia; la segunda, de origen psicológico, es el principio del placer-displacer. La discusión sobre los fenómenos traumáticos desemboca en 1920 en la definición de un nuevo principio, la compulsión de repetición, que actúa en el fondo de la vida psíquica independientemente del principio del placer. Es el reconocimiento de su carácter pulsional lo que ha conducido a Freud a las transformaciones profundas de su teoría de las pulsiones. «Más allá del principio del placer» (1920) comienza con el recuerdo clínico de las manifestaciones de la neurosis traumática. Freud enuncia de entrada dos propuestas de un alcance teórico considerable. La primera sitúa, en una relación de exclusión mutua, el afecto de angustia y la constitución de la neurosis traumática. «No creo que la angustia pueda engendrar una neurosis traumática; hay en la angustia algo que protege contra el terror y por ende también contra la neurosis de pavor.» La segunda proposición se refiere a la repetición en los sueños de la experiencia traumática de la víspera. «Si no queremos que los sueños de la neurosis de accidente vengán a perturbar nuestra tesis de la tendencia del sueño a cumplir el deseo, nos queda quizás el recurso de decir que, en esta afección, la función del sueño, como muchas otras cosas, está trastornada y desviada de sus fines.» La

repetición del sueño de la neurosis traumática, a la que se asocian otras observaciones de fenómenos de repetición, como los juegos infantiles o las manifestaciones de la transferencia en la cura, conduce a postular la existencia en la vida psíquica de una compulsión de repetición. Pero, lo más importante, es la relación que la compulsión de repetición tiene con el principio del placer, cuya jurisdicción, hasta ahora, era reconocida como aplicada a todos los acontecimientos psíquicos. Entonces, lo que hace fracasar al principio del placer es el factor traumático. Por eso sólo el factor traumático puede dar y volver a dar vida a la compulsión de repetición que, de esta manera, «nos aparece como más originaria, más elemental, más pulsional que el principio del placer al que desplaza». Porque la función de la compulsión de repetición, más fundamental y más vital que la del principio del placer, reside en la tarea de controlar las excitaciones y de liquidarlas y no únicamente de rebajar el nivel para que aparezcan las sensaciones de placer. Pero, según los términos del nuevo modelo económico, existe una anterioridad de la compulsión de repetición respecto al principio del placer en el que ella es conducida a preparar el gobierno del curso de los acontecimientos psíquicos. Para Freud, las relaciones entre compulsión de repetición y principio del placer se desprenden del nivel general de investidura en el seno del aparato psíquico. Cuando el funcionamiento psíquico se sitúa en un alto nivel de investidura está habitualmente regido por el automatismo del principio de placer-displacer y se muestra apto para producir una señal de angustia ante toda situación de peligro. Cuando el funcionamiento psíquico se sitúa en un nivel bajo de investidura, en general, es vulnerable a los factores traumáticos y es conducido a someterse a la compulsión de repetición. Estas dos condiciones económicas del funcionamiento psíquico representan una nueva versión de la oposición entre neurosis actual y psiconeurosis de defensa.

Hemos dicho que la concepción psicósomática, que surge de la representación teórica que Freud construyó del funcionamiento psíquico, estaba enteramente contenida en las relaciones internas entre neurosis actual y psiconeurosis de defensa. Esta concepción está figurada en la metáfora de la perla y el grano de arena. A partir de 1920, la reescritura de los modelos neuróticos, sobre la base de criterios económicos, lleva a diferenciar, más aún a oponer, dos regímenes de funcionamiento psíquico: uno obedece al principio del placer, el otro obedece a un principio situado más allá del principio del placer, la compulsión de repetición. El primero está en juego en las psiconeurosis de defensa, el segundo en las neurosis traumáticas actuales. Si pasamos ahora de los principios de funcionamiento a las fuerzas pulsionales que los sostienen, siguiendo la línea teórica de Freud, llegamos a tener que reconocer que detrás de la compulsión de repetición existe una pulsión de destrucción o de muerte, mientras que detrás del principio del placer actúan pulsiones sexuales o eróticas. La revisión pulsional a la que conduce el examen de los procesos situados más allá del principio del placer desemboca en la definición de una nueva oposición pulsional, la de las pulsiones eróticas con las pulsiones de muerte. Si las primeras son definidas por sus efectos de acrecentamiento y de unificación de las formaciones psíquicas, las segundas se definen por sus efectos de desintegración de lo vivo. Dicho de otra manera, las pulsiones eróticas elevan regularmente el nivel general de investidura en el seno del aparato psíquico, mientras que la actividad de la

pulsión de muerte tiene por efecto reducir en él el conjunto de las investiduras.

Todas las mociones pulsionales que podemos estudiar consisten en mezclar o ligar los dos tipos de pulsiones. Naturalmente en las relaciones de mezcla más variadas. Son las pulsiones eróticas las que introducirían en la mezcla la diversidad de su fin sexual, mientras que las otras no admitirían más que atenuaciones y graduaciones decrecientes en su monótona tendencia. Desde esta hipótesis hemos abierto la perspectiva a investigaciones que podrán revestir un día una gran importancia para la comprensión de los procesos patológicos. Ya que estas mezclas pueden también disgregarse y se puede esperar de tales desuniones de pulsiones las más graves consecuencias para la función.

Esta puntualización extraída de la XXXII Conferencia de Introducción al Psicoanálisis, «Angustia y vida pulsional», nos recuerda este hecho fundamental de que en la vida psíquica las dos pulsiones operan juntas en proporciones de intrincación o desintrincación variables. Pero también nos alerta sobre las consecuencias para la vida orgánica de una desunión pulsional.

Al hilo de la evolución del pensamiento teórico de Freud, la concepción psicoanalítica de las relaciones entre lo somático y lo psíquico se transformó en la huella de la evolución conceptual del psicoanálisis y, al mismo tiempo, permaneció fiel a sus presupuestos fundamentales. A partir del pensamiento de Freud, se puede definir un modelo psicoanalítico de la psicopatología que reposa sobre fundamentos permanentes de orden conceptual que se declinan en varias versiones correspondientes cada una a la prevalencia de un punto de vista teórico, y que están ligados a las fases de la evolución teórica de Freud. La permanencia del modelo freudiano de la psicopatología reposa sobre dos concepciones fundamentales. La primera concierne a la vida pulsional, la segunda a las relaciones de estructura y de funcionamiento entre las diferentes familias de neurosis. Las pulsiones son los operadores de la estructura psicopatológica. Son a la vez la firma de lo orgánico y de lo psíquico. Pues aseguran permanentemente el vínculo somatopsíquico por vías que se originan en la geografía del cuerpo y confluyen hacia el psiquismo. En la trayectoria de su evolución somatopsíquica, pueden surgir acontecimientos que las desvíen de su fin. De aquí se desprende toda la variedad de las condiciones pulsionales que organizan la estructura psicopatológica individual. La segunda concepción fundamental, sobre la que reposa el modelo freudiano de la psicopatología y a la que Freud fue siempre fiel a lo largo de su evolución teórica, es la oposición entre la familia de las neurosis actuales y la de las psiconeurosis de defensa. Esta oposición está fundada no solamente en criterios clínicos y nosológicos, sino también en criterios de estructura y de funcionamiento. Pero lo que oculta esta oposición es la concepción de un proceso transformacional de orden psíquico que representa la estructura psiconeurótica respecto a la estructura neurótica actual. En suma, Freud siempre consideró que las transformaciones que realiza el funcionamiento psiconeurótico son el testimonio de un progreso en el desarrollo psíquico. Este valor añadido en el trabajo psíquico, del lado de la estructura psiconeurótica, está

representado en un primer tiempo, por la existencia de un mecanismo psíquico y, en un segundo tiempo, por la calidad y el nivel general de las inversiones en el seno del aparato psíquico.

El modelo freudiano de la psicopatología se declina en dos versiones principales. Una está dominada por el punto de vista tópico-dinámico, la otra, por el punto de vista económico. Si estas dos escrituras del modelo se completan necesariamente, están al mismo tiempo ligadas a la prevalencia de un punto de vista teórico correspondiente a una fase de la evolución del pensamiento de Freud. La primera versión del modelo permite separar en el interior del terreno de los síntomas del cuerpo los que pertenecen a las formaciones histéricas de los que se llaman síntomas funcionales. Esta diferenciación psicopatológica surge del reconocimiento o no en el paciente de un proceso psíquico inconsciente. Éste supone la existencia de un conflicto psíquico, la puesta en marcha del mecanismo de represión y un inconsciente psíquico apto para las operaciones de simbolización. Si el diagnóstico del síntoma histérico supone que se cumplan las condiciones que vuelven posible un proceso psíquico inconsciente, el diagnóstico del síntoma funcional implica la existencia de acontecimientos que interrumpieron la corriente sexual hacia su desarrollo psíquico. Pero lo que enuncia sobre todo el modelo, en su primera versión, es que las dos especies de síntomas, histéricos y funcionales, proceden de la economía de las pulsiones sexuales.

La segunda versión del modelo freudiano de la psicopatología extiende muy sensiblemente los límites de la inteligibilidad de los fenómenos psicopatológicos. A los síntomas histéricos y funcionales, el modelo en su segunda versión permite integrar las enfermedades orgánicas. Éste reposa en una evaluación económica de los sistemas psíquicos y en la apreciación de la calidad y del nivel general de las inversiones. Porque lo que busca prevenir el modelo en su variante económica es la manera en la que el aparato psíquico se comporta frente a los factores traumáticos. Desde este punto de vista, las antiguas neurosis actuales se comportan como las neurosis traumáticas. Su débil nivel de inversión y la falta de preparación de sus sistemas psíquicos para reaccionar frente a las situaciones traumáticas, mediante la producción de una señal de angustia, las coloca en un régimen de funcionamiento que ya no está gobernado por el principio del placer-displacer, sino por la compulsión de repetición cuya tarea exclusiva es la de controlar las excitaciones. Esta coyuntura económica lleva en sí misma las condiciones del desarrollo de un proceso psíquico que puede acabar en una enfermedad orgánica. Pero lo que enuncia sobre todo el modelo en su segunda versión es que las enfermedades orgánicas están influenciadas tanto en su génesis como en su evolución por la economía de las pulsiones de destrucción.

En la concepción freudiana de la vida pulsional, las pulsiones actúan de ordinario intrincadas, juntas en el seno de una mezcla. Los síntomas histéricos y funcionales, por un lado, y los procesos psíquicos frente al desarrollo de una enfermedad orgánica, por otro lado, parecen requerir, como condición inicial de su formación, una desunión de las pulsiones. Desunión entre las pulsiones sexuales y la autoconservación para la formación de los síntomas histéricos y funcionales de una parte. Desunión entre las pulsiones de vida y las pulsiones de destrucción para la alteración de las grandes

funciones orgánicas de otra. Aquí tocamos probablemente una de las propiedades más fundamentales de la integración de la vida psíquica con la vida orgánica. Si las pulsiones son los operadores de la unión psicosomática, es normal que su desunión sea la causa última de la desligadura psicosomática y pueda producir en las funciones orgánicas efectos patológicos.

TERCERA PARTE

LOS MODELOS PSICOANALÍTICOS DE LA PSICOSOMÁTICA

A partir de Freud, diversos psicoanalistas se interesaron por las enfermedades orgánicas. La idea general según la cual la vida psíquica podía influenciar en los estados orgánicos encontraba una justificación nueva en la teoría y la práctica psicoanalíticas. Después de Freud, los psicoanalistas disponen de un método de exploración de los procesos psíquicos inconscientes y de concepciones que permiten acceder a la inteligibilidad de la formación de los síntomas del cuerpo. En tiempos de Freud, el psicoanálisis de los estados del cuerpo se distribuía en tres terrenos, relativamente distintos, cuyas fronteras reposaban tanto sobre una causalidad fisiopatológica como en una causalidad metapsicológica. Se trata del terreno de los síntomas histéricos, el de los síntomas funcionales y el de las enfermedades orgánicas. Vimos que el edificio teórico del psicoanálisis freudiano interpretaba los síntomas histéricos y los síntomas funcionales en relación con una disfunción de la economía de las pulsiones sexuales. También vimos que este edificio teórico diferenciaba, principalmente en función de criterios tópicos y dinámicos, la formación de síntomas histéricos de la formación de los síntomas funcionales, y dijimos que la primera versión del modelo freudiano de la psicosomática, que nosotros aislamos del conjunto de la evolución teórica de Freud, tenía las características de un modelo tópico-dinámico. Según este modelo, el psicoanálisis de los estados somáticos privilegia la búsqueda y el análisis del conflicto psíquico cuya realidad se supone constituye uno de los factores de la génesis y del mantenimiento del estado mórbido del cuerpo. Este primer tiempo de la representación teórica freudiana sirvió de armazón a los modelos de la simbolización en el estudio de los fenómenos psicosomáticos. Hay que decir que en las diversas ocasiones en las que Freud se expresó acerca del interés de la extensión y de la aplicación del psicoanálisis a las enfermedades orgánicas, lo hizo con prudencia, señalando cada vez la presencia de un factor psíquico en el mantenimiento del estado psicosomático. Así, en 1923, en dos artículos escritos para la Enciclopedia de M. Marcuse, Psicoanálisis y teoría de la libido, Freud escribe que «el tratamiento analítico de las afecciones orgánicas francas no carece tampoco de futuro (Jelliffe, Groddeck, Félix Deutsch), ya que no es extraño que un factor psíquico tome parte en la génesis y en la persistencia de estas afecciones». Asimismo en 1924 en el «Pequeño compendio del psicoanálisis», Freud se expresa más o menos de la misma manera: «Añado que entre los terapeutas se han alzado voces (Groddeck, Jelliffe) que consideran prometedor incluso el tratamiento psicoanalítico de las graves enfermedades orgánicas, dado que en muchas de estas afecciones también ha entrado en juego un factor psíquico sobre el que podemos influir.» Estas formulaciones freudianas de después de 1920, que privilegian el análisis tópico y dinámico de los procesos psíquicos en relación con los estados

orgánicos, se sitúan claramente en retirada sobre el plano conceptual respecto a los avances teóricos relativos a la vida de las pulsiones cuyos retos sobre los procesos psicosomáticos serán considerables.

Hemos visto que, según la construcción teórica del psicoanálisis freudiano, las enfermedades orgánicas eran interpretadas en relación con la economía de las pulsiones de destrucción. También vimos que, según esta construcción, el desarrollo de una enfermedad orgánica podía pertinentemente diferenciarse del desarrollo de los síntomas funcionales o histéricos sobre la base de criterios económicos, y dijimos que la segunda versión del modelo freudiano de la psicosomática tenía las propiedades de un modelo económico. Según este modelo, el psicoanálisis de los estados somáticos privilegia la búsqueda y el análisis de los procesos de transformación en el seno del funcionamiento psíquico cuya realidad se supone que participa en la cadena de los acontecimientos que conducen a una afección somática. Este segundo tiempo de la representación teórica freudiana sirve de armazón a los modelos de la desmentalización en el estudio de los fenómenos psicosomáticos. Es preciso decir que si Freud había señalado claramente los efectos desorganizadores de la actividad de las pulsiones de destrucción sobre la vida de las funciones somáticas, en cambio jamás utilizó estos avances teóricos fundamentales para reformular los términos de la investigación psicoanalítica aplicada a las enfermedades orgánicas. Así, en 1926, en un artículo escrito para la 13.ª edición de la Enciclopedia Británica, «Psico-análisis», Freud escribe: «La especulación teórica permite suponer la existencia de dos pulsiones fundamentales que se esconden detrás de las pulsiones manifiestas del Yo y del objeto: la pulsión que aspira a una unificación siempre más amplia, Eros, y la pulsión de destrucción que conduce a la desintegración de lo vivo.» Y en 1932, en su XXII Conferencia de Introducción al Psicoanálisis, «Angustia y vida pulsional», enuncia sin equívoco que la desintrincación pulsional, de las pulsiones eróticas y de las pulsiones de destrucción, puede causar graves daños a las funciones somáticas. «Las mezclas pueden también disgregarse y podemos esperar de tales desuniones las más graves consecuencias para la función. Pero estos puntos de vista son aún demasiado nuevos. Nadie hasta hoy trató de utilizarlos en el trabajo.» La lógica interna del proceso histórico del psicoanálisis condujo a que la novedad de estos puntos de vista no fuera utilizada sino tardíamente en las concepciones psicosomáticas.

La simbolización

Groddeck

El 5 de junio, entre el mediodía y la una, fui asaltado en pleno trabajo por una gran fatiga que desapareció al poco tiempo. A la tarde, entre las 4 y las 5 horas tuve dificultades en la deglución. El fondo del paladar, el velo del paladar y la campanilla estaban muy inflamados. En la noche del 5 al 6 de junio, tuve un sueño muy animado, algo que me ocurre raramente. El 6 de junio, una jornada de trabajo muy cargada, la inflamación y los dolores se extendieron y, en ambos lados, las amígdalas se hincharon considerablemente. El 7 de junio era festivo. Por la mañana comencé a analizar mi sueño y el síntoma de las dificultades de deglución y llegué a la conclusión de que mi inconsciente, mi Ello, rechazaba tragar un reconocimiento que le resultaba desagradable. Este reconocimiento tenía relación con el hecho de que ciertos descubrimientos que concernían las relaciones entre el inconsciente del hombre y su vida no eran, como lo aseguré durante años de mi propiedad intelectual, sino de Sigmund Freud. Es verdad que mi razón consciente había ya llegado a estas conclusiones; mi correspondencia con Freud lo testimonia. Pero las capas más profundas de mi ser se defendían contra estos pensamientos conscientes, cosa que pudo establecerse en el curso de mi análisis.

Este fragmento del autoanálisis de Georg Groddeck figura al comienzo de su primer escrito psicosomático, *Determinación psíquica y tratamiento psicoanalítico de las afecciones orgánicas*, publicado en 1917. Groddeck revela que en el curso de las jornadas del 5 al 6 de junio de 1917 sufrió síntomas de faringitis. Estos síntomas se manifiestan por un estado de fatiga, alteraciones de la deglución y una inflamación local. Groddeck se libra a un análisis conjunto del sueño de la noche y de los síntomas orgánicos utilizando el método asociativo propio del psicoanálisis. Si el hecho de someterse a un autoanálisis a través de la interpretación de sus sueños es una actividad a la que se prestan un cierto número de médicos, psicólogos y filósofos en 1917, en los países del Imperio Austrohúngaro, nos sorprende, en cambio, que una actividad autoanalítica pueda tomar como objeto los síntomas de una afección orgánica de la que a priori el carácter de organicidad no es puesto en cuestión. Pero estamos aún más sorprendidos por la consideración al mismo nivel por el autor, en su fragmento de autoanálisis, del sueño y de los síntomas orgánicos. Como si de entrada Groddeck quisiera mostrarnos que no diferencia en su actividad como analista, las formaciones oníricas y las formaciones orgánicas. Su análisis acaba en una interpretación de conjunto («mi inconsciente, mi Ello, se negaba a tragar un reconocimiento que le era desagradable») cuya construcción es el resultado de tres tiempos asociativos que trajeron a la conciencia acontecimientos a la vez recientes y antiguos de la historia de Groddeck. El primer tiempo hace intervenir el encuentro con una señora llamada Dora cuya palabra «era el instrumento con la ayuda del cual

mi aceptación consciente de la prioridad de Freud logró penetrar en mi interior, en mi inconsciente. Como defensa, el inconsciente utilizó el cansancio que neutralizaba en todas sus asociaciones la palabra Dora». El segundo tiempo hace intervenir los significantes «deuda» y «falta» cuya palabra en alemán es idéntica (Schuld), en relación con una discusión sobre las hipotecas:

El inconsciente consiguió rechazar este segundo y más violento ataque cerrando el acceso al interior mediante una dolorosa inflamación. Se apoyó para ello en la palabra «estafador» (Gaumer) y escogió como bastión de defensa el paladar (Gaumen); a continuación reforzó su posición incluyendo la campanilla y las amígdalas en la inflamación y, finalmente, expresó su despecho en el sueño.

El tercer tiempo asociativo permite el retorno de un recuerdo penoso de adolescencia, una fiebre escarlatina, cargada para Groddeck de una condensación de pensamientos, unos de muerte, otros de incapacidad, y otros, finalmente, de culpabilidad. Este recuerdo de juventud constituye para el autor un molde psíquico por el que los acontecimientos recientes y accidentales transfieren significaciones, cuya dinámica inconsciente y conflictiva conduce a la formación de síntomas orgánicos.

Incontestablemente estamos en presencia de un género nuevo, el del psicoanálisis de las afecciones orgánicas. La novedad, en Groddeck, no reside simplemente en la extensión y la aplicación del psicoanálisis a las enfermedades orgánicas. Reside sobre todo en la manera muy personal de Groddeck de utilizar y de hacer trabajar juntos los instrumentos teóricos del psicoanálisis que Freud elaboró en el curso de los últimos veinte años. Groddeck no es un psicoanalista como los demás. ¿No se consideraba a sí mismo, por otro lado, como un «psicoanalista silvestre»? Pero lo que le distingue y lo separa de Freud al mismo tiempo, no es una cuestión de presentación. Es una diferencia profunda. Es una diferencia de concepciones. Y, a partir de las concepciones propias que desarrolló, podemos aislar los grandes ejes teóricos del modelo psicoanalítico de Groddeck para las enfermedades orgánicas.

Este modelo reposa en tres tipos de representaciones teóricas o concepciones. El primero se refiere a la estructura del aparato psíquico. El segundo, a la simbolización. El tercero, a las relaciones entre el ámbito somático y el psíquico. Pero estos tres tipos de representaciones teóricas o concepciones están unidos por algo que los trasciende y que constituye el postulado de todo el edificio: la idea de que el hombre no vive, sino que es vivido por el Ello. Lo que enuncia esta proposición es que el conjunto de los procesos de lo vivo, ya sea de naturaleza psíquica o somática, se desarrolla según una forma pasiva fundamental. Hasta aquí, estábamos habituados a considerar los procesos orgánicos como desarrollándose según una lógica que escapa al control y a la voluntad de la conciencia humana. Para Groddeck, los procesos psíquicos participan de la misma lógica que los procesos orgánicos. Escapan en lo esencial a la voluntad individual. Esta concepción tiene consecuencias importantes sobre la representación teórica de la estructura del aparato psíquico. En particular la

noción de Yo pierde su pertinencia y se vuelve casi inútil. Igualmente, la noción de sistema preconscious-consciente se ve privada de una gran parte de su interés funcional. La pérdida del territorio conceptual del Yo está compensada por una extensión desmesurada del Ello. La consecuencia de estos cambios conceptuales sobre la estructuración del aparato psíquico es el profundo trastorno de la noción axial del conflicto psíquico. Porque, para Freud, la delimitación entre los sistemas inconsciente y preconscious funda el modelo de la primera tópica, de igual manera que la delimitación entre las instancias del Ello, del Yo y del Superyo lo hace en relación al modelo de la segunda tópica, y, detrás de estas oposiciones sistémicas y entre instancias, en realidad son las pulsiones las que se oponen en sus reivindicaciones a través del conflicto psíquico.

La lectura psicoanalítica del fragmento del autoanálisis de Georg Groddeck suscita un malestar. Rápidamente comprendemos que este malestar está ligado a la construcción teórica que propone Groddeck a partir del análisis de su afección orgánica, ya que la fuerte impresión que se desprende de tal construcción es la ausencia de estructura psíquica. Freud definió muy pronto los términos de la conflictividad psíquica a partir de la identificación del trabajo de los síntomas neuróticos así como del trabajo del sueño. El conflicto psíquico se inscribe, para Freud, en una estructura de tres dimensiones -tópica, dinámica y económica-compuesta de sistemas diferenciados y separados por una censura. En el marco de la estructura de la primera tópica, el inconsciente sólo sabe desear y el Yo busca defenderse contra las reivindicaciones de la sexualidad. Aquí, los papeles y las funciones están distribuidos frente a actores diferenciados. Para Groddeck, esto ocurre de otra manera. Así, leemos que el inconsciente rechaza incorporar un reconocimiento que le es desagradable, y que se defiende mediante la utilización del cansancio o que rechaza un ataque «cerrando el acceso al interior por una dolorosa inflamación». Está claro que para Groddeck, la función de defensa vuelve al inconsciente. Y cuando nos preguntamos: ¿contra qué se defiende el inconsciente?, la respuesta sólo puede ser esta: contra las representaciones inconscientes. Nos encontramos así en presencia de una situación desconcertante desde el plano teórico. Ya que el inconsciente aparece como la entidad que busca el cumplimiento de deseos y, al mismo tiempo, como la que se defiende contra el cumplimiento de deseos. La estructura conflictual del orden psíquico, que introdujo Freud y que reposa sobre el antagonismo entre un sistema inconsciente y un sistema preconscious-consciente, desaparece y es sustituida por la representación de un Ello desmesurado que ocupa todos los lugares y tiene a su cargo todas las funciones. La desaparición de la estructuración del aparato psíquico en sus diferentes compartimentos condujo Groddeck a un estado de confusión conceptual. Si restablecemos los términos de la interpretación que Groddeck se dirige a sí mismo, según el modelo de la primera tópica freudiana, nos veremos conducidos a enunciarlo de la siguiente manera: el Yo se defiende de una realidad que le es desagradable, tratando de alejarla de su conciencia, debido a un conflicto narcisista. Este conflicto opone de hecho mociones antagonistas en el seno mismo del Yo, unas conscientes, pertenecientes a la familia freudiana, otras inconscientes con diversos grados de rivalidad y de protesta hacia Freud. Esta revisión de la interpretación, propuesta asimismo por Groddeck, sitúa al

mismo tiempo los síntomas orgánicos de su faringitis del lado de la neurosis traumática más que del lado de la neurosis histérica. Así toda la inteligibilidad psicosomática se encuentra diferentemente orientada, en razón de la concepción groddeckiana de un aparato psíquico cuyas provincias han sido privadas de su gobierno y están regidas principalmente por una única autoridad, la de un Ello omnisciente y omnipotente.

El Ello de Groddeck reposa sobre una concepción a la vez mística y determinista de lo vivo. Lo que la caracteriza es su extensión ilimitada en el espacio y en el tiempo y, al mismo tiempo, una modalidad de funcionamiento o de efectividad que toma prestadas vías directas a la vez que oscuras, sin ningún intermediario. Su definición podría semejarse al concepto de programa genético.

El espermatozoide y el óvulo humanos dan origen a un hombre, no a un perro o a un pájaro; un Ello que está en ellos fuerza a la formación del hombre y construye su cuerpo y su alma. Y el Ello dota a su criatura -la personalidad, el Yo del hombre- de una nariz, una boca, músculos, huesos y de un cerebro; hace estos órganos capaces de funcionar, incluso antes del nacimiento, y hace cumplir al hombre en gestación actos adecuados aun antes de que su cerebro se forme.

Estas líneas extraídas de un texto escrito en 1920, Del Ello, revelan la fuente en la que Groddeck creó su noción de Ello. Vemos aquí claramente que el Ello se origina en las fuerzas orgánicas que conducen el desarrollo embriológico del ser humano. Pero Groddeck no se detiene allí. La segunda parte de la cita muestra cómo, a partir de basamentos biológicos, extiende el poder del Ello de una manera casi mística.

Hay que preguntarse si el Ello, capaz de cosas tan grandes, no puede también construir iglesias, componer tragedias o inventar máquinas, y si todas las manifestaciones de vida humana, corporal o espiritual, sana o enferma, pensamientos, acciones o funciones vegetativas, no podrían ser referidas al Ello de una manera que el cuerpo, el alma y la vida consciente serían una ilusión, una automistificación.

El deslizamiento epistemológico, del registro fenomenal de la biología al registro del misticismo, testimonia la presuposición fundamental en Groddeck de una indiferenciación no solamente entre los fenómenos psíquicos y los fenómenos orgánicos en el seno de lo vivo, sino más allá de la desaparición de las fronteras entre el mundo vivo y el mundo físico. En el resto del texto, Groddeck parte de esta presuposición para recitar todo un catálogo de propiedades que atribuye al Ello. Todas tienen como carácter común el borrar los límites de lo que habitualmente se opone o se diferencia. Así ocurre con el cuerpo y la mente, el tiempo y el espacio, lo masculino y lo femenino, las edades de la vida, lo consciente y lo inconsciente. El Ello de Groddeck no se concibe únicamente como un programa genético, cuyo determinismo sobre los caracteres manifiestos de lo vivo reviste un poder absoluto; también está concebido según un modelo antropomórfico, como un creador

todopoderoso que se sirve de todos los soportes psíquicos y somáticos a su disposición para expresar su voluntad cuando quiere y como quiere.

En su carta de 27 de mayo de 1917 a Freud, Groddeck escribe: «El Ello, que se encuentra misteriosamente en conexión con la sexualidad, Eros, o cualquiera que sea el término con el que usted le llama, forma tanto la nariz como la mano del hombre, de la misma manera que forma sus pensamientos y sus emociones. Puede expresarse en la neumonía o el cáncer, exactamente como se expresa en la neurosis obsesiva o la histeria.» Inscribiendo en el mismo plano las enfermedades orgánicas y las psíquicas como expresión de una intencionalidad del Ello o del inconsciente, Groddeck franqueó por primera vez el límite establecido por Freud entre el funcionamiento psíquico y el funcionamiento orgánico. Franqueando este límite, Groddeck rompe con la concepción freudiana de una variedad de modalidades de funcionamiento mental que se puede diferenciar con pertinencia bajo criterios tópicos-dinámicos y económicos. Impide que el valor de una variedad de síntomas del cuerpo, desde el punto de vista de las estructuras de sentido, pueda ser diferenciado en referencia a la organización psíquica a la cual son asociados.

Se trata aquí del problema de la simbolización. Extendiendo de manera desmesurada el territorio del inconsciente, Groddeck permite, al mismo tiempo, el acceso a la simbolización de las formaciones orgánicas, y, en particular, de las enfermedades orgánicas. Freud fue sensible a esta parte del andamiaje teórico de Groddeck. Comprendía, sin duda, que para extender el psicoanálisis a las enfermedades orgánicas era necesario modificar las relaciones entre el inconsciente y el cuerpo, pero no toma la misma vía que Groddeck. En la carta que le dirige el 5 de junio de 1917, revela claramente su posición:

Déjeme mostrarle que el concepto de inconsciente no tiene necesidad de una extensión mayor para cubrir sus experiencias sobre las enfermedades orgánicas. En mi ensayo sobre el inconsciente que usted menciona, encontrará una nota en apariencia insignificante: «Mencionaremos en otro contexto otra prerrogativa importante del inconsciente.» Le voy a revelar lo que esconde esta nota: la afirmación de que el acto inconsciente ejerce sobre los procesos somáticos una acción plástica intensa que no obtiene jamás el acto consciente.

La vía que toma Freud es la de la complejificación del funcionamiento psíquico. Porque si hay que dar cuenta de la influencia del psiquismo sobre los procesos orgánicos, no hay necesidad de extender el espacio del sistema inconsciente en detrimento de los otros sistemas psíquicos, hay que contemplar simplemente otra propiedad funcional del sistema inconsciente. Mediante esta vía, las relaciones internas entre los diferentes sistemas psíquicos no son borradas, mientras que, al contrario, el conjunto del funcionamiento psíquico puede entrar en relación con los procesos orgánicos por mediación del sistema inconsciente. Lo que Freud confirma: «Lo inconsciente es ciertamente el verdadero intermediario entre lo somático y lo psíquico, quizás es el missing link tan buscado.»

En el fragmento de autoanálisis de Groddeck, los funcionamientos somáticos, como los síntomas de la enfermedad orgánica, son tratados directamente como símbolos. No existe ningún espacio, ningún espesor entre el símbolo, léase el síntoma orgánico, y la formación psíquica que representa. En el fragmento de autoanálisis al que nos referimos, la fatiga y la inflamación faríngea no son objeto de ningún proceso asociativo. Estamos casi obligados a aceptar las significaciones simbólicas de estos síntomas como un dato a priori, como una convención psicológica. En Groddeck, el carácter primario de la simbolización de los síntomas orgánicos resulta de la actividad básica de lo inconsciente. Porque el Ello produce síntomas permanentemente, como las plantas con su clorofila producen oxígeno. Hasta el punto de que Groddeck reconoce en cada símbolo la huella de la realidad del Ello. La identidad entre el Ello y el símbolo es tal que el postulado fundamental según el cual el hombre es vivido por el Ello puede expresarse también por la propuesta de que el hombre es vivido por el símbolo. Lo que falta en esta concepción es la consistencia de un proceso que vuelva inteligible las transformaciones desde lo psíquico a lo somático. Falta la consistencia de un proceso que vuelva inteligibles las atribuciones de sentido de los estados del cuerpo en el curso de operaciones de simbolización secundaria. Para Freud, como para Ferenczi, el proceso de formación de los símbolos reposa siempre sobre la existencia de un conflicto psíquico cuyos determinantes pueden pertenecer tanto a la historia del sujeto como a los tiempos lejanos de la prehistoria de la humanidad. Pero, en presencia de una enfermedad orgánica, el modelo de Groddeck parece invitarnos a reaccionar psicoanalíticamente como ante la presencia de un sueño típico. Aquí la actividad simbolizante del analista corre el riesgo de ocupar el lugar de un proceso asociativo más o menos ausente en el paciente.

Para Groddeck, el Ello utiliza indiferentemente las manifestaciones psíquicas o las manifestaciones somáticas para servir su tendencia a la realización de deseos o su tendencia defensiva. Como vimos, la expresividad del Ello es por naturaleza simbolizante, se manifieste en síntomas psíquicos o en síntomas somáticos. En consecuencia, no existe, desde el punto de vista de las estructuras de sentido, diferencia entre las producciones psíquicas y las producciones somáticas, sean las que fueren, estando todas las producciones de lo vivo sujetas al determinismo del Ello. Esta posición monista por la que Groddeck borra toda diferencia entre el dominio somático y el psíquico tiene como consecuencia inmediata tratar sobre el mismo nivel, desde el punto de vista psicoanalítico, las enfermedades psíquicas y las somáticas. En su carta a Freud de 27 de mayo de 1917, citada más arriba, afirma sin equívoco esta convicción:

Estoy firmemente convencido de que la distinción entre el alma y el cuerpo es sólo una palabra y no una distinción esencial, que el alma y el cuerpo son una sola cosa que contiene el Ello, una potencia por la que somos vividos mientras que nos creemos que la vivimos. Naturalmente que no puedo pretender tampoco la paternidad de esta idea, pero ella es y ha sido el punto de partida de mi actividad. En otras palabras, he rechazado desde el principio aceptar esta separación entre enfermedades corporales y psíquicas. Intenté tratar al individuo entero, al Ello en él. Busqué un camino que

condujo a este terreno inviolado, desconocido.

Este terreno inviolado, desconocido, es el del cuerpo enfermo. Hasta aquí, el psicoanálisis se había ocupado del cuerpo erótico, hizo de él el actor principal de la sexualidad infantil, y ha sido el cuerpo lo que el psicoanálisis encontraba detrás de los síntomas histéricos. En 1917, para el psicoanálisis el cuerpo enfermo es aún un terreno inaccesible. Es inaccesible por dos razones. Primeramente, porque el modelo de la primera tópica freudiana no contiene herramientas teóricas que permitan ir más allá de la comprensión de los síntomas histéricos y funcionales. Habrá que esperar las conmociones conceptuales de 1920 para tener acceso a la inteligibilidad del cuerpo enfermo. En segundo lugar, porque Freud puso un límite que no había que franquear en la utilización metodológica y conceptual del psicoanálisis. Recordemos sus opiniones expresadas en su texto de 1910, «La alteración psicógena de la visión en la concepción psicoanalítica»: «El psicoanálisis nunca olvida que lo psíquico reposa sobre lo orgánico, aunque su trabajo sólo pueda seguir lo psíquico hasta este fundamento y no más allá.» Groddeck, el «psicoanalista silvestre», fue el primero que entró en el terreno prohibido y, para mostrar precisamente que su exploración de los procesos orgánicos estaba justificada, se enfrascó en un estudio comparativo del trabajo del sueño y del síntoma orgánico. Este estudio está fechado en 1926 y tiene como fin extender el psicoanálisis al territorio de las enfermedades orgánicas. Porque, para Groddeck, es una verdadera conquista territorial la de poder curar mediante el psicoanálisis a los enfermos orgánicos. Así presenta los objetivos de su estudio comparativo del sueño y el síntoma orgánico:

En el caso en que se rechazara admitir en teoría que lo orgánico y, particularmente la enfermedad orgánica, son en su esencia idénticos a lo psíquico, son un modo de manifestarse del Ello, la práctica del psicoanálisis y sus resultados podrían convencernos. El parentesco fundamental aparece también cuando se aplican a los hechos orgánicos las directivas dadas por Freud para una mejor comprensión de los procesos psíquicos. En otros términos, se puede -no sin provecho para el paciente y la inteligencia del médico- interpretar el curso del síntoma orgánico exactamente como un sueño, aplicando para ello el método de asociaciones y las representaciones teóricas indicadas por Freud en La interpretación de los sueños.

El establecimiento de una identidad entre la formación del sueño y la del síntoma orgánico presupone que existe en los dos casos una actividad psíquica apta para iniciar un proceso complejo de transformaciones que conduce, a partir de pensamientos latentes y de fantasías inconscientes, a formaciones manifiestas tales como el sueño. Para Groddeck, no hay duda de que una actividad psíquica inconsciente puede encontrarse tanto en los pacientes que presentan síntomas psíquicos como en aquellos que presentan síntomas orgánicos. Y esta actividad psíquica inconsciente puede, de la misma manera, desplegarse a través de operaciones de desplazamiento, de condensación y de simbolización. Groddeck piensa que los materiales psíquicos contribuyen regularmente a la formación del síntoma orgánico. La distinción entre síntomas histéricos, síntomas funcionales y

síntomas orgánicos no tiene ningún sentido. Sólo cuenta el trabajo psicoanalítico cuya actividad reposa, para este autor, en la convicción de que el síntoma orgánico, al igual que toda otra formación viva, contiene por naturaleza un valor de símbolo.

Lo mismo que la actividad sintomática del Ello en la histeria o la neurosis necesita un tratamiento psicoanalítico, las alteraciones cardíacas o el cáncer también lo exigen. De hecho, no existen diferencias esenciales que podrían incitarnos a indicar aquí el psicoanálisis y no allá. Dónde el tratamiento psicoanalítico debe detenerse no es sino un problema práctico, un asunto de valoración personal.

Esta profesión de fe psicoanalítica fue dirigida a Freud en la carta precitada. Resume la posición psicoanalítica de Groddeck frente a las enfermedades orgánicas. Esta contiene lo esencial de su concepción teórica en lo referido a las relaciones entre el terreno somático y el psíquico, y, al mismo tiempo, su convicción de terapeuta de que todos los enfermos pueden ser analizados sin distinción ni exclusión. El modelo psicoanalítico, que se desprende de las concepciones groddeckianas de la psicósomática, es un modelo fundamentalmente monista. Reposa sobre el postulado de una indiferenciación esencial entre lo somático y lo psíquico. Para Groddeck, el motor de todo fenómeno vivo se encuentra más allá, en el seno de una entidad ampliamente desconocida y cuyos límites se pierden en el espacio y en el tiempo: el Ello. Pero lo que constituye la marca del modelo groddeckiano es el carácter específico de la simbolización. La simbolización es constitutiva del Ello. Está dada, como por herencia, al nacer. Pero lo más importante es que la simbolización parece estar presente antes de todo trabajo psíquico. La producción innata y, podríamos decir, natural de los símbolos por el inconsciente groddeckiano justifica la extensión de la simbolización al terreno somático y, al mismo tiempo, ahorra el recurso al funcionamiento mental. Freud alertó en varias ocasiones a los psicoanalistas sobre la necesidad de respetar la regla fundamental y específica sobre la que reposa el método psicoanalítico, la regla de la libre asociación. Pidió que se hiciera un uso moderado de la interpretación simbólica, tanto en presencia de sueños como en presencia de toda formación sintomática. Ya que el simbolismo conduce a significaciones constantes, colectivas, que se refieren a la prehistoria de la humanidad. Al contrario, la prevalencia del proceso asociativo en el trabajo analítico conduce a descubrir y a crear significaciones individuales e históricas. Privilegiando el proceso asociativo respecto a la interpretación simbólica, se está necesariamente atento a las variaciones del funcionamiento mental. Y este trabajo nos lleva a respetar «las pequeñas diferencias» en la calidad y los niveles del funcionamiento mental. Porque el proceso asociativo no es, simplemente, una herramienta que permite el acceso al inconsciente psíquico, es, también, por sus propias características, un testigo de la calidad del funcionamiento mental. Sin embargo, la posición adoptada por Groddeck en la práctica, la de acreditar a priori a todo enfermo orgánico una aptitud, más o menos amplia, de analizabilidad, abrió perspectivas nuevas, y hasta aquí desconocidas para numerosos psicoanalistas, en el enfoque y el tratamiento psicoanalítico de los enfermos orgánicos.

En la práctica, encontramos en Ángel Garma la misma posición con un gran número de pacientes orgánicos. Aunque la naturaleza de la simbolización es diferente en este autor respecto a Groddeck, la idea de que los síntomas orgánicos contienen significaciones que el trabajo analítico y el arte de la interpretación deben revelar constituye la justificación teórica para indicaciones muy extendidas del tratamiento psicoanalítico en los enfermos orgánicos. En el curso del XXIV Congreso de Psicoanalistas de Lenguas Romances en París, en 1963, Angel Garma hizo una serie de intervenciones, reunidas bajo el título de La integración psicosomática en el tratamiento psicoanalítico de las enfermedades orgánicas. Escribió: «en los tratamientos psicoanalíticos de los enfermos, los síntomas orgánicos, exactamente como los psíquicos, adquieren gradualmente significaciones que los integran con otras reacciones en el resto de la personalidad». Encontramos, como en Groddeck, la misma concepción de una indistinción entre los síntomas orgánicos y los síntomas psíquicos si se les mide con la vara de su aptitud para contener significaciones. Después de haber enunciado algunas reservas que trataban de limitar los efectos terapéuticos del tratamiento psicoanalítico, reservas aplicadas tanto a los enfermos orgánicos como a los psíquicos, Garma afirma que

el mejor tratamiento, y el que es verdaderamente etiológico en muchas enfermedades orgánicas, parece ser el tratamiento psicoanalítico. Tal es el caso de las úlceras gástricas o duodenales, del cólico, del asma, de la angina de pecho, del infarto de miocardio, de la hipertensión arterial, de las cefaleas, de las alergias, de la esterilidad masculina y femenina, de muchas endocrinopatías, ginecopatías, dermatopatías, etc.

Aquí la lista de indicaciones de un tratamiento psicoanalítico parece limitarse, salvo algunas excepciones, a afecciones orgánicas que cursan por crisis y que no comprometen el pronóstico vital. La noción de una selección, en el interior del campo de las enfermedades orgánicas, en vistas de un tratamiento psicoanalítico, es una novedad en la actitud psicosomática, frente a la actitud unificadora y no discriminativa que adoptó Groddeck cuarenta años antes.

En relación a un joven paciente que presentaba una úlcera gástrica y del que fueron referidos unos fragmentos de análisis en un escrito de 1951, «Las agresiones del Superyo materno y la regresión oraldigestiva en la génesis de la úlcera gastroduodenal», Garma escribió: «Sufría de dolores gástricos de tipo ulceroso, sobre todo después de los momentos de excitación genital frustrada con su mujer. Igualmente cuando comía alimentos que le recordaban alguna cosa penosa o algo agradable que se sentía incapaz de obtener.» En otro escrito, que data de 1959, «Las imágenes inconscientes en la génesis de la úlcera péptica», Garma escribió refiriéndose a otro enfermo:

La úlcera del enfermo se reactivó después de relaciones sexuales en las que su esposa se mantuvo frígida. Después del coito, fue a un restaurante

barato donde comió una pésima hamburguesa. Una tendencia a repetir regresivamente en el nivel oral-digestivo lo que acababa de ocurrirle genitalmente le empujó a actuar de esta manera. El alimento malo, sustituto regresivo de la mala mujer y de las relaciones sexuales defectuosas, provocó ardores de estómago.

En los dos casos, el autor pone en relación los ardores de estómago con una frustración sexual genital, de la misma manera que con la absorción de alimentos. De esta forma, los alimentos que desencadenan los síntomas gástricos sustituyen la frustración genital. Para Garma, los alimentos simbolizan representaciones sexuales genitales. En su texto de 1951, confirma el carácter de símbolo sexual de toda la esfera digestiva:

Aunque el enfermo no se permitió ni tan siquiera una infidelidad en su imaginación, soñaba con ello pero bajo sus aspectos digestivos... Estas comidas oníricas simbolizaban coitos. Es lo que ocurrió en el siguiente sueño: acariciaba a su mujer, le besaba el ano y la vulva. A continuación, volvía de una velada fúnebre y contemplaba una pastelería lejana y a lo alto, donde había gente comiendo golosinas. El sueño significaba que después de una tentativa genital, durante la que su mujer no reaccionó a causa de su frigidez, se sintió frustrado. La mujer frígida aparece en el sueño bajo el aspecto de una muerta. Él vuelve triste de una velada fúnebre, es decir, de visitar a una muerta. Pero otros hombres tienen la suerte de poseer mujeres más ardientes y que reaccionan mejor o, como ocurre en el sueño, estos hombres comen golosinas en una pastelería situada en un nivel que él no puede alcanzar. Las golosinas representan las otras mujeres.

Como se ve, Garma hace abundante uso de la interpretación simbólica. Para él, como para Groddeck, los síntomas orgánicos son símbolos de representaciones psíquicas inconscientes.

Pero la naturaleza del mecanismo de la simbolización es diferente en ambos autores. Para Groddeck, los síntomas de una enfermedad orgánica, igual que para la enfermedad en general, contienen una significación general de defensa del Ello. Así, en el fragmento de autoanálisis citado más arriba, Groddeck interpreta la fatiga y la inflamación de la garganta como barreras defensivas destinadas a evitar al Ello el reconocimiento de una realidad que le es desagradable. El inconsciente se sirve de los procesos orgánicos como de una metáfora psíquica. Se puede decir que la naturaleza del mecanismo de la simbolización en Groddeck reposa en una concepción teleológica del Ello. Los motivos de la interpretación simbólica se sitúan fuera de las lógicas psíquicas inconscientes a las que conduce el proceso asociativo del pensamiento. Estos motivos resultan principalmente de una visión de su autor que podemos calificar de mística.

Para Garma, los síntomas orgánicos tienen el valor de formaciones sustitutivas de los acontecimientos de la historia pulsional del sujeto, formaciones sustitutivas que

cogen cada vez la vía de la regresión y presuponen la existencia de fijaciones a fases anteriores del desarrollo sexual individual. La naturaleza del mecanismo de la simbolización reposa aquí sobre una concepción psicoanalítica que privilegia las transformaciones de lo sexual. Pero, para Garma, la simbolización no concierne simplemente a los objetos, sino también a los procesos. Así, en los textos referidos, los alimentos se encargan de las investiduras y representaciones que pertenecen históricamente a los objetos primarios. Pero esto no es todo. Los procesos de introyección y de regresión en el plano psíquico encuentran también sus semejantes simbólicos en los procesos de absorción y de digestión en el plano orgánico. Así, en el curso de su trayectoria regresiva, los objetos primarios transfieren ciertas cualidades, en particular el Superyo materno, a los alimentos que acaban, al final del movimiento de regresión, sobreinvertidos del carácter de un Superyo sádico-oral. En su texto de 1959, no hay duda de que, para Garma,

los contenidos inconscientes de un Superyo materno sádico-oral digestivo - tal como se descubren en un tratamiento analítico de muy larga duración- muestran que hay que considerar el cráter de la úlcera como el molde de un pezón que, psíquicamente introyectado en la primera infancia, actuó de manera psicósomática para digerir las paredes gastro-duodenales.

Aquí también las funciones orgánicas son utilizadas para servir de soporte metafórico a los procesos psíquicos. Pero tenemos que decir que la frontera entre metáfora y realidad material es incierta y nos preguntamos si su concepción de la formación de los síntomas orgánicos no reposa de hecho sobre la noción de una identidad de los procesos orgánicos con los procesos psíquicos, identidad que se desvela al final de un movimiento regresivo. Ya que, para Garma, la integración psicósomática reposa sobre un desarrollo sexual que culmina en la fase genital de la edad adulta. Al contrario, lo que él llama dicotomía psicósomática, la que precisamente es portadora de enfermedades orgánicas, reposa sobre un inacabamiento del desarrollo sexual y la prevalencia de movimientos regresivos.

Vimos que, tanto para Groddeck como para Garma, la interpretación simbólica tenía un carácter sistemático. Para Groddeck, este empleo de lo simbólico está justificado por la naturaleza misma del inconsciente cuya función esencial es la de producir símbolos. La interpretación simbólica equivale aquí a la traducción en la lengua del Ello. Para Garma, este empleo de lo simbólico reposa sobre una comprensión de los movimientos de regresión en el nivel del desarrollo sexual individual. Para uno y otro, el uso de la noción de simbolización suscita un cierto número de problemas, no solamente de concepción psicósomática, sino también, y sobre todo, de teoría psicoanalítica.

Para Freud y para Ferenczi, el simbolismo está estrechamente ligado al dominio de la sexualidad. Si una gran variedad de símbolos, presentes en particular en los sueños, aparecen como supervivencias de una «lengua fundamental» desaparecida, y requieren del psicoanálisis interpretaciones de sentido constantes, no podemos dejar de ver que la formación del símbolo reposa psíquicamente sobre un proceso

metapsicológico completo, que recorre toda una cadena de acontecimientos inconscientes de los que los más importantes son la represión y el desplazamiento. En un texto escrito en 1913, «Ontogénesis de los símbolos», Ferenczi definió así el símbolo:

Sólo podemos considerar como símbolos, en el sentido psicoanalítico del término, las cosas (representaciones) que llegan a la conciencia con una investidura afectiva que la lógica no explica ni justifica y cuyo análisis permite establecer que deben esta sobrecarga afectiva a una identificación inconsciente con otra cosa (representación) a la que pertenece de hecho este suplemento afectivo. Toda comparación no es un símbolo sino únicamente aquella donde uno de los términos está reprimido en el inconsciente... Solamente cuando la educación cultural ha producido la represión de uno de los términos de la analogía (el más importante), el otro término (el más insignificante en su origen) gana un suplemento de importancia afectiva y se convierte en símbolo del término reprimido.

Esta definición hace del símbolo el producto de un proceso psíquico inconsciente cuyo centro es la represión. Lo simbolizado son las representaciones sexuales. Lo que tiene calidad de símbolo son los objetos del mundo exterior o los órganos del propio cuerpo. Para Ferenczi, «los órganos del cuerpo (y sobre todo las zonas genitales) pueden ser figurados no solamente por objetos del mundo externo, sino también por otros órganos del cuerpo mismo. Es probablemente el modo más primitivo de formación de símbolos». Esta citación sacada de otro texto de 1913, «El simbolismo de los ojos», indica que los órganos y las funciones orgánicas pueden ser utilizadas psíquicamente como soporte simbólico de representaciones sexuales reprimidas. En suma, si resumimos lo que venimos de aprender en relación con la formación de los símbolos, llegamos a considerarlos como formaciones de compromiso al igual que los síntomas psiconeuróticos y los sueños. Como ellos son el testimonio de la realidad de una estructura psíquica diferenciada, compuesta de partes en las que se desarrolla un proceso dinámico y económico. Este recorrido por Freud y Ferenczi nos obliga a reconocer una estructura psíquica psiconeurótica como condición de la simbolización. Podemos entonces medir la distancia que separa el modelo de Garma del de Freud y Ferenczi. Para Garma, la regresión a lo largo del eje de la libido es suficiente como condición de la simbolización. Eliminando la represión como factor principal de diferenciación entre diferentes formas de funcionamiento mental, Garma borra, a la vez, toda posibilidad de atribución de sentido, aquí, y de no-atribución de sentido allá. Comprendemos entonces que, únicamente con la regresión, la extensión del terreno de lo simbólico se vuelve ilimitada. Freud desde 1910, en «Alteración psicógena de la visión en la concepción psicoanalítica», había propuesto dos modelos para la formación de los síntomas del cuerpo. El primero conduce al síntoma de conversión histérica, por intermedio de la represión de representaciones sexuales y de una conversión de los afectos en la inervación corporal. El segundo conduce a síntomas funcionales por efecto directo de una sobrecarga sexual somática sobre los órganos o las funciones de autoconservación. El primer modelo pasa por una estructura psíquica generadora de sentido para los síntomas histéricos. El segundo

modelo cortocircuita toda la estructura psíquica y no atribuye ninguna significación simbólica al síntoma funcional del que deriva.

En Garma, otro aspecto de la concepción de la simbolización de los órganos y funciones orgánicas está en contradicción con la concepción freudiana de los síntomas del cuerpo. Hemos visto que los ardores gástricos de los pacientes ulcerosos eran interpretados por Garma como productos simbólicos surgidos de los ataques sádicos de un Superyo primitivo que actúa a nivel de la pared gástrica. Aquí, el autor introduce la dimensión de la destructividad en el proceso mismo de la simbolización. Tenemos que reconocer en ello una contradicción evidente con la concepción fundamental desarrollada por Freud y Ferenczi sobre el proceso de la simbolización, según la cual la simbolización está ligada al terreno de lo sexual. Este vínculo entre simbolización y sexualidad está relacionado con la naturaleza misma de los procesos inconscientes cuyo trabajo de transformación de las formaciones psíquicas revela la actividad de Eros. Al contrario, la presencia de una destructividad desligada en el seno del funcionamiento psíquico es, en teoría, contradictoria con un proceso de simbolización. Para Garma, y en los ejemplos aportados aquí de pacientes ulcerosos, la degradación de la figura del Superyo, en el curso del movimiento regresivo desde la fase genital hacia la fase oral, no tiene ninguna consecuencia sobre el proceso mismo de la simbolización. El movimiento regresivo y la liberación conjunta de una cierta cantidad de destructividad psíquica no afectan más que a los contenidos de la simbolización. Si el Superyo materno reencuentra, en el curso de la regresión libidinal, cualidades antiguas de sadismo y de crueldad, son estas cualidades las que son figuradas por los síntomas gástricos. Dicho de otra manera, para Garma, la simbolización no está simplemente ligada al terreno de lo sexual, está también ligada al terreno de la destructividad. La extensión de los límites de la simbolización pone en cuestión los fundamentos mismos de su génesis psíquica, ya que, para Freud, el mecanismo de la simbolización está relacionado al proceso primario que tiene lugar en el inconsciente psíquico. Esto supone la existencia de un aparato compuesto de partes diferenciadas desde el punto de vista tópico así como desde el punto de vista funcional, y que entre ellas pueda desarrollarse un proceso generador de transformaciones psíquicas. Supone también la existencia de un juego de pulsiones opuestas que operan con un cierto grado de unión o de intrincación para que el aparato pueda ponerse a trabajar. Ello supone, finalmente que, a la inversa, más allá de un cierto grado de desunión o de desintrincación de las pulsiones, el funcionamiento del aparato se desorganice. Lo que aquí se recuerda es el vínculo necesario, según las concepciones fundamentales del psicoanálisis freudiano, entre la calidad del proceso simbolización y la del funcionamiento mental.

El modelo freudiano de interpretación de los síntomas somáticos contempla tres niveles diferentes de significaciones que corresponden a tres grados del proceso de simbolización. El primer nivel es el de los síntomas histéricos. Corresponde al punto más acabado del proceso de simbolización. Reposa sobre un cierto grado de desunión de las pulsiones sexuales y las pulsiones de autoconservación que operan en el terreno psíquico. El segundo nivel es el de los síntomas funcionales. Se trata de síntomas somáticos que resultan de un aumento o de una disminución del

funcionamiento de un órgano o de un sistema de órganos. Reposa sobre un estado de desunión de las pulsiones sexuales y las pulsiones de autoconservación, que operan directamente en el terreno somático. Aquí, el proceso de simbolización no funciona debido a la ausencia de un mecanismo psíquico, único apto para ponerle a trabajar. El tercer nivel es el de las enfermedades orgánicas. Reposa sobre una desintrincación avanzada entre las pulsiones sexuales y las pulsiones de destrucción. Aquí los fundamentos mismos del proceso de simbolización son destruidos por los efectos de una destructividad psíquica desligada. El modelo freudiano prevé así correspondencias entre la calidad del funcionamiento mental y la del proceso de simbolización. Prevé, para los síntomas del cuerpo, una pérdida progresiva de las estructuras de sentido, paralelamente a la desorganización del funcionamiento mental.

En Garma, el modelo de interpretación de los síntomas orgánicos se basa en la noción fundamental de integración psicosomática. En el XXIV Congreso de Psicoanalistas de Lenguas Romances, citado aquí, Garma precisa la concepción a partir de la cual define la noción de integración psicosomática, así como la de dicotomía psicosomática. «En el tratamiento psicoanalítico, el psicoanálisis de los síntomas orgánicos provoca la unificación de la psiquis y del soma. Las diversas funciones orgánicas, de la misma manera que la genitalidad, se manifiestan entonces como relaciones especiales de objeto con sus contenidos psicosomáticos.» Según este modelo, la integración psicosomática reposa enteramente en la facultad que tienen las funciones orgánicas de representar relaciones específicas de objeto. Dicho de otra manera, la integración psicosomática reposa enteramente en el proceso de simbolización.

Durante el proceso analítico, el hecho de comer, digerir, asimilar cobra el sentido de recibir en sí a la madre y sus objetos derivados, y de guardarlos en tanto que energía y objetos internalizados que crean bienestar o malestar en el tubo digestivo y en el resto del cuerpo, según el tipo de relaciones afectivas que estos objetos provocan. (El objeto digestivo «madre» emana de otros objetos más primitivos en la filogenia humana.)

Inversamente, la dicotomía psicosomática reposa literalmente sobre una ruptura entre lo psíquico y lo somático, ruptura que se desarrolla en medio del proceso de simbolización y tiene como consecuencia impedir que las funciones orgánicas se conviertan en los soportes simbólicos de contenidos psíquicos. Para Garma, la práctica de la interpretación simbólica, en el curso de los tratamientos psicoanalíticos de pacientes orgánicos, tiene como fin restablecer la integración psicosomática a través de la reanudación del proceso de simbolización. Pero, entonces, si el funcionamiento mental del enfermo orgánico conduce a un borrado del proceso de simbolización, ¿podríamos pensar, como lo afirma Garma en las diferentes observaciones que nos ofrece, que las interpretaciones simbolizantes del analista restablecerán el proceso de simbolización desfalleciente en el enfermo? Parece que existe aquí una contradicción lógica entre, por un lado, el reconocimiento de un fallo en el funcionamiento mental del paciente, y, de otro, el empleo de una solución psicoanalítica inadecuada que no tiene en cuenta su economía psíquica, específica e

individual. El pasaje de una configuración de dicotomía a la de integración psicosomática justifica para el autor la interpretación simbólica, incluso cuando este pasaje equivale a un salto que permite ahorrar el trabajo en el funcionamiento mental. Aquí también encontramos en el modelo psicosomático de Garma, así como en el de Groddeck, una sobreinversión del lugar dado al proceso de simbolización en la formación de los síntomas y de las enfermedades orgánicas. Esta sobreinversión tiene como efecto permitir un acceso más o menos generalizado de las enfermedades orgánicas al tratamiento psicoanalítico. Pero, sobre todo, enmascara una laguna en la evaluación metapsicológica del funcionamiento mental y en el reconocimiento de la variedad de sus modalidades, tanto desde el punto de vista cualitativo como desde el punto de vista cuantitativo. Porque es otro mecanismo psíquico el que se revela en el curso de los tratamientos psicoanalíticos, como lo testimonian las variaciones del funcionamiento mental: la actividad asociativa. Al contrario de una simbolización concebida como un mecanismo autónomo, la actividad asociativa depende siempre de las fluctuaciones del funcionamiento mental. Ella enlaza en permanencia los movimientos de su economía y de su dinamismo. Es, en definitiva, la que justifica o no la interpretación simbólica de los síntomas somáticos durante el trabajo psicoanalítico.

El principio de identidad

Los modelos de la simbolización reposan todos en un principio simple: el principio de identidad. Este principio enuncia que existe una identidad entre los procesos fisiológicos y los procesos psíquicos, y que esta identidad justifica la interpretación simbólica de las funciones fisiológicas. Los fundamentos conceptuales del principio de identidad son diferentes en Groddeck y en Garma. En Groddeck, la identidad entre lo orgánico y lo psíquico no depende de sus relaciones mutuas. Depende de otro orden que les trasciende a ambos, el orden del Ello. Bajo su imperio, lo orgánico y lo psíquico son equivalentes y no representan más que dos variedades simbólicas de igual valor, al servicio de las intenciones del Ello. En Groddeck, el valor simbólico de las funciones fisiológicas no está ligado a las relaciones actuales o pasadas con lo psíquico. Es dado desde el inicio de la vida y depende exclusivamente de algo trascendental, el Ello. En Garma, la identidad entre lo orgánico y lo psíquico depende de sus relaciones pasadas en el curso de la evolución. Esta identidad reposa en la ficción teórica de que hubo un tiempo lejano durante la evolución donde los procesos fisiológicos y los procesos psíquicos no formaban más que una sola especie de proceso. En esta época, reinaba un estado de indiferenciación primitiva entre lo orgánico y lo psíquico. Según esta ficción teórica, en el curso de la evolución se operará la diferenciación entre los procesos fisiológicos y los procesos psíquicos, y los segundos se separarán de los primeros. Para Garma, el valor simbólico de las funciones fisiológicas reposa en la reactivación, durante los movimientos de regresión, del estado de indiferenciación primitiva que reinstala la identidad entre procesos fisiológicos y procesos psíquicos. Las relaciones simbólicas entre lo orgánico y lo psíquico dependen de las relaciones anudadas durante la evolución entre los dos órdenes de lo vivo. La regresión es como el retorno hacia un pasado

olvidado y permite ella sola la reviviscencia de una potencialidad virtual, heredada de la evolución, que devuelve vida y potencia a la identidad psicofisiológica.

Es exactamente en este sentido, que un psicoanalista francés, Georges Parcheminey, concibe los fenómenos psicosomáticos. En un texto escrito en 1948, «La problemática del psico-somatismo», afirma como fundamento del «psico-somatismo» que,

si esta regresión reactiva ciertas fases, ciertas estructuras primitivas de indiferenciación, vemos entonces que las leyes del inconsciente que se aplican a estas estructuras o más exactamente al psiquismo inherente a estas estructuras hacen saltar las barreras de lo psíquico y de lo orgánico, ocurriendo esto tanto en los procesos psíquicos como en los procesos fisiológicos. El secreto del fenómeno somático de la histeria, de las alteraciones llamadas funcionales en patología, incluso en ciertas alteraciones orgánicas, resulta de esta contemplación de los fenómenos.

Para Parcheminey, la memoria de la evolución y de los tiempos sucesivos que ella atravesó es depositada en el inconsciente psíquico. Por eso, según el autor, la regresión, en su recorrido a través del inconsciente psíquico, y hasta la fase de indiferenciación primitiva, encuentra la estricta identidad psicofisiológica. El principio de identidad, en la concepción de Parcheminey, está llevado hasta sus últimas consecuencias:

Cuando decimos de una imagen onírica que simboliza tal representación, hacemos una reconstrucción secundaria en otro plano del pensamiento; como ya se dijo, por ejemplo, una serpiente en un sueño no simboliza el pene: es este órgano. De la misma manera, cuando un neurótico presenta vómitos, decimos para aclararnos que simboliza corporalmente una actitud de asco por la vida, que está realizando lo que en el lenguaje común diríamos: me da náuseas. Pero de hecho, este síntoma del vómito es en sí mismo el asco hacia una actitud vital inconsciente del enfermo.

Con Parcheminey, el proceso de simbolización está borrado. La realidad de la simbolización en tanto que proceso psíquico desaparece. Entonces, si para Garma el principio de identidad representa la base sobre la que reposa la simbolización, en Parcheminey, se convierte en el agente de su desaparición. Con el principio de identidad, tocamos los límites de la representación teórica de los hechos psicosomáticos. Ya que, de la distancia entre lo real orgánico y su función simbolizante depende una concepción dualista o monista de la realidad psicosomática.

Para Freud, la cuestión de la simbolización está ligada a la de la histeria. Y al mecanismo psíquico. En este sentido, no se puede concebir un mecanismo de simbolización en la formación de síntomas neuróticos, sin suponer que existe un mecanismo psíquico más arriba, al comienzo de la cadena de los acontecimientos que

conduce a los síntomas del cuerpo. Freud en sus escritos siempre privilegió la concepción de un doble origen, somático y psíquico, en la formación del síntoma histérico. Éste está sostenido o retenido por los dos lados, del lado orgánico y del psíquico. Según esta concepción, el sentido, que se desprende del mecanismo psíquico, es dado secundariamente a la función orgánica que lleva al síntoma. El sentido se injerta en el órgano en un segundo tiempo. De aquí entendemos que, para la concepción freudiana de los síntomas histéricos, el principio de identidad entre procesos fisiológicos y psíquicos pierde su valor heurístico. Ya que, para Freud, las dos especies de procesos, orgánico y psíquico, no se confunden, sino que pueden reencontrarse en diferentes momentos de una trayectoria regresiva. Junto al mecanismo de simbolización secundaria, Freud describió otro modo de simbolización, primario, directo e inmediato, utilizando el lenguaje como modelo. Pero en esta otra variedad de simbolización histérica para la que las palabras pronunciadas pueden provocar inmediatamente síntomas corporales, Freud es llevado a contemplar en la evolución un mismo origen para el afecto y el lenguaje. Así, en Estudios sobre la histeria, y a propósito del caso de Mme Cécile citado en la observación de Elisabeth V. R..., Freud escribió:

¿No es cierto que la expresión «tragar algo», utilizada para hablar de una ofensa padecida y a la que no se respondió, emana realmente de sensaciones de inervación que aparecen en la garganta, cuando el ofendido se prohibió responder y actuar? Todas estas inervaciones, todas estas sensaciones forman parte de la «expresión de los movimientos emocionales» como lo enseñó Darwin. Consistiendo primitivamente en actos adecuados, bien motivados, estos movimientos se encuentran generalmente en nuestra época tan debilitados que su expresión verbal nos parece como una traducción imaginada pero es probable que todo ello haya tenido antaño un sentido literal. La histérica tiene pues razón al dar a sus inervaciones más fuertes su sentido verbal primitivo. Quizás estemos errados cuando decimos que la histérica crea semejantes sensaciones por simbolización; quizás nunca tomó el lenguaje común como modelo, pero bebió en sus mismas fuentes.

Aquí también, en los encuentros entre proceso fisiológico y psíquico, a través del acto de simbolización, sólo se trata de encontrar el punto de unión de los dos elementos de una pareja primitiva y no de la identidad de los dos elementos. Freud siempre reconoció en su medida, la más pequeña distancia que crea oposiciones y diferenciaciones y que la evolución se encarga de desmultiplicar mediante el trabajo de la complejidad.

Las teorías psicosomáticas que utilizan el modelo de la simbolización como organizador de su inteligibilidad se inscriben en una concepción histérica de los hechos psicosomáticos. Estas teorías prolongan y extienden los límites del modelo de la histeria. Para Groddeck, no existe ninguna frontera, en el interior del terreno de los síntomas orgánicos, para separar los que se desprenden de una estructura histérica de los que emanan de cualquier otra estructura psicopatológica. El sentido se extiende al conjunto del territorio de los síntomas funcionales, e incluso se extiende más allá

hasta ciertas enfermedades orgánicas. Extendiendo el dominio de los síntomas corporales que revelan una atribución de sentido, los teóricos del modelo de la simbolización toman partido por sacrificar el análisis diferencial del funcionamiento mental de los enfermos somáticos. En Freud, lo que está en la base de la separación clínica y metapsicológica de la neurosis histérica y la neurosis actual es el reconocimiento de una diferenciación primordial en sus modalidades de funcionamiento mental. Esta diferenciación fundadora de los dos modelos, el de la histeria y el de la neurosis actual, reposa sobre la existencia o no de un proceso psíquico. La extensión del campo de influencia de la simbolización más allá de los síntomas histéricos tiene como consecuencia el borrar esta diferenciación, fundadora de una pluralidad de organizaciones psicosomáticas.

La conversión en tela de juicio

El principio de identidad condujo a ciertos autores a revisar el concepto de conversión histérica. Es el caso de Georges Parcheminey y Jean-Paul Valabrega, en Francia. Para Freud, el mecanismo de la conversión es la pared maestra de todo el edificio teórico de la histeria. En su teoría general de las neurosis, el afecto, separado de la representación en el curso del conflicto psíquico, es objeto de un mecanismo de defensa específico: desplazado en la neurosis obsesiva, transformado en la neurosis de angustia, convertido en inervación corporal en la neurosis histérica. La aptitud para la conversión es la firma de la histeria. A partir de allí toda revisión del concepto de conversión supone una revisión de la concepción de la histeria. Para Parcheminey, la realidad misma de la conversión es puesta en cuestión en sus fundamentos, porque implica, según él, el mantenimiento de una concepción dualista psique-soma. En un texto publicado en 1949, «Crítica de la noción de histeria de conversión», Parcheminey desarrolla una lista de argumentos que trata de abolir la noción de conversión histérica. Para él, la comprensión de la histeria procede de una concepción evolucionista de la psicopatología. Ya que, para Parcheminey, la evolución es el nuevo paradigma teórico alrededor del cual debe organizarse la totalidad del saber psicopatológico. Más que una dimensión del saber, la evolución se convierte en la estructura epistémica por la que se contempla, desde ese momento, la inteligibilidad de los hechos clínicos.

Esta noción de evolución, de integración, debería ser considerada en su conjunto en función del desarrollo del pensamiento, de las disposiciones innatas (si se admite la hipótesis de un inconsciente colectivo), de la adaptación al mundo externo, del grado de evolución de las funciones y del aparato nervioso. Resumiendo, estamos conducidos, sean los que fueren los términos que utilicemos, o los trabajos a los que nos refiramos, a una noción de estructuración progresiva.

Para Parcheminey, la evolución es una realidad viva que funciona permanentemente en los dos sentidos opuestos del progreso y de la regresión. Para él, toda historia pasada que atravesó la evolución en tiempos sucesivos puede retomar

vida en la actualidad a favor de un movimiento de regresión. Hasta el punto que se puede decir que nada de esta historia de la evolución ha caducado, y que los antiguos tiempos conservan todo su vigor y su eficacia hasta que una corriente los reanime.

Volvamos al punto de vista de la evolución; desde una perspectiva jacksoniana, si se admite que los síntomas de una neurosis representan los signos positivos de una disolución psíquica, tenemos el derecho de preguntarnos si los grados de esta disolución, de esta regresión, no están en relación con una etapa dada de la estructuración, y por este hecho ponen en juego una situación vital cada vez más primitiva.

Vemos aquí como, a partir de la noción de regresión psíquica, el autor franquea todas las fronteras, la del funcionamiento psíquico y la de la evolución, para llegar a este terreno altamente hipotético de lo primitivo y de lo indiferenciado, a este dominio ficticio del comienzo de las cosas. Para Parcheminey, existe una equivalencia entre tres términos, el de «primitivismo», el de «indiferenciación» y el de «identidad». Pero esta equivalencia reposa en una afirmación de principio que no justifica ningún apuntalamiento antropológico ni metapsicológico. Esta equivalencia sostiene la idea de que hubo un tiempo antiguo en la evolución, donde lo orgánico y lo psíquico eran una única realidad. Como si lo psíquico estuviera dado desde el inicio de la vida y naciera al mismo tiempo que lo orgánico. Como si lo psíquico no emergiera de lo orgánico durante la evolución humana, así como a lo largo de la evolución individual. Esta concepción de un retorno ficticio a un estado primitivo de indiferenciación somatopsíquico es lo que Parcheminey afirma con fuerza y a la que la psicología genética viene a socorrer. «Si admitimos una cierta equivalencia de las reacciones normales del niño y de las reacciones regresivas de la histérica, no se puede ya hablar de una conversión, de un desplazamiento de un afecto en la movilidad, ya que esta reacción motora no es sino la manera de vivir este afecto.» A partir del paradigma de la evolución concebida como una nueva estructura de inteligibilidad de los hechos psicopatológicos, el autor aporta a la teoría de la histeria dos correctivos que transforman hasta sus fundamentos la concepción metapsicológica que Freud había elaborado. El primer correctivo se refiere al mecanismo de la conversión y el segundo al de la simbolización. Para Parcheminey, la corriente regresiva, llevada hasta fases primitivas de indiferenciación somatopsíquica, es suficiente para explicar el síntoma corporal de la histeria. Sustituyendo a la conversión como proceso de determinación en la formación de los síntomas, la regresión borra a la vez el mecanismo psíquico que opera más allá de la conversión histérica. «Esta concepción genética no tiene necesidad de la idea de conversión para ser comprendida, es decir del desplazamiento de energía, ni del travestismo intencional y, por otro lado, el salto misterioso de lo psíquico a lo físico no existe ya que no hay salto sino una identidad de estructura.» De la misma manera que desaparece el mecanismo psíquico de la histeria, el trabajo de la simbolización desaparece igualmente. Porque lo que está simbolizado se confunde con lo que es simbólico. La distancia entre el símbolo y lo que éste recubre y que, por eso mismo, testimonia el trabajo del inconsciente psíquico, esta distancia desaparece y se diluye en el principio de identidad. Para Freud y Ferenczi, la estructura psíquica de la

simbolización comporta siempre dos elementos: el primero es mantenido en el inconsciente gracias a la acción de la represión, mientras que el otro es sobre el que se transfieren las significaciones del primer elemento y se convierte así en el símbolo manifiesto del elemento reprimido. Esta estructura psíquica es la que se hace añicos por el principio de identidad. Así, según Parcheminey, «un espasmo intestinal no es el significado de un afecto ansioso: es el propio afecto».

Suprimiendo la conversión del paisaje conceptual de la histeria y remplazándola por la regresión a lo idéntico, Parcheminey atribuye a los síntomas somáticos el valor de una expresión fisiológica de los afectos. Reduce al mismo tiempo sus significados al campo de la evolución. Esta visión de los síntomas histéricos no sólo tiene como consecuencia el alterar profundamente el edificio teórico de la neurosis histérica, también conduce a la negación del trabajo psíquico. Suprimiendo la conversión histérica, Parcheminey priva a la teoría de una herramienta de diferenciación metapsicológica y de discriminación en el interior del campo de los síntomas somáticos.

Si Parcheminey suprime la conversión histérica, Valabrega propone extenderla y generalizarla, primero, al conjunto de los síntomas funcionales y, luego, al conjunto de los síntomas somáticos. La conversión histérica se transforma en Valabrega en una conversión psicosomática generalizada.

La observación nos lleva a la convicción de que la conversión histérica es un proceso psicosomático en el sentido más riguroso de la palabra; pero es un caso particular. Por otra parte debe existir una concepción más general de estos procesos de somatización, una teoría de la conversión psicosomática generalizada -por decir algo-, teoría en la cual el síntoma somático de la histeria aparece únicamente como uno de los parámetros o como uno de los valores posibles de un parámetro.

El marco general de una nueva interpretación de los síntomas somáticos queda establecido, a partir de él la conversión se transforma en la nueva operación de la inteligibilidad de todas las formas de síntomas corporales. Las antiguas y clásicas oposiciones nosográficas entre neurosis histérica y neurosis actual, que diferenciaban los síntomas histéricos de los síntomas funcionales a partir de su estructura psíquica respectiva, desaparecen y dejan el lugar a una estructura conversiva generalizada y globalizante que recubre todas las variedades de los síntomas somáticos. En la concepción de Valabrega la teoría de la conversión psicosomática generalizada se transforma en una teoría de la histeria generalizada. Porque, para el autor, la conversión psicosomática conserva todos los caracteres que definen la conversión histérica. Es una conversión fundada en un proceso de simbolización y de atribución de significaciones múltiples y en particular históricas del sujeto enfermo. Es una conversión que, como la histeria, contiene en su interior una actividad fantasmática. Para Valabrega, todo síntoma somático contiene su gradiente de sentido, y si la conversión histérica es considerada como un caso particular de la conversión psicosomática generalizada, desde el punto de vista del sentido, no deja de

representar el modelo de referencia. Si las fronteras entre las diferentes modalidades de funcionamiento mental, más o menos aptas para generar sentido, están borradas, el autor prevé, en el seno de la estructura conversiva generalizada, una pluralidad de formas de simbolización. «Hay pues diferentes tipos de simbolización y la simbolización lisa o visceral es simbolización tanto como la estriada o motora.» En un texto publicado en 1968, «Introducción del concepto de conversión psicosomática en la nosografía y la teoría psicoanalítica», de donde están sacadas las dos citas aportadas aquí, Valabrega coloca, en el centro de su concepción teórico-práctica de psicoanalista, la investigación del sentido en el tratamiento de los pacientes somáticos. Esta investigación contiene, sin embargo, un reto que es el de tratar de acreditar a todo paciente somático o a todo síntoma somático un sentido a priori.

Los modelos de la simbolización marcan el pensamiento psicosomático psicoanalítico por su valor a la vez histórico y heurístico. Todos comportan un grado, más o menos amplio, de generalización y de sistematización en el empleo del sentido y de las significaciones referidas a los síntomas somáticos. Su diferencia se basa en el valor y en la riqueza de las significaciones proyectadas sobre los síntomas somáticos. Para Groddeck, la significación es teleológica. Para Garma, el síntoma somático porta una fantasía cuyo valor y significación son los de la fase libidinal a la cual retorna el síntoma. Para Parcheminey, la significación del síntoma somático es dada por la evolución y representa la expresión fisiológica de los afectos en general. Para Valabrega, el sentido del síntoma somático debe encontrarse mediante el trabajo analítico; es un sentido histórico e individual. Sea lo que fuere, todos los modelos de la simbolización desarrollados en las diferentes teorías psicosomáticas despliegan, cada uno a su manera, la concepción general de la histeria. Al mismo tiempo, por su carácter de generalización y de sistematización, borran las diferencias gráficas metapsicológicas y por las que Freud desde el principio había distinguido varias clases de síntomas somáticos sobre fundamentos psíquicos y no orgánicos. La interpretación simbólica de los síntomas somáticos comporta una laguna, la del punto de vista económico. Freud restablece las pequeñas diferencias en el seno del funcionamiento mental mediante las cuales el conjunto del terreno de los síntomas somáticos escapa a la homogeneidad, la uniformidad y la confusión.

La adaptación

La medicina psicosomática

Los modelos de la simbolización representan el cuerpo como un conjunto orgánico compuesto de funciones variadas dotadas de la capacidad de expresar pensamientos, afectos, fantasías, conflictos de origen psíquico y reemplazando a las funciones psíquicas. Esta capacidad expresiva o de representación que los teóricos de la simbolización confieren a las funciones orgánicas viene a añadirse a los fines específicos y originales de las mismas funciones en el orden de la vida. Mediante esta atribución generalizada de esta capacidad de expresión psíquica para el conjunto de las funciones orgánicas, se franquea la frontera que estableció Freud entre la vía histérica, portadora de sentido, y la vía funcional, desprovista de sentido, y al mismo tiempo se barren las diferencias económicas sobre las que ella reposaba. El organismo se convierte en un amplio teclado que el psiquismo puede utilizar a su gusto para expresar contenidos de ideas y afectos cada vez que un obstáculo externo o interno bloquee la vía de expresión directa y comportamental.

Los primeros psicoanalistas en torno a Freud, que se enrolaron en la vía de la extensión y de la aplicación del psicoanálisis a las enfermedades orgánicas, abordaron sus nuevas investigaciones como psicoanalistas, con las dificultades que impone la práctica psicoanalítica, limitando el número de observaciones y la extensión de las indicaciones. Para los primeros psicoanalistas que se interesaron por la psicosomática, siguiendo las huellas de la práctica psicoanalítica clásica, las observaciones no podían sino ser limitadas en el número de observaciones y en la aplicación de las indicaciones. Porque para ellos, en el sector de la práctica psicoanalítica clásica, las observaciones no podían ser sino limitadas en número y en variedad de enfermos somáticos que requerían un encuentro con el psicoanalista.

A partir de los años 1920 y 1930, en los Estados Unidos, la psicosomática, apenas incipiente en el Viejo Continente, va a sufrir profundos cambios tanto desde el punto de vista metodológico y conceptual como desde el punto de vista práctico y terapéutico. Si hasta entonces la psicosomática era un asunto de psicoanalistas aislados, animados por un interés científico y médico por las enfermedades orgánicas, y la aplicación del psicoanálisis en su comprensión y en sus tratamientos, en adelante, en Estados Unidos, se convierte, bajo el impulso de algunos psiquiatras y psicoanalistas, en una tarea colectiva, utilizando métodos nuevos de investigación y poniendo metas prácticas y bien definidas. Bajo el impulso de necesidades prácticas, médicos y psiquiatras van a unir sus esfuerzos para resolver los problemas de la salud pública que se planteaban en la sociedad norteamericana desde finales del siglo xix y comienzos del siglo xx en proporciones más o menos alarmantes. Ya que la medicina tradicional, que se desarrolló a lo largo del siglo xix en referencia a los modelos anatomo-clínico y experimentales, era impotente para dar un diagnóstico, una etiología y una terapia eficaces a un número cada vez más importante de

enfermedades somáticas. Según las estadísticas aportadas por Flanders Dunbar en su obra *Psico-Somatic Diagnosis*, la Metropolitan Life Insurance Company indica que uno de cada dos adultos por debajo de los 50 años muere de afección cardiovascular y que, entre estas muertes, la mitad está relacionada con la hipertensión arterial esencial. Por otro lado, los exámenes practicados en 20.000 enfermos que padecían de alteraciones dispépticas crónicas en la Clínica Mayo indican un porcentaje de 15 por 100 de lesiones características de úlcera, 2,6 por 100 de una imagen de cáncer, el resto (82 por 100) revelan alteraciones funcionales. Más aún, el número de enfermedades llamadas constitucionales o de terreno, como las migrañas, el asma, el eczema o la psoriasis, están en proporción creciente. Del conjunto de estas investigaciones de la salud pública hechas bajo demanda de compañías de seguros, resulta que alrededor de 9 sobre 10 enfermos no tienen ninguna enfermedad típica de etiología conocida y no pueden, en consecuencia, beneficiarse de una terapia eficaz. Lo que emerge del conjunto de estas investigaciones cifradas es un boletín de salud de la población norteamericana en la primera mitad del siglo xx. Destaca en estas investigaciones el lugar preponderante que ocupan las alteraciones funcionales en el diagnóstico y la investigación etiológica. Para Weiss y English, un tercio de los enfermos que van a consultar por síntomas somáticos, no presenta ninguna alteración orgánica ni de orden mental: son puros «funcionales». Otro tercio de enfermos presenta alteraciones orgánicas, de las que la encuesta médica reconoció la presencia influyente de factores psíquicos. En el último tercio, los enfermos presentan enfermedades orgánicas, como la migraña, el asma, el eczema o la hipertensión arterial esencial, en las que se reconoce el determinismo psíquico como preponderante en la etiopatogenia de la enfermedad.

En Estados Unidos, la medicina psicosomática nace de la necesidad de elucidar el misterioso factor psíquico «funcional» en el genio evolutivo de la enfermedad, y para aportar a los enfermos una terapia psíquica adaptada. La medicina psicosomática se convierte en el nuevo concepto de la medicina. No se trata de una disciplina nueva en la gama de las especialidades médicas, sino de un nuevo punto de vista, una nueva mirada sobre el hecho médico. Surgida del encuentro entre la medicina y la psiquiatría en el medio hospitalario, la medicina psicosomática debía elaborar su propia metodología y crear sus propios conceptos. De entrada, el psicoanálisis ocupará un gran lugar en el andamiaje conceptual de la medicina psicosomática, pero siempre representará sólo una parte de este andamiaje. Dado que las condiciones mismas de constitución de este nuevo concepto que es la medicina psicosomática, suponen la comunicación permanente de dos orientaciones, dos saberes, y que junto al psicoanálisis figuran en buen lugar las ciencias fisiológicas. Al contrario de las primeras tentativas que extendían el psicoanálisis a los síntomas orgánicos a través de los modelos de la simbolización, la medicina psicosomática conservará el psicoanálisis en el interior de sus límites naturales, es decir, el domino psíquico, y se asociará a la fisiología a la que incumbirá la tarea de explicar los procesos orgánicos. Para el nuevo concepto, el psicoanálisis no basta para dar cuenta del hecho psicosomático. Para este nuevo concepto, el psicoanálisis es conducido a una definición operatoria de disciplina psicológica. Su campo de influencia acaba allí donde comienza el de la fisiología. Se asocia a las ciencias cuyo objeto se refiere a

los objetos orgánicos. Con la medicina psicosomática, que se desarrolla rápidamente en los Estados Unidos de América bajo el impulso de médicos, siendo los más innovadores Flanders Dunbar, Weiss y English, Alexander, todo es cuestión de relaciones, de coordinación, de interdependencia y de integración.

Definiciones y metodología

Examinemos la manera en la que los fundadores de la medicina psicosomática definieron el nuevo concepto. Para Flanders Dunbar, «es la parte de la medicina que tiene relación con una búsqueda de los mecanismos emocionales y físicos implicados en los procesos mórbidos de cada enfermo, poniendo el acento sobre la influencia que cada uno de los dos factores ejerce sobre el otro y lo individual sobre el conjunto». Cuando Dunbar introduce su definición de la medicina psicosomática calificándola de «parte de la medicina», no hay que entender en esta formulación la idea de una nueva especialidad médica que se añade a las ya existentes. Hay que entender la expresión de un nuevo punto de vista sobre la medicina. Y este nuevo punto de vista contiene en su constitución misma un camino de investigación. Esta doble polaridad, a la vez científica y terapéutica, presente desde el inicio en la definición, constituirá un hilo conductor para toda la corriente de pensamiento de la medicina psicosomática. Pero lo que es de señalar en el enunciado de la definición del nuevo campo clínico, que es la medicina psicosomática, es la manera en la que Dunbar nombra las cosas. Lo que se pone en juego son mecanismos emocionales y mecanismos físicos. Lo que se coloca frente a los mecanismos físicos no son los mecanismos psíquicos, sino las emociones. En adelante, el objeto de la investigación entra en escena. Se trata de focalizar su interés científico y médico sobre una parte de la vida psíquica, las emociones, y de explicitar su economía. El último paso de esta nueva actitud de investigación es la comprensión de la influencia mutua que ejerce la economía emocional sobre los procesos físicos y viceversa.

Para Weiss y English, «el término psicosomático» es relativamente reciente, pero los datos a los que se refiere son tan antiguos como el arte de curar. La medicina psicosomática no es una especialidad porque ella comprende todos los aspectos de la medicina y de la cirugía. Acuerda tanta importancia a los factores orgánicos como lo hace la medicina general, pero acuerda más a los factores psíquicos, valorando así un antiguo principio según el cual la mente y el cuerpo no son elementos opuestos sino interdependientes... Desde el punto de vista científico, el fin de la medicina psicosomática es descubrir la naturaleza precisa de las relaciones entre las emociones y las funciones orgánicas. Los resultados fueron obtenidos gracias a la colaboración de las investigaciones modernas de la fisiología, basadas en datos de la ciencia experimental y los tests hechos en animales, junto a los descubrimientos del psicoanálisis. Estas dos corrientes de la ciencia moderna en vías de integración permiten contemplar progresos importantes en la ciencia médica. En la definición de Weiss y English encontramos la misma estructura conceptual en la manera de aprehender y de presentar el nuevo concepto. Encontramos aquí la creación o la recreación de un nuevo punto de vista médico, la gestión científica y la búsqueda de

una interdependencia entre factores de orden psíquico y factores de orden físico. Pero sobre todo encontramos la puntualización en la noción de emoción que viene a representar, en el diálogo entre psiquismo y vida orgánica, a los procesos psíquicos. Aquí se precisan los métodos que la medicina psicosomática utiliza para conseguir resultados teóricos. De un lado, los estudios experimentales en el terreno de la fisiología. De otro lado, los estudios psicoanalíticos. En su prefacio a la primera edición americana de su libro común Medicina psicosomática, Weiss y English escriben:

Cuando una nueva revista médica, titulada La Medicina psicosomática apareció en 1939, el Journal of the American Medical Association publicó un editorial para comentar el acontecimiento. Rendía allí un homenaje a la psicología dinámica de Sigmund Freud, llamada a jugar un papel importante en esta nueva rama de la ciencia médica. Efectivamente, únicamente sobre el fundamento de esta psicología inspirada en la biología podían establecerse las bases de la medicina psicosomática.

La singularidad epistemológica del concepto de medicina psicosomática reside en un montaje original que integra dominios heterogéneos del saber. La unión entre fisiología y psicoanálisis se estableció sobre la base de una yuxtaposición entre metodologías fundamentalmente heterogéneas y de una asociación entre conceptos surgidos de dominios de análisis cualitativamente diferentes.

Para Alexander, la medicina psicosomática se propone estudiar la influencia de las emociones sobre las enfermedades. En su obra de síntesis, La medicina psicosomática, precisa que el término «psicosomático» debería ser empleado tanto en la investigación como en la terapia. Esto quiere decir el uso coordinado y simultáneo de los métodos y conceptos, por un lado, de orden fisiológico, anatómico, farmacológico, quirúrgico y dietético, y, por otro, de orden psicológico. El acento debe ponerse en el calificativo «coordinado» que indica que los dos métodos deben ser integrados en el armazón que sostiene los conceptos mismos de las relaciones causales. En el enunciado de esta definición encontramos la doble polaridad constitutiva de la nueva orientación psicosomática: una actitud de investigación y una actitud terapéutica. También encontramos el empleo de una doble metodología de investigación: la de las ciencias de lo vivo y la del psicoanálisis. Más adelante en su texto Alexander precisa, con ayuda de un ejemplo concreto, la manera en la que concibe la integración de estas metodologías heterogéneas en el interior de una orientación psicosomática unificada.

El estudio de la secreción gástrica, para ser más concreto, puede ser referido al método fisiológico en la observación del proceso local. Puede pues englobar el estudio fisiológico de los impulsos nerviosos que controlan la secreción gástrica. Esto es aún una investigación puramente somática, mientras que el estudio psicosomático de la secreción gástrica contempla no solamente una parte de este complejo proceso, sino su totalidad. Incluye, en consecuencia, el estudio de los estímulos córtico-centrales que influyen la

secreción gástrica, lo que no puede hacerse por medios exclusivamente fisiológicos. Sabemos, por ejemplo, que una espera ansiosa y el deseo de ayuda y de afecto pueden también estimular la secreción gástrica. Estos estados están ligados a ciertos procesos cerebrales, pero no pueden ser descritos de una manera satisfactoria más que en términos psicológicos.

Alexander nos revela aquí el fondo de su pensamiento psicosomático. Lo psíquico para Alexander responde a un proceso cerebral que no puede ser descrito de manera satisfactoria más que en términos psicológicos. En el prólogo, precisa su punto de vista y erige como postulado la idea, según la cual

otra noción que caracteriza esta obra es que los procesos psicológicos no difieren nada de otros procesos que se desarrollan en el organismo humano. Estos procesos son psicológicos al mismo tiempo que fisiológicos. No se distinguen de otros procesos somáticos más que por ser percibidos subjetivamente y ser susceptibles de ser comunicados verbalmente a otros. En consecuencia, pueden ser estudiados mediante métodos psicológicos.

En resumen, los procesos psíquicos son procesos fisiológicos cuya calidad específica es la de ser percibidos subjetivamente. Se comprende mejor, entonces, la focalización que ejerce el método nuevo de medicina psicosomática sobre la emoción, en la medida en que ésta se descubre a través de sus manifestaciones psíquicas subjetivas, así como a través de los signos fisiológicos, objetivos, de su expresión somática. La emoción opera así como un organizador psicosomático. Se convierte en el nuevo paradigma de la medicina psicosomática. Nos la encontramos en las encrucijadas de los factores psíquicos y somáticos. Es el agente de influencia mutua entre los procesos psíquicos y los procesos orgánicos. Hablamos de ella cuando se señala la interdependencia entre las funciones psíquicas y las funciones somáticas.

La medicina psicosomática nació del trabajo en común entre fisiólogos y psiquiatras. El encuentro entre especialidades, tan alejadas unas de otras por su objeto de estudio, pudo realizarse gracias a que los problemas de la medicina práctica colocaban a los médicos en una impotencia crónica. La medicina psicosomática nació de la imperiosa necesidad de resolver la cuestión de las alteraciones funcionales. El encuentro entre fisiólogos y psiquiatras se operó a medio camino de sus investigaciones recíprocas, en el lugar de las emociones, allí donde se cruzan la ramificación psíquica y la fisiológica.

Por el carácter estático de sus entidades nosográficas, la psiquiatría, a comienzos del siglo xx, no es apta para aportar esclarecimientos teóricos a los problemas sutiles y, al mismo tiempo, misteriosos de las alteraciones funcionales en la clínica médica. Para muchos psiquiatras el psicoanálisis llena esta laguna aportando un conjunto de concepciones dinámicas que vuelven inteligibles los procesos complejos de la vida psíquica, y en particular aquellos de donde procede la formación de los síntomas del cuerpo. Pero el psicoanálisis no puede abordarse sin el uso de una metodología

específica de investigación. Su utilización sistemática durante el estudio psicosomático del enfermo definirá una frontera entre el punto de vista médico clásico y el punto de vista nuevo de la medicina psicosomática. Ya que, como señala Michel Fain en un texto escrito en 1956 titulado «Psicoanálisis y medicina psicosomática», texto que pertenece a una obra colectiva, El psicoanálisis de hoy bajo la dirección de Sacha Nacht:

La situación se presenta de una manera totalmente diferente cuando el estudio se hace sobre las funciones mentales. La noción de normalidad psíquica es elástica y varía según las épocas, las costumbres, el estatuto social. La psiquiatría clásica la sitúa sobre todo en relación con las entidades mórbidas que ha acotado. Las dificultades, las incertidumbres aumentaron aún más al tratar de evaluar el dinamismo de los movimientos psicoafectivos, la energía ligada a ellos, el modo de equilibrio que tiende a establecer, las variaciones producidas por ciertos acontecimientos sobre toda esta energética. Es el terreno del psicoanálisis. En nuestra opinión, son estas dificultades de las funciones mentales las que en primer lugar han provocado una escisión entre la clínica clásica y la ligada a la patología afectiva. Los métodos objetivos que aseguran en la exploración de las otras funciones un control casi absoluto pierden toda eficacia en este terreno.

Pero los fundadores de la medicina psicosomática tomarán del psicoanálisis solamente algunas de sus concepciones fundamentales, las que han podido referir a la noción de adaptación. Para Alexander, la psicología es una ciencia biológica. Sobre la base de este postulado, el autor afirma que «el proceso vital del organismo puede ser estudiado a la vez por la investigación somática de sus manifestaciones somáticas y por la investigación psicológica de sus manifestaciones psicológicas». Encontramos aquí, bajo la forma que toma de las concepciones modernas, la vieja idea de que la realidad psíquica es una realidad fisiológica bajo otra forma. En sus Principios de psicoanálisis, Alexander justifica sus concepciones psicosomáticas fundándolas sobre las posiciones teóricas de Freud que pertenecen históricamente al período preanalítico. Retiene en particular las nociones de principio de constancia y principio de inercia como representantes de una concepción unificada, psicosomática, de la adaptación. A través de estos dos principios, el autor apunta hacia las nociones de conservación de la energía y del equilibrio entre el medio interior y el medio exterior. Si para Freud el principio de constancia es un presupuesto teórico, de naturaleza psicofísica, necesario para la elaboración de la primera fase de la teoría general de las neurosis, y destinado a volver inteligible, desde el punto de vista económico, la formación de los síntomas neuróticos y psiconeuróticos, para Alexander el principio de constancia no es sino la forma psíquica del principio general de homeostasis del organismo.

Una de las tendencias fundamentales del organismo trata de mantener estas tensiones psíquicas a un nivel constante. Freud tomó prestado este principio de Fechner y lo llamó «principio de constancia». Su equivalente fisiológico fue reconocido por primera vez por Claude Bernard y formulado

por Cannon bajo el término de «homeostasis», tendencia del organismo vivo a mantener constantes las condiciones internas, tales como la temperatura y concentración de los humores. Los principios de constancia y de homeostasis son idénticos. El primero se expresa en términos psicológicos, el segundo en términos fisiológicos.

La afirmación de una equivalencia entre un principio de funcionamiento psíquico y un principio de funcionamiento fisiológico borra de un golpe toda diferenciación funcional entre el terreno psíquico y el fisiológico. Al mismo tiempo, la utilización actual de una noción teórica correspondiente a una fase superada de la evolución del pensamiento freudiano representa una regresión en el orden del pensamiento psicoanalítico. Para Alexander, los principios de constancia y de inercia representan los dos principios dinámicos del fundamento de todo proceso vital y no solamente el fundamento de todo proceso psíquico. La finalidad de estos dos principios es la de permitir en todo momento al conjunto del organismo adaptarse al máximo a las condiciones del medio, se trate de un medio externo o interno.

La aportación de la fisiología

La emoción es la llave maestra de todo el edificio conceptual de la medicina psicosomática. Por su estructura bifásica y su doble expresividad, a la vez psicológica y fisiológica, es un objeto de análisis ideal para estudiar las interacciones psicosomáticas. Porque la emoción es un objeto de análisis que puede ser manipulado tanto con instrumentos psicoanalíticos como con instrumentos fisiológicos. Para Alexander, «la contribución más importante que el psicoanálisis aportó a la medicina es el haber añadido al microscopio óptico un microscopio psicológico. Este nuevo instrumento es una técnica psicológica que permite una investigación minuciosa de la vida emocional del enfermo». Pero, al mismo tiempo, para este autor, es un hecho confirmado por la experiencia cotidiana que emociones como el miedo, la cólera, el rencor, un sentimiento de malestar o de culpabilidad tienen repercusiones fisiológicas bien determinadas.

Las experiencias clásicas de Cannon proporcionaron la base de la mayoría de las investigaciones psicosomáticas actuales. Todo el mundo es consciente de que la acción de llorar, de reír, de enrojecer o incluso una incapacidad para controlar el intestino o la vejiga pueden ser la consecuencia de violentas emociones; pero son efectos pasajeros en la vida de individuos sanos. Investigaciones sistemáticas demostraron que no solamente manifestaciones pasajeras como éstas seguían a un acceso emocional, sino que también alteraciones crónicas de las funciones orgánicas podían resultar de una tensión emocional prolongada; y que desde la función el mal se podía extender al propio organismo. Para la medicina psicosomática, la verificación experimental de los efectos fisiológicos y fisiopatológicos de las emociones sobre las funciones orgánicas representa un postulado fundamental. Sin embargo, la fisiología se apoderó desde hace tiempo ya de la cuestión de las emociones y de su fisiología. Según una síntesis hecha por Alberto Segúin, en su

Introducción a luz medicina psicosomática, los trabajos de Cannon muestran

primeramente emociones agradables y placenteras favorecen los procesos de digestión (secretoria y motora), mientras que las emociones desagradables (preocupación, ansiedad, temor o cólera) actúan desfavorablemente. En segundo lugar, fuertes emociones (principalmente la cólera y el miedo), así como el sufrimiento, están acompañados de una descarga de adrenalina; esta descarga actúa directamente o indirectamente sobre la aparición de las siguientes modificaciones fisiológicas:

- a) Un aumento de la glucosa en la sangre.
- b) Una mejora de la capacidad de contracción de los músculos fatigados.
- c) Un aumento de la presión arterial.
- d) Una modificación de la distribución de la sangre, que abandona las vísceras -salvo el cerebro, los pulmones y el corazón- para irrigar abundantemente el sistema muscular.
- e) Una disminución del tiempo de coagulación.

Los trabajos de Cannon establecieron firmemente el papel del eslabón intermediario del sistema nervioso autónomo o vegetativo en los procesos emocionales en el nivel psíquico y sus reacciones fisiológicas. Otras observaciones, en el campo de la fisiopatología, vinieron a confirmar las variaciones del funcionamiento orgánico bajo el efecto de las emociones cualitativa y cuantitativamente. Wolf y Wolf estudiaron en un paciente afectado de una eventración gástrica las reacciones de su estómago, desde el punto de vista de la secreción, de la motricidad y de la vascularización, bajo el efecto de diversas estimulaciones emocionales. He aquí cómo los autores resumen su trabajo:

Se han encontrado profundos cambios en la función gástrica, al igual que en otros procesos orgánicos durante las alteraciones emocionales. Las alteraciones de la función gástrica son de dos tipos: primeramente, disminución de la secreción del ácido, de la actividad motora y de la circulación vascular; en segundo lugar, aceleración de sus funciones. La primera alteración está asociada a una reacción de huida o de repulsión respecto a una situación muy emotiva. La segunda acompaña una reacción a un conflicto interno, con un deseo insatisfecho de agresión y de réplica. Las alteraciones emocionales profundas y prolongadas consecuentemente se acompañan de marcados aumentos igualmente prolongados de movimientos, de secreción y de vascularización gástrica con un enrojecimiento y un entumecimiento de la mucosa ofreciendo a menudo las apariencias de una gastritis.

El estudio de Wolf y Wolf sobre su enfermo Tom es un ejemplo de colaboración

entre una observación psicológica y una experimentación fisiológica. Si muestra de manera inmediata las variaciones del funcionamiento gástrico en relación con los estímulos emocionales, estos resultados permanecen en el orden de lo descriptivo y de lo fenomenológico. Por su lado, Sydney Margolin, un psicoanalista de Nueva York, estudió en su paciente Elena, las variaciones de su función gástrica durante un tratamiento psicoanalítico. Elena es una mujer joven de 22 años que, después de haber absorbido una solución cáustica, desarrolló una estenosis esofágica completa y hubo que practicarle una gastrectomía. Paralelamente al desarrollo de la cura psicoanalítica efectuada en un marco clásico, se practicaron regularmente medidas de fisiología digestiva. El objeto de la investigación fue estudiar las reacciones gástricas de Elena en relación con sus procesos psíquicos inconscientes. Margolin concluyó así este original estudio:

A lo largo de este estudio, se ha visto que las variaciones de las funciones de un órgano como el estómago, no sometido a la voluntad, pueden ser traducciones de manifestaciones mentales inconscientes objetivamente interpretables. La alteración de la distribución de las fuerzas inconscientes, mediante la técnica psicoanalítica, pudo modificar las relaciones de estas funciones entre ellas. Ciertas constelaciones inconscientes dadas fueron asociadas, de manera repetida y previsible, a modos de reacción específicos de las funciones gástricas. Estos hechos pueden servir a los métodos de verificación de los datos psicoanalíticos y a la validación de la teoría psicoanalítica.

El estudio de Margolin presenta un interés particular cuando se lo compara con otros estudios de fisiología de las emociones. Tiende a mostrar las relaciones inconscientes entre la vida afectiva y el funcionamiento de ciertos órganos. Confirma una de las propiedades fundamentales del inconsciente psíquico definida por Freud en su Metapsicología de 1915 y anunciado a los psicoanalistas en su respuesta a Groddeck en 1917: «El acto inconsciente ejerce sobre los procesos somáticos una acción plástica intensa que no obtiene jamás un acto consciente.»

La adaptación

Para la escuela del pensamiento de la medicina psicosomática, la emoción no es simplemente el nuevo operador del vínculo psicosomático es también la expresión de la adaptación del conjunto del organismo a los acontecimientos del medio. A partir de los trabajos de Cannon, y más tarde de Selye, las manifestaciones fisiológicas de las emociones adquieren un sentido desde el punto de vista de la lógica de la adaptación. El miedo ante un peligro moviliza diferentes funciones orgánicas con el fin de preparar al individuo para la lucha o la huida. Las variaciones metabólicas, vasculares y musculares, que se manifiestan fisiológicamente al mismo tiempo que el sentimiento de miedo, tienen un sentido biológico en relación con la finalidad adaptativa a la situación de peligro. Esta nueva concepción que da a los síntomas orgánicos el valor de una significación biológica general, sólo se pudo desarrollar a

partir del momento en que los psiquiatras psicosomatólogos prestaron atención a los trabajos de los fisiólogos e incorporaron sus resultados a su doctrina psicosomática. Hasta entonces, y gracias a los modelos de la simbolización, el sentido que se confería a los síntomas orgánicos revelaba exclusivamente un orden psíquico. Era un sentido a la vez histórico e individual. Con la medicina psicosomática, el sentido de un síntoma orgánico se vuelve dependiente de una historia colectiva. Es un sentido producto de una evolución de lo vivo. Para la medicina psicosomática el sentido de un síntoma orgánico escapa, en su mayor parte, al determinismo histórico del individuo. Lo que le da su razón de ser, su localización y su dirección es su arraigo en los mecanismos biológicos íntimos, que pertenecen de manera indiferenciada al conjunto de la familia humana. Para la medicina psicosomática, el sentido de un síntoma orgánico se lee a través de la clave de la adaptación.

Los trabajos del biólogo Selye, que prolongan y completan los de Cannon, ofrecieron a los psicosomatólogos un modelo para interpretar los síntomas orgánicos de sus enfermos. Es un modelo biológico cuyo sentido íntimo es volver inteligible una secuencia de acontecimientos fisiológicos o fisiopatológicos refiriéndolos a una finalidad de adaptación. Selye describe en 1946 un «síndrome general de adaptación». Lo definió como el conjunto de las defensas generales del organismo no específicas cuando éste sufre una agresión cualquiera. Esta agresión puede ser física, química, vital o psíquica. Este síndrome no prejuzga las reacciones de defensa específicas ante cada agente agresor. En general evoluciona en tres fases: una fase de alarma, una fase de resistencia y una fase de agotamiento. Para Selye, la intensidad de las reacciones fisiológicas, la duración de cada una de las fases y la velocidad de su reversibilidad son variables para cada individuo y definen su capacidad general de adaptación. El síndrome general de adaptación tiene dos componentes fisiológicos: uno nervioso, otro endocrino. El primero fue puesto en evidencia por Cannon que señaló el papel del sistema nervioso vegetativo y, principalmente, las fibras nerviosas simpáticas. El segundo fue descubierto por Selye que señaló el papel de las hormonas suprarrenales y principalmente de la adrenalina en el curso de la fase de alarma del síndrome. Para Selye, las manifestaciones fisiológicas que se desarrollan en el curso del síndrome general de adaptación tienen un significado fundamental de defensa del organismo frente a una situación de peligro, surgida del encuentro con un agente agresor. Pero los límites de la fisiología pueden ser sobrepasados y pasar de signos a reacciones orgánicas que se cargan del valor de los síntomas. Nacidas en un contexto fisiológico, las reacciones de defensa adaptativa pueden inclinarse a la fisiopatología. Para Alexander, comentando los trabajos de Selye:

en condiciones experimentales especiales, la influencia de los agentes nocivos, no específicos, puede causar una hipertensión, una esclerosis renal, lesiones del miocardio, artritis. Selye atribuye estos fenómenos a una actividad excesiva del lóbulo anterior de la hipófisis y de las hormonas córtico-suprarrenales que tienden al principio a reforzar la resistencia. Esta es la razón por la que se dio a estos cambios el nombre de «alteraciones de la adaptación».

Resumiendo, dice Alexander,

la idea de Selye es que el organismo responde a una gran variedad de traumatismos por un mecanismo fisiológico de defensa que depende principalmente de la integridad de la glándula córtico-suprarrenal, cuya hiperactividad es responsable de las alteraciones de la adaptación. El organismo debe soportar los inconvenientes del exceso de sus propias medidas de defensa.

Ya que el organismo puede pecar por exceso de defensa. La alteración de la adaptación se vuelve así una alteración de falta de adaptación. Aquí tenemos un modelo que vuelve inteligibles los síntomas funcionales, digestivos, vasculares, respiratorios o cutáneos por poco que se los considere como resultantes de reacciones adaptativas excesivas a situaciones de peligro superadas y anacrónicas. Michel Fain, en el texto citado más arriba, reconoció un segundo nacimiento desde el punto de vista conceptual.

Tambaleando, sin embargo, la noción que se quería mantener como un principio sacrosanto: el que toda enfermedad es el resultado de un combate entre un organismo y los elementos agresivos, internos o externos, la medicina moderna demostró que la lesión también podía provenir de un mecanismo de defensa inadaptado, que se volvía patológico por su aparición inesperada e inadecuada. El principio de la enfermedad de la adaptación acababa de nacer. Pero era un segundo nacimiento. En efecto, la clínica psicoanalítica había llegado a esta noción bastante antes.

Michel Fain recuerda las condiciones de este primer nacimiento psicoanalítico de una concepción de las alteraciones de adaptación.

Ocurre frecuentemente por razones múltiples que el Yo pueda llegar a considerar sus tendencias instintivas como amenazadoras. No trata entonces de adaptarlas, sino de reprimirlas, de negarlas. Al movilizarse una parte importante de su energía para este combate, el Yo se empobrece, se empequeñece y es incapaz de afrontar correctamente las exigencias cotidianas. La alteración que puede resultar de ello proviene de la exageración de los mecanismos de defensa, que utilizados moderadamente, no sólo son normales sino muy a menudo necesarios. Estos procesos, descritos desde hace varias decenas de años por la clínica psicoanalítica, testigos de una inadaptación evidente, constituyen las primeras descripciones de las alteraciones de adaptación.

Para Freud, la idea de que una defensa pueda superar su objeto y aparecer así ante el observador como exagerada e inadecuada contiene una referencia a la historia. Porque, para el psicoanálisis, cuando una defensa aparece en el presente como inadaptada e injustificada, es legítimo considerar que hubo un tiempo pasado en la historia del sujeto donde esta defensa era necesaria y adaptada a su fin, tanto desde el

punto de vista de su calidad como desde el punto de vista de su intensidad. Lo que descubrió el psicoanálisis es que cuando una situación de peligro ya no existe en la realidad exterior puede continuar manifestando sus efectos en la realidad psíquica. Es la idea de que una alteración de la adaptación no es comprensible más que si previamente se han diferenciado dos modalidades de realidad, una material, fuera, y otra psíquica, dentro, y que una defensa inadaptada del Yo es una defensa que se adapta a una realidad psíquica y no a una realidad material. Todo el enigma de la histeria ha reposado largo tiempo sobre la concepción de una inadaptación de la defensa de represión del Yo frente al agente traumático. Freud había elucidado este enigma mediante el descubrimiento del concepto psíquico de la resignificación retroactiva o a posteriori (après-coup). Y este concepto de la resignificación retroactiva contiene la idea de una continuidad pulsional de orden sexual en el proceso psíquico. Para la medicina psicosomática, la alteración de la adaptación no obedece al modelo psicoanalítico, sino que reposa enteramente en el modelo de la fisiología. Con este nuevo modelo la medicina psicosomática posee un instrumento sólido y fiable para interpretar los síntomas funcionales encontrados en la disciplina médica. En adelante puede construir su edificio teórico afirmado en la constitución de una nueva patología psicosomática.

La emoción

Todos los autores que adoptaron el punto de vista de la medicina psicosomática en sus investigaciones y en su práctica aceptaron los postulados nosográficos fundamentales definidos por Frantz Alexander, que separan los síntomas del cuerpo en dos categorías, los que pertenecen a la histeria de conversión y los que pertenecen a las neurosis de órgano.

El estudio psicoanalítico de las neurosis reveló que, bajo la influencia de alteraciones emocionales prolongadas, podían producirse alteraciones somáticas crónicas. Estos cambios somáticos crónicos, que se instalaron bajo la influencia de las emociones, fueron observados por vez primera en sujetos histéricos. El concepto de «histeria de conversión», en el que los síntomas físicos se producen como respuesta a conflictos emocionales crónicos, fue introducido por Freud. Estos cambios fueron observados en los músculos controlados por la voluntad y en el aparato sensorial. Uno de los descubrimientos más importantes de Freud concernía las emociones que no podían ser expresadas y descargadas por la vía normal que es la actividad voluntaria. En estos casos pueden convertirse en fuente de desórdenes psíquicos y físicos. Siempre que en presencia de conflictos psíquicos las emociones sean reprimidas, es decir separadas de la conciencia, y si su descarga adecuada es imposible, se vuelven la causa de una tensión crónica que está en el origen de los síntomas histéricos... Un grupo de alteraciones somáticas psicógenas, fundamentalmente diferentes, es aquel en donde están implicados los órganos vegetativos internos. Los primeros psicoanalistas trataron sin cesar de extender la concepción primitiva de la histeria de

conversión a todas las formas de las alteraciones psicógenas del cuerpo, incluso las que se desarrollan en los órganos viscerales. Según aquellos psicoanalistas, una elevación de la presión sanguínea o una hemorragia intestinal tenían también una significación simbólica parecida a los síntomas de conversión. No le daban importancia al hecho de que los órganos viscerales estaban controlados por el sistema nervioso autónomo, que no está en conexión directa con los procesos conceptuales... Se estableció que las influencias de las emociones pueden estimular o inhibir el funcionamiento de cualquier órgano. Después de la distensión de la tensión emocional, las funciones somáticas tornan a su equilibrio normal. Sin embargo, si estos estímulos o estas inhibiciones de las funciones vegetativas se vuelven crónicos y excesivos, se los considera como «neurosis de órgano». Este término abarca las alteraciones «funcionales» de los órganos vegetativos. Están causadas, al menos parcialmente, por impulsos nerviosos cuyo origen primario se encuentra en último lugar en los procesos emocionales que tienen lugar en alguna parte de las áreas corticales y subcorticales del cerebro.

Esta larga cita tomada de Alexander y extraída de su libro *La medicina psicosomática* expone claramente las bases a la vez clínicas, metapsicológicas y fisiológicas sobre las que reposan las concepciones de la medicina psicosomática. Pero esta cita de Alexander permite también plantear algún interrogante de orden epistemológico sobre la coherencia teórica de la doctrina psicosomática. Lo que sorprende, en primer lugar, al psicoanalista es la frecuencia con la que se cita la palabra «emoción». El término «emoción» es familiar en las discusiones y reflexiones psicosomáticas. Se trata de un viejo tema muchas veces puesto al día en la historia de las relaciones entre el cuerpo y el alma, entre lo físico y lo moral, entre lo somático y lo psíquico. En la historia de la medicina, la emoción siempre jugó el papel de eslabón intermediario entre el cuerpo y la mente. Su vigoroso retorno en las nuevas concepciones de la medicina psicosomática le otorga un estatuto nuevo, el de un objeto de análisis, identificable clínicamente por sus manifestaciones psíquicas y somáticas y por ser manipulable experimentalmente desde el punto de vista fisiológico. La emoción se convierte en una entidad autónoma, aislable, oponible y manipulable. Sobre todo, es un objeto perfectamente apto para asegurar la articulación entre las funciones psicológicas y las funciones fisiológicas. Pero la emoción no puede ejercer este papel más que a condición de abrazar la estructura de un factor etiológico fácilmente reconocible por sus características cualitativas y cuantitativas y cuya influencia pueda también ser fácilmente identificable en las funciones orgánicas, en condiciones tanto normales como patológicas. En suma, para la medicina psicosomática la emoción asume la carga de representar el conjunto del funcionamiento psíquico. Hay en esta función de representación del aparato psíquico una ganancia evidente para el tratamiento teórico de las relaciones entre función psicológica y función fisiológica. La emoción es un elemento simple, en número limitado, y capaz de pasar del nivel psíquico al nivel fisiológico o fisiopatológico según vías de circulación identificables gracias a los resultados de las investigaciones en fisiología. Desde el punto de vista de la epistemología psicoanalítica, el concepto

de emoción sustituyó al de pulsión. En el curso de esta sustitución, el funcionamiento psíquico perdió en diferenciación y en complejidad. Pero el sentido profundo de este reajuste conceptual reside en la aproximación entre funcionamiento psíquico y funcionamiento fisiológico. Como ya se dijo, para Alexander, lo psíquico no es otra cosa que fisiología percibida subjetivamente. Para acordar al máximo las funciones psicológicas con las fisiológicas es necesario escoger elementos simples que se pueden fácilmente encontrar en ambos lados de la frontera somatopsíquica y que se puedan seguir a través de vías de circulación y de comunicación fácilmente identificables.

Alexander retomó por su cuenta la división primordial que Freud había operado en el interior de los síntomas del cuerpo, entre los síntomas de conversión histérica y los síntomas funcionales. Para Freud, esta división en el terreno de la sintomatología corporal reenvía a una diferenciación primera y fundamental que separa dos modalidades de funcionamiento mental, el de la psiconeurosis y el de la neurosis actual. Esta distinción es metapsicológica y depende de la existencia o no de un proceso psíquico. Las fuentes de la diferencia entre los síntomas de conversión histérica y los síntomas funcionales de la neurosis actual hay que buscarlas en el nivel psíquico y no en el somático. En este punto preciso reside la originalidad y la especificidad de la concepción freudiana de las relaciones psicosomáticas. Ya que, para Freud, la elección de los síntomas corporales depende de la calidad y de la complejidad del funcionamiento psíquico individual. La metáfora de la perla y del grano de arena, es decir, la que figura la mezcla entre funcionamiento actual y funcionamiento psiconeurótico, funda en la teoría y en la práctica la posibilidad de contemplar las transformaciones cualitativas en el seno mismo de la estructura de un síntoma corporal. Ello supone que en teoría al menos, si no en la práctica, es posible pasar de un síntoma funcional a un síntoma histérico y viceversa. Es decir que el coeficiente de sentido que se puede acordar a un síntoma corporal varía en función de la calidad y de la complejidad del funcionamiento psíquico. Esta concepción dinámica en su fundamento es la que hemos explicitado al estudiar el modelo freudiano.

Alexander tiene otro criterio acerca de la separación nosográfica, clínica y psicológica de los síntomas de conversión histérica y los síntomas funcionales. Es el órgano quien define la calidad del síntoma corporal. Los síntomas de conversión histérica dependen de las funciones motrices y sensoriales, mientras que los síntomas funcionales dependen de los órganos vegetativos del organismo. La frontera que separa los síntomas de conversión de los síntomas funcionales está definida por el tipo de inervación de la que depende el órgano. La inervación voluntaria es generadora de síntomas histéricos, mientras que la inervación autónoma o vegetativa genera síntomas funcionales. Para Alexander, el criterio de diferenciación entre los síntomas histéricos y los síntomas funcionales es un criterio neurofisiológico. Vemos la distancia que separa esta concepción de la de Freud, que diferenciaba los síntomas del cuerpo sobre la base de criterios de funcionamiento mental. Para Alexander, el salto de lo psíquico a lo somático es un salto epistemológico. El pasaje del terreno conceptual del psicoanálisis al de la fisiología se opera en la continuidad de uno y de

otro sin consideración lógica por la heterogeneidad de los dos niveles de realidad considerados. Comprendemos mejor la utilización que se hace en la doctrina de la medicina psicosomática del concepto de emoción, que, con todo rigor, no es un concepto psicoanalítico y del que el terreno de influencia puede recubrir de manera indiferenciada significaciones tanto psíquicas como somáticas. En definitiva, para Alexander, la función del síntoma corporal es dictada por las vías nerviosas, su anatomía y su fisiología. El nivel psíquico permanece relativamente indiferenciado en el proceso que conduce a la determinación del síntoma. No comprendemos de hecho, cómo una tensión emocional en el nivel psíquico puede conducir aquí a un síntoma de conversión histérica, y allá a un síntoma funcional. Porque ni las características del conflicto psíquico ni la naturaleza de las defensas específicas erigidas por el Yo definen la orientación del síntoma somático en un sentido de conversión o funcional. Para la medicina psicosomática, la bifurcación es del orden neuro-anátomo-fisiológico. Para Freud, la bifurcación reside en el tratamiento de la pulsión sexual: los síntomas de conversión histéricos resultan de conflictos psicosexuales. Mientras que los síntomas funcionales de la neurosis actual se desprenden de conflictos sexuales somáticos.

A este respecto, es interesante seguir el itinerario psicoanalítico de la entidad nosográfica de la neurosis actual, descubrimiento freudiano. Su definición reposa conjuntamente sobre un factor negativo y un factor positivo, ambos de orden sexual. El factor negativo es la ausencia de acontecimientos históricos de naturaleza psicosexual en el proceso de formación y de determinación de los síntomas del cuerpo. El factor positivo es la presencia de acontecimientos sexuales actuales, cuyas interacciones manifiestas entran en la determinación de los síntomas del cuerpo. Estos síntomas, llamados síntomas funcionales, son inmediatamente ligados al éxtasis sexual somático y resultan de un exceso de erotización de las funciones y órganos de autoconservación. Para Freud, existe una unidad de naturaleza entre los síntomas funcionales de la neurosis actual y los síntomas de conversión histérica, unidad que reposa en la economía de la libido. La bifurcación sintomática en el nivel corporal depende de la presencia de obstáculos en la vía de la evolución de la pulsión sexual, desde su fuente somática hasta su despliegue en el proceso psíquico. En definitiva, lo que determina para Freud la calidad del síntoma corporal es el grado de riqueza y de complejidad del trabajo psíquico.

v En 1926, Ferenczi escribió un texto que tituló «Las neurosis de órgano y su tratamiento». Describió allí una modalidad particular de organización neurótica, asociando en su constitución misma la afectación de un órgano. Veamos cómo define la neurosis de órgano:

Numerosas enfermedades corrientes tienen un origen psíquico, pero se manifiestan por un disfuncionamiento real de uno o varios órganos. Se les llama neurosis de órgano. Por el hecho de que comportan a la vez alteraciones subjetivas y objetivas, somos llevados a distinguirlas de la histeria, pero es difícil definir la frontera que las separa de ésta o de numerosas enfermedades orgánicas. La causa se debe, sin duda, a las

insuficiencias de nuestra ciencia, pero también hay que añadir el hecho de que numerosas enfermedades orgánicas se acompañan de una neurosis del órgano en cuestión y que además los síntomas histéricos se asocian a menudo a enfermedades orgánicas o a neurosis de órgano que la histeria viene a reforzar.

La neurosis de órgano representa en el plano psicoanalítico una nueva fase en la elaboración de la neurosis actual. Representa un giro en la historia de la neurosis actual, y un más allá del pensamiento psicoanalítico. Porque, por vez primera, se concibe la idea de una organización neurótica, cuyo destino específico es determinar una lesión orgánica. Y Ferenczi precisa bien en su definición que no se trata de una organización neurótica secundaria a una afectación de un órgano, sino al contrario y a la inversa, de una afección de órgano secundaria a una organización neurótica de la personalidad. Con el concepto de neurosis de órgano, el giro en el pensamiento psicoanalítico es un giro psicosomático. Con la neurosis de órgano nace la psicosomática psicoanalítica. En el interior de esta nueva clase nosográfica, Ferenczi ordena las viejas y clásicas entidades clínicas fundadoras de la neurosis actual, la neurastenia y la neurosis de angustia; pero también clasifica la neurosis de estómago, la neurosis intestinal, la neurosis cardíaca y, aun, el asma, la migraña y el mareo. La psicosomática psicoanalítica tiene su primer concepto: la neurosis de órgano, y su primer catálogo de enfermedades psicosomáticas. Para Ferenczi, el mecanismo psicosomático es un mecanismo pulsional y retoma por su cuenta el desarrollo teórico que Freud había establecido para la comprensión de los síntomas funcionales de la neurosis actual. Para Ferenczi,

La ciencia recientemente pudo contemplar la posibilidad de un erotismo de órgano, únicamente después de que Freud llamara la atención sobre las actividades eróticas y mostrara que merecían igualmente un estudio científico. Hoy día no hay duda sobre que no solamente los órganos sexuales y los órganos de los sentidos sirven para procurar una ganancia de placer, sino que todos nuestros órganos, además de su función de autoconservación, consagran una parte de su actividad a la obtención de placer; procuran una especie de placer de órgano (Alfred Adler) que podríamos concebir como una autosatisfacción erótica que los órganos extraen de su propia actividad... Estudios psicoanalíticos han constatado que, precisamente en las neurosis de órgano, este funcionamiento erótico o lúdico de un órgano puede tomar una importancia excesiva, hasta el punto, incluso, de perturbar su actividad útil propiamente dicha. En general, esto se produce cuando la sexualidad es perturbada por razones psíquicas...

El concepto de neurosis de órgano firma el nacimiento de un nuevo punto de vista en la clínica médica, el punto de vista psicosomático. Este punto de vista emerge totalmente de la concepción psicoanalítica freudiana.

Alexander ha hecho evolucionar el concepto de neurosis de órgano hacia el de neurosis vegetativa. Para Ferenczi, la elección de la palabra «órgano» reposaba sobre

preocupaciones clínicas y descriptivas. Se trataba de mostrar que una organización neurótica particular podía, por su propio mecanismo, alcanzar directamente los órganos del cuerpo. Para Alexander, la elección del adjetivo «vegetativo», para calificar la neurosis, reposa en la idea de un vínculo específico entre una organización neurótica en el nivel psíquico y las vías de circulación nerviosas vegetativas, esas mismas vías que inervan las vísceras. Se trata para Alexander de establecer de entrada que el mecanismo psicosomático fundamental, que va desde una tensión emocional de orden psíquico a alteraciones de órgano de orden funcional, es de naturaleza neurofisiológica. El deslizamiento desde la neurosis de órgano a la neurosis vegetativa testimonia un salto conceptual y marca una ruptura en el pensamiento psicoanalítico. En este sentido, se puede considerar que el concepto de neurosis vegetativa representa un síntoma de la regresión del pensamiento psicoanalítico. Con la neurosis vegetativa, los niveles psíquico y fisiológico se entremezclan de nuevo conceptualmente, y el edificio teórico del psicoanálisis, construido alrededor y a partir del determinismo de las pulsiones, es devuelto a su prehistoria psicofísica.

La medicina psicosomática acepta sin reserva el postulado de Alexander de una doble clasificación de los síntomas del cuerpo, oponiendo y diferenciando los síntomas de conversión histérica y los síntomas de la neurosis vegetativa. Alexander definió así su diferencia:

Podemos ahora determinar la diferencia entre un síntoma de conversión y un tipo de neurosis de órgano. Un síntoma de conversión es una expresión simbólica de un contenido psicológico con carga emocional. Tiene como fin la descarga de esta tensión emocional. Se produce en el sistema neuromuscular voluntario o sensorio-perceptivo cuya función original es expresar y liberar las tensiones emocionales. Una neurosis de órgano no tiene como fin expresar una emoción, sino que es una respuesta fisiológica de los órganos viscerales ante el retorno constante o periódico de estados emocionales. El aumento de la presión sanguínea, por ejemplo, bajo la influencia de la cólera no disminuye la cólera. Es un componente fisiológico del fenómeno global de la cólera. Como veremos más adelante, es una adaptación física del estado del organismo cuando espera un obstáculo. Así ocurre con el aumento de la secreción gástrica en caso de hambre. Este aumento no es una expresión o un alivio que acompaña el deseo de comer, es una adaptación del estómago previa a la absorción de alimentos. El único parecido entre los síntomas de conversión histérica y las respuestas vegetativas a las emociones reside en el hecho de que los dos son respuestas a estímulos psíquicos. Su psicodinamismo y su fisiología son fundamentalmente diferentes.

Para la medicina psicosomática, los síntomas orgánicos responden a dos funciones diferentes: una función de expresión y una función de adaptación. La vía expresiva responde a los síntomas de conversión histérica y la vía adaptativa a los síntomas de la neurosis vegetativa. Cada una de estas dos vías reposa sobre una causalidad de naturaleza diferente. La vía de expresión emerge de una causalidad

individual e histórica. La vía adaptativa de una causalidad biológica y colectiva. Mediante la función de expresión, el síntoma orgánico asume la carga de representar un contenido psíquico. A partir de este principio psicosomático se desarrolló todo un abanico de significaciones simbólicas en relación con el funcionamiento de ciertos órganos. Alexander ha buscado conceptualizar este principio de expresividad somática y ha establecido un conjunto de hipótesis que reunió bajo el título de «teoría de los vectores». Esta teoría constituye para su autor un nexo de unión entre una primera adhesión al modelo de la simbolización y una adhesión definitiva al modelo de la adaptación. La teoría de los vectores enuncia que existen en el ser humano tendencias psíquicas fundamentales cuya característica principal es su dirección o vectorización. Estas tendencias, asimilables a hechos universales de comportamiento, se reparten en tres grupos: las tendencias de incorporación, de eliminación y de retención. La originalidad de la teoría vectorial de Alexander reside en la idea de que las tendencias psíquicas fundamentales derivan del mismo dinamismo vivo que el que está en marcha en el funcionamiento de ciertos órganos. «Tengo la convicción de que el equilibrio dinámico, que se realiza entre los valores de los tres vectores de incorporación, eliminación y retención, está biológicamente determinado y representa en suma la dinámica fundamental del proceso biológico: la vida.» Para Alexander, cada una de estas tres tendencias vectoriales está representada por modalidades específicas de la relación con el objeto. A la incorporación corresponden las tendencias a recibir, tomar o apropiarse. Y a la eliminación corresponden las tendencias a dar un valor, eliminar o atacar. A la retención corresponden las tendencias a conservar, con el fin de construir y retener para privar de ello a otros. Se entiende que la teoría de los vectores haya influido en los modelos de la simbolización por la importancia que adjudica al principio de identidad entre funciones fisiológicas y funciones psíquicas. También que la simbolización de las funciones digestivas y respiratorias, en particular, haya encontrado en esta tesis su justificación teórica desde el punto de vista psicosomático. Aunque Alexander haya renunciado en un segundo tiempo a integrar en su doctrina de la medicina psicosomática la teoría vectorial, la vía de expresión somática se afirma como uno de los dos mecanismos fundamentales de la formación de los síntomas psicosomáticos.

Mediante la función de adaptación, los síntomas orgánicos de la neurosis vegetativa asumen la tarea de preparar al organismo para defenderse frente a una situación de peligro. En realidad, los síntomas de la neurosis vegetativa acreditan un exceso de adaptación, exceso equivalente a un error o a una alteración de la adaptación. Los síntomas de la neurosis vegetativa son la firma de un anacronismo adaptativo. Para Cannon, las manifestaciones fisiológicas que acompañan las emociones constituyen una preparación destinada a volver al ser vivo capaz de afrontar la causa que produjo la emoción. En este sentido, el aumento de la circulación sanguínea y la hiperglucemia producido por la cólera o el miedo preparan el músculo para ser utilizado en la lucha o la huida. La isquemia periférica y la reducción del tiempo de coagulación prevendrían de las consecuencias de heridas que podrían ser producidas en el encuentro con el agresor. Estas coyunturas biológicas representan modelos para la especie, pero prácticamente no corresponden nunca a la realidad de las situaciones de peligro vividas por el sujeto. Escribe Cannon, «Si estos

productos de la emoción y del dolor, no son eliminados por la acción, es comprensible que el exceso de adrenalina y de azúcar en la sangre pueda tener efectos patológicos.» Alexander ha separado en dos grupos los síntomas funcionales de la neurosis vegetativa. Los criterios nosográficos sobre los que ha establecido esta separación son criterios fundamentalmente biológicos. Están ligados a la función adaptativa del organismo e incorporan las variaciones de sus interacciones con el medio.

Se podría decir que de una manera general, bajo la influencia preponderante del parasimpático, el individuo abandona sus problemas externos y se retira en las profundidades de su existencia vegetativa, mientras que bajo la estimulación del simpático des cuida o inhibe sus funciones pacíficas de reconstrucción y de crecimiento y pone toda su atención en la solución de los problemas que le plantean las condiciones del medio.

Alexander extrae de estas necesidades vitales de la especie su doble clasificación de los síntomas funcionales: «En general, las alteraciones emocionales de las funciones vegetativas pueden ser divididas en dos categorías. Éstas corresponden a dos actitudes emocionales primordiales: primeramente, la preparación a la lucha o a la huida en caso de necesidad; en segundo lugar, la suspensión total de la actividad dirigida hacia el exterior.» La arquitectura psicosomática de los síntomas funcionales está compuesta por tres niveles. El nivel superior es psicológico. Comprende ciertas emociones que no se pueden expresar por el lenguaje o por la acción y que, por este hecho, han adquirido el estatuto de factor patógeno etiológico. El nivel mediano es neuro-endocrino-fisiológico. Comprende las vías de circulación que articulan los niveles psicológico y somático. El nivel inferior es somático. Comprende toda la variedad de los síntomas localizados en el conjunto de los órganos vegetativos. Para Alexander, existe una coherencia entre los tres niveles de la arquitectura psicosomática. Ya que la calidad de los factores emocionales que entran en juego en el nivel psicológico determina, según un proceso previsible, la elección de las vías de circulación neuroendocrinas las cuales conducen a la elección de ciertos órganos vegetativos históricamente preestablecidos en la evolución biológica. Esta coherencia entre los diferentes niveles de la organización psicosomática engloba una concepción desarrollada por Alexander y que lleva el nombre de teoría de la especificidad. Según esta teoría, las verdaderas correlaciones que se pueden establecer, desde el punto de vista psicosomático, sólo pueden ser observadas o deducidas en la constelación afectiva y las respuestas vegetativas.

Investigaciones psicodinámicas han demostrado que ciertas alteraciones de las funciones vegetativas pueden ponerse en relación directa con estados emocionales específicos, más que con configuraciones superficiales de la personalidad, tal como son descritas en los «perfiles» de la personalidad. Por ejemplo, los impulsos hostiles, reprimidos de una manera constante, pueden corresponder a una tensión arterial elevada, mientras que la tendencia a buscar la protección va a la par de una secreción gástrica aumentada.

La teoría de la especificidad se despliega en un número limitado de figuras psicosomáticas, asociando en una misma estructura nosográfica, una constelación emocional conflictiva a una elección de órgano específica. Ello conduce a un reagrupamiento de auténticos síndromes psicofisio-patológicos. Estos síndromes psicosomáticos contienen un conjunto de significados fijos y universales que se refieren al conjunto de los humanos. Así, según Alexander,

estudios clínicos comparativos hechos en el Instituto psicoanalítico de Chicago han probado que en todos los enfermos afectados de alteraciones gástricas psicógenas, el papel predominante pertenece a las tendencias reprimidas de huir de las responsabilidades y buscar la protección. Una fuerte fijación a la situación de dependencia infantil provoca un conflicto con el Yo adulto, lo que constituye una herida al orgullo; y, puesto que esta actitud de dependencia es contraria al deseo de independencia y de autoafirmación, debe ser reprimida. Este conflicto es muy evidente en el caso de úlcera de estómago.

O también:

La mayoría de los estudios psiquiátricos señala el gran papel que juega la inhibición de las tendencias hostiles en estos fenómenos (síndrome hipertensivo), hecho que se confirma igualmente en las observaciones de Cannon, según el cual el miedo y la cólera tienen como efecto el aumento de la presión sanguínea en un animal sometido a la experiencia. Cannon ha demostrado que el miedo y la cólera activan las funciones del sistema nervioso simpático así como la secreción de adrenalina por la glándula médula-suprarrenal. Este proceso juega a su vez un papel importante en la producción de los cambios fisiológicos en el sistema cardiovascular así como en otros sistemas. Vuelve al organismo apto para oponerse al ataque o emprender la huida ante el peligro.

La úlcera de estómago y la hipertensión arterial representan dos modelos de neurosis vegetativa. La represión de los deseos de dependencia en la determinación de la úlcera de estómago, como la represión de los deseos de agresión en la determinación de la hipertensión arterial representan las estructuras conflictivas específicas, en el nivel psicológico, de la neurosis gástrica, por un lado, y de la neurosis vascular, por otro. Estas estructuras conflictivas que conciernen a ciertas emociones específicas están como encadenadas a una de las dos grandes vías de circulación neuroendocrina, que son las únicas aptas para dictar la elección del órgano diana.

En definitiva, el concepto de neurosis vegetativa, que vimos, había marcado una ruptura con el concepto de neurosis de órgano de Ferenczi y con el de neurosis actual de Freud, es una construcción que contiene un conjunto de componentes teóricos heterogéneos. Esta heterogeneidad conceptual de la neurosis vegetativa se sitúa precisamente en el punto de confluencia del funcionamiento psíquico y el

funcionamiento somático. Desde el punto de vista epistemológico, constituye una fractura en la inteligibilidad del hecho psicosomático. Porque existe una solución de continuidad entre las hipótesis teóricas que sostienen los acontecimientos de tipo psíquico y las que sostienen los acontecimientos de tipo somático. El cuerpo doctrinal psicoanalítico es aplicado al dominio psíquico, mientras que el de la fisiología lo es al dominio somático. La coherencia misma de la inteligibilidad del hecho psicosomático se encuentra escindida debido a esta yuxtaposición de las dos orientaciones conceptuales y teóricas.

Si tratamos de definir las características de la aproximación psicoanalítica al enfermo somático según la doctrina de la medicina psicosomática, merecen ser señaladas tres puntualizaciones. La primera concierne a la naturaleza de los conflictos incriminados en la cadena de los acontecimientos que conducen a la afectación somática. La estructura del conflicto psíquico parece siempre la misma cualquiera que sea el órgano afectado o cualesquiera que sean los síntomas que sufre el paciente. El único parámetro susceptible de variar es la naturaleza del factor emocional. Los mecanismos de defensa frente a las emociones parecen intercambiables y no se opera ninguna discriminación entre los mecanismos de represión, inhibición y supresión. Todo ocurre como si la elección o la prevalencia de un mecanismo respecto a otros no tuviera ningún valor de tipo económico para el funcionamiento mental. La segunda puntualización tiene que ver con el modo de análisis de los acontecimientos psíquicos. La focalización del destino de los factores emocionales a lo largo del dinamismo psíquico impide el análisis de una de las dimensiones esenciales, la de los movimientos procesales. Ya que lo que le falta a la orientación psicoanalítica, en la concepción de la medicina psicosomática, es la consideración del conjunto del funcionamiento mental en su relación con el funcionamiento orgánico, y no únicamente el destino de las grandes emociones cardinales de la vida psíquica. No está incluida la consideración del funcionamiento mental del enfermo, a través del conjunto de sus variaciones en el tiempo y en el espacio psíquico, y cada vez, en sus relaciones con el funcionamiento orgánico. Pero lo que falta sobre todo, para hacer del punto de vista psicosomático un punto de vista psicoanalítico, es inscribir conceptualmente la totalidad de la clínica psicosomática, tanto en el nivel psíquico como en el somático, en una relación históricamente significativa con el analista. Para la medicina psicosomática, el psicoanálisis nunca llegará a este punto y se contentará con aplicar a la comprensión de las funciones psicológicas del enfermo, un conjunto de hipótesis y de concepciones explicativas. La tercera puntualización trata la diferenciación clínica y metapsicológica establecida anteriormente por Freud y admitida por Alexander entre los síntomas de conversión histérica y los síntomas funcionales. La distinción entre histeria de conversión y neurosis vegetativa reposa, para la medicina psicosomática, por un lado, en la naturaleza del órgano o de la función orgánica, y, por otro, en la atribución o no de un sentido histórico y simbólico a los síntomas del cuerpo. Los síntomas de la conversión histérica incluyen las funciones voluntarias de la motricidad y de la sensorialidad. Los síntomas de la neurosis vegetativa incluyen todos los órganos o funciones de la vida vegetativa. A los primeros se les atribuyen significaciones individuales de tipo histórico y simbólico; a los segundos no se les atribuye ninguna significación de tipo psíquico,

sea histórica o simbólica. Hasta aquí esta distinción, en referencia al sentido psíquico, prolonga la concepción freudiana de una separación entre síntoma de conversión histérica y síntoma funcional de la neurosis actual. Pero, a partir de este punto, si consideramos las características diferenciales del funcionamiento mental de la histeria de conversión y de la neurosis vegetativa, constatamos que no existe esta distinción. Indistintamente, para una y para otra organización psíquica psicopatológica encontramos las mismas características metapsicológicas, la misma estructura del conflicto psíquico, los mismos mecanismos de defensa del Yo y las mismas emociones en juego. Tenemos que admitir que si la diferenciación entre histeria de conversión y neurosis vegetativa no se ejerce en el nivel del funcionamiento psíquico, tiene que tener lugar en otra parte. Sabemos que esta diferenciación reposa en las vías de circulación que articulan el nivel psíquico con el nivel somático, tomadas específicamente por las emociones que se ponen en tensión en el nivel psíquico y conducidas hacia los órganos elegidos del cuerpo según finalidades adaptativas.

La medicina psicosomática es un acontecimiento en la historia del pensamiento psicosomático. Porque, por vez primera, los viejos temas y nociones que, a lo largo de la historia, fueron tantas veces convocados para dar un sentido a las intuiciones humanas, y también médicas, asociando en el terreno de la enfermedad determinaciones psíquicas y somáticas, estos viejos temas y estas viejas nociones son retomados y vueltos a tratar con formas científicas modernas que les aportan una validez y una pertinencia. En la perspectiva psicoanalítica, la psicosomática se contempla como la extensión y la aplicación de la teoría y la práctica psicoanalíticas en el cuerpo enfermo. Los modelos de la simbolización, tratando de dar al síntoma orgánico significaciones psíquicas de una manera indiferenciada y sistemática, han superado esta finalidad. La doctrina de la medicina psicosomática, yuxtaponiendo el psicoanálisis a la fisiología y asociando uno con el terreno psíquico y la otra con el somático, ha creado una distorsión en el interior de la inteligibilidad psicosomática. Pero al mismo tiempo hace sufrir al pensamiento psicoanalítico una regresión por la que realiza un retorno desde un nivel de conceptualización, dominado por la vía de las pulsiones, hacia un nivel anterior de conceptualización, dominado por los mecanismos psicofísicos.

Si los modelos de la simbolización atribuyen a todos los síntomas orgánicos significaciones psíquicas, individuales, históricas y simbólicas, el modelo de la adaptación, en la base de la medicina psicosomática, es conducido a atribuir a los síntomas de la neurosis vegetativa significaciones de otro tipo, biológicas y colectivas o universales. Como si fuera inconcebible enunciar la hipótesis de que un síntoma orgánico simplemente no tiene sentido o de que lo haya perdido en condiciones determinadas en relación con las variaciones del funcionamiento mental.

La desmentalización

La evolución

En los países anglosajones, desde hace varios años, se llama «medicina psicosomática» a una nueva concepción de la patología que se propone observar al hombre enfermo bajo un doble aspecto, somático y psíquico al mismo tiempo. No hace falta buscar en esta manera de ver, el retorno a la vieja y estéril querella de los «organicistas» y los «psicogenistas», ni un aspecto del dilema que opone lo «orgánico» a lo «psíquico»; lo que hay que ver es un método que trata de descubrir la acción y la interacción de uno sobre el otro.

Así introducía Sacha Nacht la conferencia sobre Introducción a la medicina psicosomática, el 17 de diciembre de 1946, al grupo de la Evolución Psiquiátrica. Nacht precisa de entrada, mediante una nota a pie de página, que «la novedad de la psicosomática no reside en la idea doctrinal sino en la extensión sistemática de un método necesario para la evolución médica». Esta presentación sucinta y recogida de la nueva corriente de pensamiento psicosomático, que se desarrolla en los Estados Unidos de América, comporta en sí una definición factual de la medicina psicosomática y, al mismo tiempo, los presupuestos ideológicos latentes sobre los que reposa esta definición. El nuevo concepto de medicina psicosomática es presentado en un primer tiempo como una nueva concepción de la patología. ¿En qué reside esta nueva concepción? Reside en la incorporación de un factor psicológico al conjunto de los factores orgánicos considerados habitualmente y tradicionalmente en la investigación diagnóstica y la conducta terapéutica. La nueva concepción de la patología no es una revolución conceptual. No introduce en el campo de la clínica médica una nueva mirada por la que los signos y los síntomas de la enfermedad revelarían nuevas relaciones entre el hombre sano y el hombre enfermo. Porque el aporte del factor psicológico al conjunto de los factores fisiopatológicos, ya tomado en cuenta por el pensamiento médico clásico, no modifica en su naturaleza la concepción de la etiopatogenia de las enfermedades. Únicamente acrecienta la suma de los factores determinantes que participan en la larga cadena etiológica. Para la nueva concepción de la patología, el factor psicológico no obedece a la lógica psicológica que es su fuente. En cuanto atraviesa los límites del aparato psíquico, se integra y se somete a la lógica de los mecanismos fisiopatológicos. Se puede decir que en la frontera entre los terrenos psíquico y somático, el factor psicológico se convierte en factor fisiopatológico. En definitiva, es este último el que determina al final de la cadena etiológica, la elección y la naturaleza del síntoma somático. La segunda idea que afirma Nacht en su presentación del nuevo concepto de la medicina psicosomática revela que este último no es una doctrina, sino un método. Esta escisión afirmada entre dos dimensiones de la investigación que habitualmente se influyen la una a la otra, la de la metodología y la de la teoría, supone la existencia de pensamientos latentes que no son expresados. Ya que afirmar que la nueva

orientación psicosomática es exclusivamente un método y no una teoría condujo a pensar, a la vez, que preserva integralmente y en sus grandes líneas la doctrina médica clásica y, al mismo tiempo, niega al factor psicológico, nuevamente introducido en la investigación diagnóstica, toda potencialidad de transformar la concepción etiológica y etiopatogénica de la enfermedad. Si en los procedimientos de la investigación científica, la introducción de una nueva metodología está destinada a recoger nuevos datos, podemos esperar que ésta modifique la representación que los investigadores se hacen de la realidad así analizada. Si al contrario, se afirma que un nuevo método de análisis no tiene ninguna influencia sobre la representación teórica de la realidad, entonces tenemos derecho a suponer el apego implícito a un cuerpo existente de doctrinas. Para el nuevo concepto de la medicina psicosomática, el cuerpo doctrinario es el de la fisiología y el de la fisiopatología. Hemos visto que la medicina psicosomática, en los Estados Unidos de América, se desarrolló en una estrecha relación entre psiquiatras y fisiólogos. Que los psicosomatólogos norteamericanos buscaban en los procedimientos de la fisiología y de la fisiopatología las verificaciones a sus hipótesis psicosomáticas. A partir de allí, es comprensible que, al limitar así el determinismo psíquico en el proceso psicosomático, el nuevo concepto de la medicina psicosomática no aporte soluciones satisfactorias a las cuestiones epistemológicas fundamentales del monismo y del dualismo somatopsíquico.

Las viejas querellas enterradas bajo las múltiples capas de la historia de la medicina y de la filosofía y por las que se afrontaban las concepciones organogenéticas y las psicogenéticas y que redoblaban los debates filosóficos entre monismo y dualismo en relación a lo humano, estas viejas querellas retoman vida con el desarrollo de la psicosomática. No es suficiente declarar que estas querellas están superadas para que los problemas que plantean se consideren resueltos. Existe en el seno mismo del asunto psicosomático una especie de nudo, una resistencia de tipo epistemológico que, innumerables teorías, unas detrás de las otras a lo largo de la historia, trataron de elucidar. Si todo el mundo, o casi, se entiende acerca de la participación común de acontecimientos psíquicos y de acontecimientos somáticos en la concepción de la enfermedad, todos se distancian respecto a la inteligibilidad de esta articulación. Freud revolucionó el pensamiento psicosomático transformando la dialéctica cuerpo-mente o físico-moral, o incluso somático-psíquico, en una dialéctica pulsional. Para Freud, las manifestaciones somáticas o psíquicas de la enfermedad proceden del juego complejo de las relaciones entre pulsiones y sus trayectorias somatopsíquicas o psicosomáticas. La inteligibilidad de la articulación entre el terreno psíquico y el somático reposa en las pulsiones que, en su funcionamiento y en su evolución, les añaden toda la complejidad de la realidad humana vivida. Pero también Freud introdujo en la concepción psicosomática una nueva dimensión: la de la evolución. De la neurosis actual, con sus síntomas funcionales, a la neurosis histérica, con sus síntomas de conversión, la estructura psíquica se hizo más compleja. A la inversa, durante los momentos de crisis, la neurosis histérica puede degradarse y las figuras de la neurosis actual pueden reencontrar vida a lo largo de este movimiento de descomplejificación psíquica. Lo que aporta la nueva dimensión de la evolución a la concepción psicosomática es la idea de un pasaje del nivel

somático al nivel psíquico, así como un pasaje del nivel psíquico al nivel somático, a través de la historia del sujeto y no solamente a través de su geografía. Lo específico de la concepción freudiana de la psicopatología es el anclaje de la articulación psique-soma en la historia del sujeto.

Los modelos de la simbolización no tuvieron suficientemente en cuenta esta dimensión innovadora de la evolución en la inteligibilidad de la articulación psicopatológica. En general sobrestimaron el valor significativo del síntoma somático, sin reconocer los diferentes niveles del funcionamiento de la estructura psíquica. Por este hecho estiraron al extremo la cuerda de la psicogénesis y se distanciaron de la complejidad de lo psicopatológico. Michel de M'Uzan y Christian David escriben que, en sus «Preliminares críticas a la investigación psicopatológica» (1960),

Tal desviación sólo puede ser evitada conservando en cada fenómeno su nivel de intencionalidad propia. Dicho de otra manera, hay que distinguir, junto al síntoma «psicoanalítico» (fobia, obsesión, etc.) -donde la relación es directa y homogénea-, el síntoma de conversión donde esta relación sigue siendo directa (alcance simbólico de la sintomatología), pero se vuelve heterogénea, y el síntoma psicopatológico propiamente dicho, donde la relación es a la vez heterogénea e indirecta.

Por su lado, los modelos de la adaptación, que están en el fundamento de la medicina psicopatológica, al someter los factores psíquicos a una lógica biológica, privilegian al máximo la organogénesis en la formación de los síntomas orgánicos. Vemos lo difícil que es pensar la articulación psique-soma conservando toda la complejidad de las relaciones entre ambos terrenos.

En Francia, la escuela psicopatológica, que se desarrolló después de la Segunda Guerra Mundial, ha aprovechado las elaboraciones teóricas y doctrinales engendradas por los debates y discusiones en el seno del movimiento psiquiátrico de la posguerra. Para Henri Ey, el problema de la psicogénesis de las neurosis y de las psicosis trataba así de trazar los límites de la psiquiatría respecto a los de la neurología. Según Henri Ey,

podemos entrever lo que debe ser una verdadera teoría de la relación de lo físico y de lo moral, a la vez más natural y más comprensiva. Debe presentarse como una teoría de la jerarquía estructural y no como un simple y radical dualismo que separa lo psíquico de lo orgánico (dualismo espiritualista), ni como un puro «rasero» que coloca en el mismo plano, o en planos tan vecinos que se confunden, lo psíquico y lo físico (monismo materialista).

Henri Ey se pregunta cómo podemos representarnos esta jerarquía.

El mundo se nos aparece como una serie de formas jerarquizadas: mundo material, regido por las leyes de la física -mundo vivo, regido por las leyes

de la biología- y, en fin, el mundo psíquico, objeto de la psicología. Ni lo biológico se puede reducir a lo físico, ni lo psicológico a lo biológico. Cada una de estas estructuras es la condición necesaria, pero no suficiente, de la estructura superior. ¿Qué es lo que caracteriza el psiquismo? Es el conjunto de las funciones que aseguran una adaptación personal a la realidad. La vida psíquica introduce pues en el mundo un tipo de causalidad propia, diferente de la causalidad física y de los tropismos instintivos.

Para Henri Ey, la causalidad psíquica, la que surge de una pura psicogénesis, teóricamente sólo puede ser concebida por los fenómenos de la vida psíquica normal. En revancha, las alteraciones mentales suponen la existencia de un determinismo organogenético. Esta concepción de la jerarquía estructural reposa enteramente en la teoría de J. H. Jackson, relativa a las enfermedades del sistema nervioso. Según este autor, la sintomatología clínica se compone de signos negativos y de signos positivos. Los primeros se llaman deficitarios y proceden de una inhibición o de una supresión de naturaleza funcional o lesional de un nivel superior de funcionamiento. Los segundos signos se llaman liberadores y proceden de la autonomización de un nivel de funcionamiento inferior, habitualmente integrado y controlado por la jerarquía estructural. Este esfuerzo de conceptualización, nacido en el movimiento de reflexión psiquiátrica francesa, sirvió de modelo a la nueva corriente de la reflexión psicosomática emprendida en Francia después de la guerra por los psicoanalistas de la Sociedad Psicoanalítica de París. Escribe Michel de Fain en *Psicoanálisis y medicina psicosomática* (1956): «El pensamiento psicosomático es la continuación de los progresos logrados en la neuropsiquiatría por la aplicación de los conceptos jacksonianos. Estos permitieron superar los puntos de vista puramente mecanicistas al introducir el principio de una dinámica jerarquizada.» El modelo de las relaciones de la psiquiatría con la neurología, construido sobre la base de una representación teórica de estructuras jerarquizadas, cargadas de un potencial evolutivo así como involutivo, servirá como referente de las relaciones desde el punto de vista psicosomático con la clínica médica clásica.

La noción de un dinamismo jerarquizado, graduándose a través de niveles de funcionamiento en la escala de lo vivo, desde los niveles somáticos hasta niveles psíquicos, representa una solución original a la cuestión del dualismo soma-psyche. Introduce la dimensión de la evolución y de la historia en las relaciones desde los niveles psíquicos a los niveles somáticos. Hasta este momento, la articulación entre el terreno psíquico y el terreno somático se buscaba a través de la supuesta existencia de un eslabón intermediario. La articulación somatopsíquica era buscada en la geografía del cuerpo. A partir de la apreciación de la noción de dinamismo jerarquizado, esta articulación se buscará en la historia o la prehistoria del sujeto. Es en este sentido en el que hay que comprender la palabra de Pierre Marty cuando define la psicosomática no como un guión de separación sino como un momento de la evolución.

La relación de objeto

La medicina psicosomática contiene en su definición la dimensión de la investigación. Ha buscado en la fisiología los instrumentos de verificación de sus hipótesis clínicas. Los factores emocionales fueron objeto de cantidad de procedimientos experimentales con el fin de medir los cambios operados en el funcionamiento orgánico bajo la influencia de diferentes categorías de emoción. Los test y los exámenes fisiológicos constituyen para la medicina psicosomática, sus instrumentos privilegiados. Para la clínica psicosomática surgida de la escuela francesa de la posguerra, había que construir una metodología de examen de los enfermos y fundarla en un instrumento de análisis psíquico fiable y riguroso. Este instrumento lo descubrieron los psicoanalistas de la Escuela psicosomática de París en el concepto psicoanalítico de la relación de objeto. La relación de objeto constituye para los nuevos psicosomatólogos un verdadero instrumento de medida que permite evaluar con precisión el nivel psíquico dominante al que el paciente está fijado, así como la estructura defensiva y adaptativa del Yo en relación con el nivel regresivo pulsional. Para Michel Fain, el estudio clínico de la relación de objeto representa, para el analista del funcionamiento mental, el equivalente de las dosificaciones y test que ofrece la fisiología para el análisis del funcionamiento orgánico. Con la relación de objeto, la psicosomática posee en adelante un instrumento psicoanalítico fiable y preciso para evaluar los movimientos de evolución y de regresión bajo el efecto del dinamismo jerarquizado del paciente. Para Michel Fain,

un estudio que quiere situar el nivel de regresión debe poder determinar de qué manera el enfermo vive en el nuevo nivel en el que se ha retirado, y constatar que la alteración tiene que ver con una adaptación mórbida a un mundo anacrónico. Este mundo superado fue recreado por la reaparición de pulsiones, normales en una cierta época de la vida, pero cuyo retorno es ahora un hecho patológico que corresponde a las manifestaciones positivas descritas por J. H. Jackson y que traducen la liberación de manifestaciones cuya energía es proporcionada por la inhibición o la destrucción de un control superior.

Este desarrollo teórico, extraído del texto citado más arriba, intenta aplicar a la clínica psicoanalítica del funcionamiento mental el modelo jacksoniano de las enfermedades del sistema nervioso. Las manifestaciones clínicas de la regresión libidinal son allí descritas como los signos positivos de liberación de un nivel inferior de funcionamiento pulsional, inducido por la inhibición o la supresión de un control psíquico de orden superior. Al mismo tiempo, el dinamismo de los movimientos de regresión no se define simplemente por su dimensión tópica. Todo movimiento regresivo se acompaña de modificaciones de la energética pulsional. El estudio analítico de la relación de objeto revela este conjunto dinámico, que asocia cambios tópicos y transformaciones económicas.

La teoría psicoanalítica de la relación de objeto es la obra de Maurice Bouvet. En un texto de 1956 «La clínica psicoanalítica. La relación de objeto», el autor presenta el concepto de relación de objeto de la siguiente manera:

El psicoanálisis ha aportado a la clínica una descripción satisfactoria de las relaciones del sujeto con el mundo y, por ello, contribuyó en gran medida a hacer comprensibles las alteraciones de esta relación general que clásicamente se designa en psicoanálisis bajo el término de «relación de objeto». La teoría analítica de esta relación tiene de particular que es a la vez genética y dinámica, y que implica una especie de paralelismo entre el estado de maduración más o menos avanzado de las actividades instintivas y la estructura del Yo en un sujeto dado y en momento dado. El conjunto de la personalidad tiende sin cesar a una adaptación cada vez más adecuada con el mundo exterior, siempre que la evolución no haga sentir su acción; este estado puede regresar o progresar en cada instante, bajo la influencia de circunstancias externas y de conflictos internos que aquéllas pueden reactivar.

Para Bouvet, la relación de objeto es la vía de abordaje que permite el acceso a la totalidad de la clínica psicoanalítica. Reúne en su concepto toda la inteligibilidad psicoanalítica del funcionamiento mental. Por este hecho, el concepto de relación de objeto adquiere, desde el punto de vista epistemológico, el estatuto del nuevo paradigma cuyo uso permite no solamente la observación y la captación del objeto psicoanalítico, sino también su interpretación y su teorización. En su presentación, Bouvet precisa de entrada que la noción de relación de objeto figura históricamente en la teoría psicoanalítica general. Su contenido está en realidad presente en otros conceptos importantes de la teoría psicoanalítica. Para Freud, la nominación de las pulsiones sexuales, que en su primera teoría pulsional opone a las pulsiones de autoconservación, sobrentiende las pulsiones sexuales de objeto. Para Freud, el concepto de pulsión sexual contiene pues, en su concepción misma, la noción de una vectorización hacia el objeto. Se entiende entonces que el empleo hecho por Bouvet del concepto de relación de objeto representa una elección elaborativa cuya pertinencia y carácter heurístico fue verificado a través del manejo de la investigación psicoanalítica y, poco después, a través de la investigación psicosomática de los enfermos. La relación de objeto se convierte en el concepto clave por el cual son figurados todos los movimientos pulsionales del sujeto, y también el conjunto de la estructuración de su Yo. A través del ángulo de la relación de objeto, el psicoanalista va a poder discernir las microvariaciones a la vez evolutivas y regresivas de las pulsiones, las redistribuciones energéticas de un nivel a otro y los reajustes defensivos y adaptativos del Yo. Los autores de La investigación psicosomática retoman en su introducción esta concepción integradora del conjunto del funcionamiento mental y, en cierta manera, paradigmática de la relación de objeto:

Consideramos la relación de objeto en la misma perspectiva que Maurice Bouvet respecto a la escala de los niveles genital y pregenital. Para nosotros, esta relación no se limita a la que se establece entre el enfermo y el investigador, contempla también todo vínculo que se anuda entre el sujeto con cualquier objeto, se trate de elementos diversos de su entorno o de objetos internos que comprenden entre otros el Superyo, el Ideal de Yo, las diversas imagos, así como elementos somáticos implicados y, en los casos

patológicos, la sintomatología somática en curso.

Si la relación de objeto se convierte en un instrumento psicoanalítico que mide la economía psíquica del sujeto es gracias a una de las formulaciones teóricas, particularmente apta para evocar la idea de una evaluación cuantitativa: la noción de distancia. Para Bouvet, el conjunto de los arreglos defensivos del Yo, cuando éste se establece en un nivel dado de regresión, crea una distancia en la relación del sujeto al objeto. Esta distancia al objeto puede ser más o menos grande en función de la opacidad de los arreglos defensivos. El descubrimiento de Maurice Bouvet reside entonces en el valor que atribuye a la apreciación de la distancia del objeto, en la medida en que, a partir de ella, se puede deducir, con más o menos precisión y pertinencia, la profundidad de la regresión así como la fuerza o la debilidad de la organización psíquica.

Estos arreglos en la relación objetal pueden designarse bajo el nombre de «instrumentos de la relación a distancia»... Expresan precisamente la distancia que existe en las relaciones objetales de un sujeto dado en un momento dado, tal como son vividas conscientemente por él, y las que serían si, una vez eliminada la defensa, la fantasía inconsciente que las sostiene se volviera consciente, con sus impulsiones instintivas y sus proyecciones. La distancia es evidentemente variable en todo momento, más larga o más corta espontáneamente en función tanto de las circunstancias externas como del estado interno, disminuyendo a medida que el análisis progresa. En todo momento la distancia corresponde a la proximidad del objeto que el sujeto puede soportar, teniendo en cuenta la transformación de aquél por la proyección.

Así, en el curso de una investigación psicoanalítica, la distancia que el paciente establece inconscientemente en su relación con el psicoanalista, y percibida por este último a partir de su propio psiquismo, se encuentra en una relación inversamente proporcional a la fuerza de la organización psíquica y su nivel evolutivo.

La investigación psicosomática

Con la relación de objeto, el psicoanálisis ha encontrado su instrumento de medida. Pero el pasaje del objeto psicoanalítico al objeto psicosomático supone la superación de un límite, tácita y clásicamente establecido en la teoría y en la praxis psicoanalíticas. Este límite es el de la integración de lo somático en la concepción psicoanalítica. A este problema, al mismo tiempo clínico, teórico y epistemológico, el movimiento del pensamiento de la medicina psicosomática le ha encontrado una falsa solución. Al mantener una separación radical entre el terreno psíquico y el terreno somático, y al someter el primero al registro del psicoanálisis, mientras que el segundo se somete al registro de la fisiología, el movimiento del pensamiento de la medicina psicosomática rechaza defacto toda integración de lo somático en la concepción psicoanalítica. Para los psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París, las manifestaciones de tipo somático están concebidas como perteneciendo a la

misma jurisdicción psicoanalítica que las manifestaciones de tipo psíquico. De la misma manera, a partir de aquí, se aplicarán a los acontecimientos somáticos, los mismos puntos de vista tópico, dinámico, económico y evolutivo de la metapsicología psicoanalítica. Al dirigirse a los psicoanalistas, los autores de La investigación psicosomática suponen que «podrían sorprenderse de vernos superar ciertas posiciones habituales con la intención de añadir todo lo lejos posible, lo somático a la misma dinámica y la misma energética que las que rigen la vida mental de sus enfermos». Esta posición doctrinal, psicoanalítica en su fundamento, da lugar a un nuevo pensamiento psicosomático. Los psicoanalistas que la engendraron: Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M'Uzan y Christian David, la definen en su filiación natural con el psicoanálisis.

El psicoanálisis no se acantona ya desde hace tiempo en el único terreno de las neurosis. Su campo se amplió poco a poco para enriquecer y transformar diversos planos del conocimiento. Respecto a la medicina, resulta de ello primeramente una nueva orientación del intelecto y luego la constitución progresiva de una disciplina original y fundamental, la psicosomática, de la que aún no podemos prever todo su desarrollo ni todo su alcance. Disciplina que a menudo se señaló como perteneciente a la tradición hipocrática, pero que se singulariza por la introducción revolucionaria del concepto del inconsciente. Es cierto que inicialmente el inconsciente fue aprehendido sobre todo a través de la multiplicidad de sus expresiones mentales; falta que su acogida en el nivel de lo somático puro lo lleve a estar implicado por el genio mismo del descubrimiento freudiano del Ello, en tanto que instancia arraigada en lo biológico.

Provisto de un cuerpo de concepciones teóricas, el del psicoanálisis, y de un instrumento de medida, la relación de objeto, al nuevo pensamiento psicosomático ya no le queda más que crear su propio método de análisis. Éste será la investigación psicosomática.

Pero la investigación psicosomática representa, al mismo tiempo para sus autores, la condición primera de la constitución del objeto psicosomático y la primera fase en edificación de este objeto. Ya que, a través de la relación que el paciente establece con el psicoanalista psicosomatólogo, todos los datos clínicos, a la vez mentales, sensoriomotrices y somáticos, van a ser analizados e interpretados como a través de un prisma.

La relación que el paciente anuda con el psicosomatólogo durante la entrevista, y que refleja desde luego la imagen de sus relaciones de objeto en general, constituye la piedra angular de todos los elementos de la investigación. Es a través de ella que podremos eventualmente evaluar el sentido del material aportado, y eventualmente calibrar, incluso corregir, el valor de los contenidos. Por otro lado, tendremos bastantes ocasiones para verificar la correlación estrecha que existe entre esta relación y los sistemas relacionales que el paciente usa en su vida habitual.

La revolución introducida en el pensamiento psicosomático por los psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París reside en el espíritu de la investigación psicosomática. Ésta no es una entrevista destinada a recoger informaciones clínicas objetivas como si fuera un examen médico. Tampoco es una entrevista que trata de permitir el desarrollo de una relación de transferencia apta para crear las condiciones de un trabajo interpretativo, como se haría en una entrevista psicoanalítica clásica. Es otra cosa, nacida del maridaje entre la metodología psicoanalítica freudiana y la extensión de la concepción metapsicológica a los acontecimientos somáticos. Tenemos que recordar cuán penoso e inoportuno es aplicar el instrumento psicoanalítico al examen de los enfermos somáticos. Esto nos da la medida de la audacia de los psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París, que dejaron el terreno seguro de las manifestaciones mentales, familiares, al psicoanálisis, para aventurarse, más allá del terreno de la expresión psíquica, hacia las tierras desconocidas de la expresión somática. Porque la invención de estos nuevos psicosomatólogos reside en la concepción de un método de investigación clínica que permite la emergencia de un vínculo significativo entre la sintomatología somática y las características del funcionamiento mental. La investigación psicosomática debe permitir revelar este vínculo.

La manera en la que el investigador concibe los fines, las modalidades y la técnica de su búsqueda está aquí estrechamente ligada a la concepción y a la práctica psicoanalíticas. Sin embargo, la presencia de una sintomatología somática impone importantes arreglos destinados a revelar su vínculo con las características de la personalidad. Todos los elementos destinados a conocer este vínculo no pueden ser realmente recogidos y utilizados sino a través de la relación médico-enfermo.

Para los nuevos psicosomatólogos el rigor metodológico de la investigación, respetando el marco técnico del psicoanálisis, debe permitir revelar tanto signos sensorio-motores y somáticos como psíquicos cuyo valor significativo debe ser aprehendido e interpretado a través del tamiz procesal de la relación del enfermo con el psicoanalista.

El principio que rige la entrevista deriva directamente de la regla fundamental del analista: se trata de suscitar las asociaciones del enfermo y permitirles todo el desarrollo posible. Dejando al enfermo un máximo de libertad de expresión, podremos no solamente seguir su determinismo a la vez mental y verbal, sino también -y en la perspectiva psicosomática es importante- sus actividades sensorio-motrices (mímicas, manifestaciones gestuales, agitación, temblores, contracturas, etc.), sus manifestaciones álgidas y de manera general sus diversas expresiones somato-funcionales eventuales.

La concepción misma de esta nueva orientación metodológica del examen de los enfermos somáticos supone alejarse de los objetivos médicos clásicos propios de la corriente de pensamiento de la medicina psicosomática. Porque, para los nuevos

psicosomatólogos no se trata de construir un panorama de las diferentes enfermedades, de los diferentes síndromes somáticos. Tampoco se trata de establecer una nueva nosografía médica integrando el punto de vista psicosomático. Se trata de describir a partir de la investigación psicosomática nuevos conjuntos relacionales junto a los ya conocidos, de los neuróticos, perversos y psicóticos. «Nuestro propósito se encontrará plenamente cumplido si conseguimos entrever tipos relativamente nuevos de personalidades, o más exactamente formas de vida que, por más conocidos que sean, o más banales que puedan parecer, creemos que aún son poco conocidas, poco exploradas a pesar del interés humano que suscitan.» La noción de «formas de vida», utilizada aquí por los autores de La investigación psicosomática, señala la dimensión fenomenológica de los modos de relación de objeto de los enfermos somáticos. Pero contiene también, a través de su formulación voluntariamente general y descriptiva, la novedosa idea de que una enfermedad somática puede integrarse en un sistema de relación de objeto con fines adaptativos. Ya que las formas de vida, descritas por los nuevos psicosomatólogos, reflejan otras tantas modalidades diferentes de organizaciones psicosomáticas. Integran a la vez, y en un mismo enfermo, su modo de relación de objeto, su energética psicosomática, el valor funcional de su actividad mental y, finalmente, las relaciones entre las características de su funcionamiento mental, el estado de su maduración y la configuración sintomática.

A lo largo de las dos décadas de 1950 y 1960, los psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París crearon una nueva variedad de investigación psicoanalítica: la psicosomática. Equipados con un cuerpo de conceptos, una nueva metodología de investigación clínica y un instrumento de medida psicoanalítica, la relación de objeto, descifraron y desarrollaron un nuevo territorio de la clínica, la de los enfermos somáticos.

La desmentalización

La investigación psicosomática es concebida por sus autores como un laboratorio de psicoanálisis de los enfermos somáticos. La relación de objeto es definida allí como el instrumento privilegiado con el que el psicoanalista podrá construir una representación teórica del conjunto de la estructura psicosomática del enfermo. Pero el foco de esta nueva configuración metodológica, que es la investigación psicosomática, sigue siendo la relación que establece el paciente con el psicoanalista psicosomatólogo, según su propio determinismo inconsciente. Esta relación nuclear no constituye simplemente para el psicoanalista una ficha entre otras en la recogida de las informaciones que permite la investigación psicosomática: esta relación lleva implícita la significación de un modelo de relación de objeto, que para el psicoanalista es pertinente aplicar al conjunto de la vida mental del paciente. Es en este sentido que Pierre Marty estableció los principios metodológicos del examen del enfermo somático, en un texto de 1956, «Clínica y práctica psicosomáticas»:

Dos órdenes de informaciones deben recogerse:

- a) Una historia lo más completa posible de la vida del paciente.
- b) La naturaleza de sus relaciones afectivas y su evolución.

Este segundo tipo de informaciones sobrepasa considerablemente en importancia al primero, al que da todo el valor y que, a menudo, condiciona. En efecto, una historia de la vida del paciente presentada fuera de la evolución paralela de sus relaciones afectivas no ofrece más que un mediocre interés. De la misma manera, y esto es un elemento esencial del problema del examen del paciente, una biografía presentada al médico sin que este último sienta la calidad de su relación con él a lo largo de toda la entrevista no presenta más que un escaso interés desde el punto de vista psicosomático. Dicho de otra manera, el psicosomatólogo debe tener a la vez siempre presente en su mente:

- a) La calidad de la relación afectiva que establece el paciente con él.
- b) La calidad de la relación afectiva que acompañan los acontecimientos de los que habla el paciente.
- c) La biografía del paciente y el valor de sus vicisitudes.

La investigación psicosomática, así concebida y construida por sus autores, aporta nuevas respuestas a las cuestiones de definiciones elementales que conciernen al propio objeto de la psicosomática: ¿Qué es un enfermo psicosomático? ¿Qué es una enfermedad psicosomática? Hasta entonces, y en la tradición médica, el término «psicosomático» revela un vínculo vago entre dos tipos de signos clínicos, signos mentales y signos somáticos. La psicosomática se define clásicamente como la coexistencia, en un mismo enfermo, de una sintomatología mental y de una sintomatología somática. En este sentido, un enfermo psicosomático se define como un enfermo en el que se pueden reconocer, de manera más o menos discreta o más o menos ruidosa, alteraciones mentales. En este sentido aún, una enfermedad psicosomática se define como una enfermedad en la etiología de la cual se pueden reconocer, de manera más o menos discreta o más o menos ruidosa, factores mentales. La investigación psicosomática ha revolucionado el objeto de la psicosomática. Para los nuevos psicosomatólogos, ya no hay necesidad de encontrarse frente a un enfermo que presenta alteraciones mentales para considerarle como un enfermo psicosomático. Tampoco hay necesidad de encontrarse frente a una enfermedad en la que se reconocen factores de tipo mental para considerarla como una enfermedad psicosomática. La revolución psicosomática reside en la definición de un nuevo concepto, el de la situación conflictiva añadiendo, tanto desde el punto de vista dinámico como desde el punto de vista energético, los dos planos de expresión psíquica y somática. A partir de aquí, y según Pierre Marty, «se dirá pues, que un enfermo es psicosomático cuando se establece la relación precisa que existe entre su situación conflictiva y su enfermedad.». Vemos la distancia entre la definición clásica del objeto psicosomático y su nueva definición. Hasta aquí los dos

niveles de expresión que son el nivel psíquico y el somático constituyen dos conjuntos relativamente separados y relativamente autónomos en sus funcionamientos, cuyos vínculos están limitados a relaciones de influencia recíproca. Un desarreglo en el nivel psíquico es el que engendra un desarreglo funcional en el nivel somático. La concepción íntima de la psicósomática es a la vez dualista y psicogenética. Para los nuevos psicósomatólogos, los dos niveles de expresión, psíquico y somático, proceden de una dinámica y de una energética comunes y resultan de las modificaciones acaecidas en el conjunto de la estructura psicósomática debido a la situación conflictiva. La concepción íntima de las alteraciones psicósomáticas reposa en un principio de continuidad y de movilidad de la energía apta para investir todas las funciones del organismo, función mental incluida. Pero la realidad de la situación conflictiva, por su propia concepción, puede aparecer al clínico como silenciosa. Porque, revela Pierre Marty,

Cuando se considera la génesis de la mayoría de los conflictos, y en todo caso de los más traumáticos, nos percatamos que estos conflictos a menudo han sido obra del enfermo que, inconscientemente, por sus reacciones y su comportamiento, paradójicamente construyó, por así decirlo, la situación de la que aparentemente sufre. Este hecho paradójico proviene frecuentemente de un conjunto de mecanismos aplicados por el enfermo a través de las casualidades de su vida y que tienden precisamente a disminuir el alcance de estas casualidades y sus consecuencias, en beneficio de la aparición de una situación que conoce bien porque fue vivida de una manera particularmente sostenida por él durante su primera infancia.

Se reconoce en la definición desarrollada aquí por Pierre Marty sobre el concepto de situación conflictiva el espíritu del modelo de la relación de objeto y los vínculos que establece el autor entre una situación actual de conflicto y una situación pasada de estructura de relación de objeto reactivada por la vía de la regresión. Y Pierre Marty continúa:

El mecanismo puesto así en marcha, que se puede considerar a la vez como un medio de colocar en su sitio la situación conflictiva y como un modelo de lucha contra ella, incluso como un sistema de adaptación automáticamente aplicado, como frente a una situación que no ocurre desde hace tiempo, puede ser un mecanismo de tipo neurótico, de tipo somático o estar constituido por una mezcla de los dos.

Entendemos aquí que, a partir de la nueva concepción de la psicósomática, los síntomas y enfermedades somáticas adquieren un estatuto defensivo y adaptativo en respuesta a la situación conflictiva, del mismo valor que los síntomas de tipo mental. Desde el punto de vista epistemológico, aparece claramente que esta nueva concepción psicósomática rompe con una forma de causalidad vertical representada en la concepción de la psicogénesis, y establece una nueva forma de causalidad, a la vez circular e integrada cuya columna vertebral reposa en una comunidad de dinamismo y de energética para los dos niveles de expresión, psíquico y somático.

Vemos, de hecho, escribe Pierre Marty, que se trata de conflictos del individuo, inicialmente con el mundo que le rodea, conflictos que pueden engendrar reacciones neuróticas o reacciones somáticas, o una mezcla de los dos tipos de reacciones. Cuando existe tal mezcla, un cierto equilibrio se establece, evidentemente, en los niveles dinámico y energético, entre los dos tipos de reacciones, pero sin que se pueda pretender que las reacciones neuróticas condicionen las reacciones somáticas.

Los autores de La investigación psicosomática describieron en 1963 en su escrito común los primeros resultados de sus investigaciones con pacientes somáticos. Esta aportación científica representa el inicio de un proceso de sistematización en materia de clínica psicosomática. Los nuevos datos, salidos del laboratorio de la investigación psicosomática, se reparten en tres niveles. El primero es estructural.

Entre otros elementos, lo que clínicamente llama la atención es una especie de pobreza del diálogo que a menudo tiene la necesidad de ser alimentado y reanimado: una precariedad, incluso una carencia de los sistemas neuróticos de acondicionamiento de la situación cuyo sentido no parece ser comprendido; en fin, una inercia que amenaza casi continuamente la continuidad de la investigación.

Vemos que se introduce, primero en un nivel superficial, el de la recepción clínica, y luego, rápidamente, en un nivel más profundo de análisis, el de la construcción de una representación teórica, la noción de pobreza o de carencia de los sistemas de expresión psíquica. Al mismo tiempo que se señala la pobreza de los sistemas de adecuación defensiva de orden psíquico, los autores precisan lo difícil que es habitualmente percibir la significación de esta orientación carencial de la actividad psíquica. Pero ésta se vuelve inmediatamente más inteligible si se toma en consideración el conjunto de las expresiones del enfermo, psíquicas, sensorio-motrices y somáticas a la vez.

Señalemos que la ausencia de organización neurótica o psicótica propiamente dicha no significa de ninguna manera la ausencia de nudos conflictivos fácilmente observables. Al contrario, los instrumentos utilizados por los enfermos para tratar estos conflictos así como sus problemas relacionales participan de una verdadera organización psicosomática cuya base está constituida menos por mecanismos mentales que por actividades sensorio-motrices y diversas modalidades funcionales fisiológicas más o menos aisladas, sobrecargadas o distorsionadas.

Por primera vez en la historia del proceso de constitución del nuevo objeto psicosomático, se franquea una etapa fundamental y necesaria: la de la concepción de organizaciones psicosomáticas. Se pasa de un nivel de recogida de datos clínicos a un nivel de conceptualización teórica que implica una cierta dimensión de sistematización y de generalización. Esta hipótesis teórica cambia completamente el hecho psicoanalítico al considerar que las manifestaciones de expresión sensorio-

motriz o somática contendrían las mismas significaciones de adecuación defensiva y adaptativa que las manifestaciones de tipo mental y que ambas son respuestas a una situación conflictiva común. Pero esta hipótesis teórica, al colocar en el mismo plano las manifestaciones sensorio-motrices y somáticas y las manifestaciones mentales, como sistema de adecuación defensivo y adaptativo, enuncia al mismo tiempo que estos dos tipos de manifestaciones difieren radicalmente en su nivel evolutivo. De aquí nace una nueva representación teórica, la que liga la calidad de los sistemas defensivos, neurótico, psicótico, sensorio-motor y somático, y el nivel evolutivo en el que se establece el conjunto estructural de la relación de objeto del enfermo. Según el segundo plan del análisis de los datos de la investigación psicosomática, el plan genético, «se consigue captar otra característica del enfermo psicosomático: la pobreza cualitativa más o menos marcada de su sistema de relación respecto al objeto mental, se trate de la representación del objeto externo o del objeto interno». Poco a poco se construye una escala de evaluación de la calidad de las representaciones mentales en función del nivel de relación de objeto del enfermo. La noción de espectro psicosomático ilustra metafóricamente una variedad de organizaciones psicosomáticas, diferentes por el valor de su sistema defensivo, por la profundidad de su nivel evolutivo y por la cantidad y la calidad de sus representaciones mentales. En el extremo del espectro figuran las organizaciones psicosomáticas más enmarañadas en la expresión somática, mientras que en el otro extremo figuran las organizaciones psicosomáticas próximas a las organizaciones neuróticas. En las primeras,

el enfermo psicosomático da la impresión de que su interés profundo está absorbido por lo que podríamos llamar un objeto interior somático. Este objeto, a diferencia del objeto interno del neurótico por ejemplo, presenta una opacidad de sentido, una resistencia a la interpretación y, por otro lado, se presta mal o nada a ser retomado en una actividad mental consciente, fantasmática o intelectual... Tales enfermos, y con mayor razón otros menos evolucionados, conducen a hablar de una especie de «carencia mental», a condición de poner el acento en el valor funcional de la actividad mental, en su papel en la economía pulsional.

Los autores de La investigación psicosomática sitúan las diferentes organizaciones psicosomáticas en un marco nosográfico más amplio, el que incluye las diferentes figuras de la psicopatología psicoanalítica. Para ellos, la proximidad entre organizaciones psicosomáticas y neurosis de carácter se impone «tanto más porque los neuróticos de carácter a menudo no son más que psicosomáticos en los que no se tuvo en cuenta el elemento somático y que, como nuestros enfermos, presentan una perturbación global de la personalidad de la que resulta una petrificación de los recursos y del estilo adaptativo». El tercer nivel de análisis de los datos salidos de la investigación psicosomática es el nivel económico. Viene a completar los niveles estructural y genético, las tres orientaciones teóricas constituyen un todo coherente que representa las diferentes facetas del mismo hecho psicosomático. Ya que, «las consideraciones energéticas tienen en psicosomática una importancia predominante, no en función de cualquier presupuesto doctrinal, sino debido a los datos mismos de la experiencia». Pierre Marty enunciaba en el texto de

1956, citado más arriba, dos principios esenciales que debían regir el examen del enfermo y dictar la actitud del médico:

- a) El de la comunidad energética psicosomática. [Se señala...] la noción de una energía instintiva y la de la derivación hacia salidas que pueden ser por un lado neuróticas o caracteriales, por ejemplo, y por otro lado somáticas, sin emitir a priori distinciones fundamentales entre estos dos tipos de salida.
- b) El de la utilización, durante el examen del enfermo, de esta misma energía instintiva que viene del enfermo y alimentando sólo con ella el examen.

Para los nuevos psicosomatólogos, la energía de funcionamiento de los diferentes sistemas funcionales, psíquico y somático, abraza los mismos movimientos que el conjunto del dinamismo psicosomático, acompañándolo ya en un movimiento evolutivo, ya en un movimiento regresivo. El punto de vista económico en psicosomática comporta dos caracteres mayores: por un lado, una comunidad energética que se aplica tanto a las manifestaciones mentales como a las manifestaciones somáticas; por otro lado, una modificación de la calidad energética en función del sentido de las variaciones evolutivas. De una manera general, la energía se degrada a lo largo de su trayecto regresivo, mientras que se califica o recalifica a lo largo de su trayecto evolutivo. De esta manera, recorriendo el espectro psicosomático de las organizaciones más evolucionadas hacia las organizaciones menos evolucionadas, los sistemas psíquicos se vuelven cada vez más indiferenciados y el peso de lo cuantitativo crece respecto a lo cualitativo. A partir de esta concepción de conjunto de la realidad psicosomática, los autores de *La investigación psicosomática* formularon un principio de equivalencia energética:

Sobre la base de nuestra experiencia psicosomática, pensamos que existe en efecto una cierta equivalencia energética entre la actividad relacional con un objeto externo, la actividad mental como tal, intelectual o fantasmática, y la actividad funcional somática perturbada. En esta cadena analógica, hay que señalar que la calidad de la integración de la energía se degrada progresivamente -sin prejuzgar aquí su valor agresivo o libidinal- al mismo tiempo que la noción de relación de objeto se degenera y se borra en provecho de la actividad funcional distorsionada.

Los cambios cualitativos de la energía, a través de su trayectoria evolutiva o regresiva en el seno de los sistemas psíquicos, tienen como consecuencia enriquecer o empobrecer el valor funcional de las representaciones mentales del enfermo. Se trata aquí de la formulación más avanzada, en teoría, de los psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París sobre las relaciones mutuas entre las alteraciones somáticas y el funcionamiento mental. Ya que esquemáticamente para ellos la energía transcurre según dos vías. Una utiliza las actividades mentales, y dobla y acompaña la relación efectiva con el objeto externo. La otra vía utiliza la actividad mental que tiene como fin específico la manipulación, la elaboración y la integración de la presión pulsional

interna. Pero

para el psicosomático en el que las actividades de representación están ausentes, o reducidas al papel de acompañamiento de la relación con el objeto externo, o funcionalmente insuficientes respecto a una vida pulsional constitucionalmente sobrecargada, una parte de la energía escapa a las manipulaciones mentales de elaboración e integración y perturba alguna organización funcional somática.

Al hilo de la experiencia que las investigaciones psicosomáticas y las psicoterapias psicoanalíticas contribuyeron a nutrir, un nuevo modelo teórico tomó forma en el terreno de la psicosomática: el modelo de la desmentalización. Es un modelo que integra, en el interior de una misma representación teórica unificadora, el curso de los acontecimientos psíquicos y somáticos, haciéndolos participar a ambos en una comunidad de conflictos. Es un modelo que permite la atribución de significaciones económicas a los síntomas somáticos, a partir de tomar en cuenta la situación global del enfermo y sus dimensiones dinámicas y energéticas. Pero, sobre todo, es un modelo que permite el acceso a la inteligibilidad de los síntomas somáticos a partir del análisis del funcionamiento mental del enfermo. Y en esto reside la revolución conceptual de la Escuela Psicosomática de París, partiendo del estudio del funcionamiento mental del enfermo se hace posible describir con una cierta pertinencia el grado de gravedad y la significación económica de un enfermo somático. Esquemáticamente, el modelo de la desmentalización enuncia una relación inversamente proporcional entre el valor funcional de la actividad mental y la alteración somática. Menos rica y evolucionada es la actividad mental de un enfermo, mas podemos prever que su alteración somática será importante. El modelo de la desmentalización se inscribe en un conjunto doctrinal, el del evolucionismo, único apto para rendir cuenta no solamente de la comunidad dinámica y energética del conjunto de las funciones del organismo, incluida la función mental, sino del equilibrio entre expresiones psíquicas y expresiones somáticas en un mismo enfermo. Este modelo es resumido por Michel Fain en un texto escrito en 1956, «El movimiento psicosomático en la medicina»:

Cuando una alteración somática tiene su origen en las perturbaciones de la vida instintivo-emocional, su significación no se percibe sino en el examen de la relación sujeto-medio, y sólo se clarifica mediante el conocimiento de la historia de esta relación. Esta alteración testimonia una acción autoplástica que emplea una energía que normalmente hubiera debido integrarse en intercambios evolucionados con el medio. En cierta manera, nos encontramos frente a una presencia, la alteración, que nos conduce a sospechar una ausencia parcial o total de intercambios emocionales, intelectuales o motores. Este defecto de integración, que tiene por lo general en su origen una inhibición neuropática, constituye la alteración apical (según la terminología de Henri Ey). A continuación, hay, a la vez, liberación de actividades que tienden a reproducir modos de relación arcaicos y defensas que el Yo edifica contra este resurgimiento. El conjunto

se convierte en sintomático, separado del Yo que rechaza reconocer en estas pulsiones, reactivadas e investidas de una inmensa culpabilidad, una parte de sí mismo. El mecanismo de la alteración neuropática es idéntico. Las razones que hacen que la energía así repudiada por el Yo se reinvesta a través de una función somática han ocasionado hasta ahora hipótesis difíciles de verificar clínicamente.

Este largo pasaje del texto de Michel Fain contiene en su presentación didáctica una variedad de niveles teóricos que establecen la complejidad y la riqueza del nuevo modelo de la desmentalización. La estructura lógica del modelo de la psicósomática reposa en un doble par de coordenadas. La primera se inscribe sobre un plano vertical y representa los movimientos de la evolución en sus dos vectorizaciones, evolutiva y regresiva. El segundo par sitúa en positivo o en negativo las expresiones clínicas de las funciones, somáticas y psíquicas. Lo que pone en movimiento el conjunto de la situación de la estructura es la energía instintiva. El modelo enuncia que, cuando la energía sigue una trayectoria evolutiva, los sistemas que inviste se elevan en la escala evolutiva y se cargan cada vez más de significaciones y de vida. Su expresión es positiva. Al contrario, cuando la energía sigue una trayectoria regresiva, se degrada cualitativamente y los sistemas que recorre durante su movimiento pierden progresivamente sus significaciones y su vida. Su expresión es negativa. Cuando, a lo largo de este proceso, se desarrolla una alteración funcional somática, ésta aparece como un conjunto expresivo positivo en el terreno somático, manteniendo retiradas, con más o menos fuerza, las expresiones de orden mental. Si las relaciones constitutivas que existen entre el fenómeno de la desmentalización y el de la regresión están en el centro del nuevo modelo psicósomático no son, sin embargo, los elementos exclusivos. Ya que el modelo de la desmentalización contiene otras dos propiedades teóricas que atestan ambas su valor dinámico y heurístico.

La primera de estas propiedades se refiere a la función defensiva y adaptativa del conjunto de las formaciones, tanto psíquicas como somáticas, edificadas en respuesta a la situación conflictiva del enfermo y en relación al resurgimiento de un nivel de actividad pulsional superado. La significación defensiva, atribuida a los síntomas somáticos en el marco del modelo de la desmentalización, no contiene, como en los modelos de la simbolización, una atribución de sentido simbólico. Tampoco implica, como en los modelos de la adaptación, un sentido de naturaleza esencialmente biológico propio de la especie y que actúa colectivamente sobre el conjunto de los humanos. La significación defensiva del síntoma somático, en el marco del modelo de la desmentalización, es individual y económica. Individual porque se ejerce específicamente en un enfermo y en un momento dado de su vida, en función de la forma particular que cobró su modo de relación de objeto a lo largo de su historia. Económica porque el síntoma somático resulta, tanto como las formaciones psíquicas, de la historia y de las vicisitudes de la dinámica y de la energética psicósomática. La sintomatología somática representa en definitiva un sistema que se integra en el conjunto de los instrumentos de defensa y de adaptación del sujeto frente a una situación conflictiva que sufre en su relación con los objetos.

La segunda propiedad teórica contiene una hipótesis original que busca similitudes en la sintomatología somática con una locura orgánica. Para Michel Fain, la reacción regresiva de las pulsiones que pertenecen a un tiempo antiguo y que ha perdido vigencia y la edificación conjunta por el Yo de un frente defensivo respecto a ellas constituyen un conjunto sintomático que muestra una doble operación del Yo: por un lado, de desconocimiento; por otro, de desapego o de escisión. Escisión y desconocimiento evocan inmediatamente los sistemas psíquicos implicados en las formaciones psicóticas. Es el propio sentido del razonamiento de Michel Fain, quien considera que,

en la mayoría de las alteraciones psicosomáticas constituidas, el organismo reacciona a todo un conjunto de reacciones emocionales que le son propias, como si este conjunto fuera extraño y le agrediera. La proyección de una parte de sí mismo al exterior, seguida de una reacción contra la modificación impresa en el mundo externo por esta proyección, es un mecanismo que, cuando ocurre en el nivel mental, caracteriza ciertas psicosis. En cierta manera, cuando sobreviene una alteración psicosomática, el individuo conserva en su vínculo con el medio mediante una verdadera vesania orgánica.

Dicho de otra manera, para Michel Fain la alteración somática es un equivalente del delirio y la solución somática preserva al enfermo del derrumbe de sus relaciones con los objetos del mundo. Esta hipótesis original que asocia, en teoría, los mecanismos psicosomáticos con los psicóticos, confirma la situación nosográfica prevalente de las organizaciones psicosomáticas, es decir, lo que las aproxima a las neurosis de carácter. Ya que éstas, por el lugar que ocupan en el interior de la nosografía de las figuras de la psicopatología, reposan sobre un conjunto de conflictos cuya profundidad y nivel evolutivo están próximos a las organizaciones narcisistas y psicóticas. Para Maurice Bouvet, «si se admite que las neurosis de carácter testimonian de una precocidad y de una importancia especial de los conflictos, no tenemos que extrañarnos que este grupo responda a relaciones de objeto no sólo neuróticas, sino psicóticas». En suma, la pertinencia de la aproximación conceptual entre mecanismos psicosomáticos y mecanismos psicóticos parece justificada por el análisis de la relación de objeto de los enfermos que muestra, con una frecuencia más o menos grande, la presencia en su historia de conflictos precoces congelados y de fallas narcisistas activas. La evidencia de una neurosis de carácter a partir de la investigación psicosomática y del análisis de las modalidades de la relación de objeto permite al psicoanalista estar más atento a las heridas y a las fallas narcisistas de su paciente. Permite también interpretar de otra manera ciertos rasgos de carácter y de comportamiento, así como la hiperactividad de un gran número de pacientes, para los que las explicaciones dadas clásicamente por la corriente de la medicina psicosomática excluían toda intervención de un factor narcisista precoz en su génesis. La profundidad del análisis estructural, genético y económico que la investigación psicosomática permite al mismo tiempo, conduce, como vimos, a un enriquecimiento de la comprensión del enfermo así como del proceso terapéutico psicosomático.

La desorganización progresiva

Los psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París inventaron el funcionamiento mental. No quiere decir que Freud y los psicoanalistas que le siguieron no hubieran consagrado sus tareas y sus obras en comprender el funcionamiento del aparato psíquico. Ya que es en la filiación de la obra freudiana principalmente y en la de algunos otros psicoanalistas, en particular Maurice Bouvet, donde se inscribió esta invención del funcionamiento mental. Pero la novedad de esta orientación de los psicosomatólogos parisinos es la agudeza del análisis mediante el cual evalúan sin cesar el valor funcional de las formaciones psíquicas agregando las dimensiones estructural, dinámica, económica y evolutiva de la metapsicología clásica y el extender estas dimensiones a las expresiones somáticas. El concepto de funcionamiento mental debe ser tomado al pie de la letra y responder a la vez a la cuestión de saber «¿cómo funciona?», y también responder a la cuestión de saber «¿por qué funciona?». Las observaciones psicosomáticas han permitido responder a estas dos cuestiones a partir del momento en que fueron recogidas por la nueva metodología de la investigación psicosomática y gracias al rigor del análisis de los psicoanalistas psicosomatólogos. Pero estos últimos, en sus encuentros con los enfermos somáticos, se confrontaron al lado oscuro del funcionamiento mental más que a su lado luminoso. Fue a partir de la cara negativa del funcionamiento mental, concebido en su profundidad, que construyeron sus hipótesis originales y heurísticas sobre el valor funcional de las representaciones mentales y, más aún, de la de todas las formaciones psíquicas. Es por eso que el modelo de la desmentalización está ligado al del funcionamiento mental como las dos caras de una moneda. El modelo de la desmentalización contiene en hueco toda la concepción del funcionamiento mental, de manera que la desmentalización es el negativo del mismo.

Las nuevas representaciones teóricas del funcionamiento mental, que tapizan el marco del modelo de la desmentalización, dieron lugar a tres descubrimientos clínicos importantes. No es desfasado hablar aquí de descubrimientos científicos si se considera la actitud psíquica de los investigadores psicoanalistas, el rigor metodológico en la recogida de los datos clínicos, y la coherencia conceptual y teórica que presidió la inteligibilidad de las observaciones psicosomáticas.

El primer descubrimiento clínico es el del pensamiento operatorio. Fue presentado en el Congreso de Psicoanalistas de Lenguas Romanas en 1962, en Barcelona, por Pierre Marty y Michel de M'Uzan. Luego, no es casualidad que la presentación a la comunidad psicoanalítica de «El pensamiento operatorio» tenga lugar en el curso de un congreso cuyo tema es «Los aspectos funcionales de la vida onírica» y cuyos ponentes son Michel Fain y Christian David, miembros de la Escuela Psicosomática de París. De manera que la vida onírica y el pensamiento operatorio aparecieron como la cara positiva y negativa de una misma realidad: el funcionamiento mental. Es en este sentido que los autores de «El pensamiento operatorio» introducen su descubrimiento.

El valor funcional que ellos (Michel Fain y Christian David) reconocen

al sueño puede ser igualmente conferido a la actividad fantasmática, siempre que ponga en escena, dramatice, simbolice las tensiones pulsionales. Esta función de integración común a la actividad onírica y a la actividad fantasmática nos permite ver la importancia que tiene para ciertos enfermos psicosomáticos en los que está ausente o se encuentra gravemente alterada. Los autores, por otro lado, dicen «que el proceso onírico protege al organismo ligando fuerzas que correrían el riesgo de provocar perturbaciones profundas en el soma». El hecho es que, en los enfermos psicosomáticos, la carencia de la actividad fantasmática -al menos desde el punto de vista funcional- va emparejada al desarrollo de una forma de pensamiento original, que proponemos llamar operatorio y sobre el que deseamos centrar nuestra comunicación.

De entrada, el pensamiento operatorio es concebido como la figura negativa del funcionamiento mental, simétricamente a la vida fantasmática, que representa la figura positiva. Pero esta introducción al pensamiento operatorio lo sitúa en el centro de un cuestionamiento teórico fundamental, el del valor funcional de las actividades de representación. Este cuestionamiento define la calidad de lo que se llama el funcionamiento mental y que será designado más tarde con el nombre de «mentalización». En La investigación psicosomática, los autores señalaron la importancia del punto vista económico y energético en la orientación psicosomática. Describieron esquemáticamente dos vías principales de circulación de la energía. Una que se invierte en las actividades mentales que acompañan la relación efectiva con el objeto externo. La otra es una actividad de investidura específica cuya finalidad reside en la manipulación, la elaboración y la integración de la presión pulsional.

A partir de este esquema, y como contrapunto, los autores de La investigación psicosomática fijaron el modelo económico del pensamiento operatorio.

Para el psicosomático en el que las actividades de representación son ya carentes, ya reducidas al papel de acompañamiento de la relación con el objeto externo, o funcionalmente insuficientes respecto a una vida pulsional constitucionalmente sobrecargada, una parte de la energía escapa de las manipulaciones mentales de elaboración y de integración y perturba alguna organización funcional somática. En otras palabras, el Yo del enfermo psicosomático parece en condiciones de asegurar un papel de volante o de tampón pero no, al menos no, con la misma eficacia que la función de integración que asume el Yo del normal e incluso, a su manera, el del neurótico mental pregenital. Este fallo tiene consecuencias tanto más pesadas en razón de que impide la satisfacción y la realización narcisista ligada al funcionamiento mental simbólico por sí mismo. A decir verdad, esta dimensión simbólica es la que falla en el modo de actividad mental que consideramos como característica de los psicosomáticos más puros y que Pierre Marty y Michel de M'Uzan llamaron pensamiento operatorio.

Esta definición, positiva y negativa a la vez, del valor funcional de las actividades

de representación mental permite alguna duda sobre las nociones de pobreza, de precariedad y de carencias mentales, a menudo ligadas al funcionamiento mental de los pacientes somáticos. Ya que, cuando se habla de pobreza, de precariedad o de carencias mentales se quiere significar una pérdida del valor funcional de las representaciones y no un fallo radical o de un déficit en representaciones. Es en este sentido que hay que comprender las dos características esenciales del pensamiento operatorio: «Se trata aquí de un pensamiento consciente que, primeramente, parece sin vínculo orgánico con una actividad fantasmática de nivel apreciable; en segundo lugar, dobla e ilustra la acción, a menudo la precede o la sigue, pero en un espacio temporal limitado.» En suma, según la concepción teórica definida por el modelo de la desmentalización, el pensamiento operatorio trata de descargar inmediatamente y mediante la palabra las tensiones psíquicas, a falta de poder mantener en suspenso estas tensiones y manipularlas mentalmente con una finalidad de elaboración y de integración pulsionales. Para estos autores, el pensamiento operatorio tiene el estatuto de un síntoma cuya génesis hay que buscarla en una alteración profunda y precoz del proceso primario. Michel Fain y Christian David dan de esta «sideración arcaica del proceso primario» una figuración más precisa. Señalan

el punto fundamental común con Pierre Marty y de M'Uzan, a saber, que como nosotros ven en una neutralización patológica de la energía, origen de una verdadera degradación de la libido, la razón profunda de la carencia funcional de la actividad de representación en general y como consecuencia una causa mayor de disfunción psíquica y psicósomática.

Lo que se precisa aquí, son los vínculos, a la vez dinámicos y económicos, entre las condiciones de la pérdida del valor funcional de las representaciones y la desaparición de la libido. En la medida en que el pensamiento operatorio asume epistemológicamente el papel de representante del modelo de la desmentalización, se puede afirmar que el movimiento de desmentalización tiene como condición determinante el evolucionar sobre una tierra huérfana de su libido.

Al margen de la Escuela Psicósomática de París, una psicoanalista francesa, Joyce McDougall, desarrolló importantes y originales investigaciones psicoanalíticas sobre pacientes psicósomáticos. La experiencia que adquirió en su trabajo de analista con estos pacientes la confrontó a numerosos problemas clínicos, prácticos y teóricos, comunicados por los psicoanalistas de la Escuela Psicósomática de París en sus diferentes escritos. La concepción psicósomática, que construyó a partir de su propia experiencia con pacientes somáticos, se aparta, sin embargo, sensiblemente de la de ellos, aunque las observaciones clínicas, en particular en lo que concierne a los pacientes operatorios, sean a menudo percibidas psicoanalíticamente de la misma manera. En un texto escrito en 1982, «Estados psicósomáticos, neurosis de angustia e histeria», Joyce McDougall evoca las dificultades fundamentales para acercarse a un paciente somático a partir del psicoanálisis.

Ello no ocurre sin dificultades, en la medida en que las manifestaciones psicósomáticas se ocultan a la observación analítica. Las eclosiones

psicosomáticas -así lo demuestra fácilmente todo análisis-, sean gravísimas o mínimas, ocurren en general sin gritar ¡cuidado! Como si la potencialidad psicosomática estuviera favorecida por una carencia de construcciones protectoras, neuróticas o psicóticas. Si existe defensa, no es suficientemente audible como para ser captada. De allí la imposibilidad de tratarla mediante el trabajo analítico interpretativo, que no puede realizarse en la ausencia aparente de signos de conflictos inconscientes.

La autora pone aquí claramente en relación las dificultades del trabajo analítico con los pacientes somáticos y la existencia en ellos de una carencia situada precisamente en el terreno de las defensas mentales. Pero inmediatamente después cambia de opinión, ya que

estos signos ausentes no significan que haya necesariamente una ausencia de vida fantasmática, sino que los conflictos arcaicos en causa están depositados diferentemente en la estructura psíquica... Este capital psíquico no representable, indecible, deja como única huella un espacio muerto que no reenvía a ninguna fantasía subyacente ni a ningún signo que pueda testimoniar de una represión cualquiera. Los efectos de la tensión psíquica así ocultada se dispersan en «actuaciones» fuera del análisis o en manifestaciones psicosomáticas fuera del psiquismo: el analista está a la escucha de un silencio.

Vemos aquí, en vivo, los puntos de convergencia y los puntos de divergencia en la apreciación del hecho psicosomático, entre los psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París y Joyce McDougall. El reconocimiento clínico del hecho operatorio parece bastante cercano en unos y otros. Hasta el punto de que Joyce McDougall reconoce precisamente en los estados operatorios una dimensión fundamental de carencia, a la vez percibida y sentida por el psicoanalista. Pero lo que diferencia radicalmente la orientación conceptual de Joyce McDougall de la de los psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París es el valor acordado a la falta. Para éstos, la falta percibida clínicamente confirma un estado de desmentalización en el enfermo. Para Joyce McDougall, la falta percibida por el analista tiene un valor secundario. Es un epifenómeno. Es como el árbol que esconde el bosque. Y vemos bien que el interés de la psicoanalista está orientado hacia lo que supone que se esconde detrás de la carencia -a saber, conflictos arcaicos que se supone el paciente ha excluido activamente de su psiquismo-. En realidad, la hipótesis de que existen en un enfermo operatorio conflictos precoces y profundos, arcaicos, no excluye la existencia de un estado actual de desmentalización de la que es testimonio la falta percibida clínicamente en el enfermo. El reconocimiento de un estado de desmentalización no excluye que se suponga y que se busquen en el análisis del paciente conflictos antiguos que pudieron constituir los fundamentos y las condiciones que permiten en la actualidad un movimiento de desmentalización. Para Joyce McDougall, la naturaleza de estos conflictos precoces reside en una estructura de relación muy particular, caracterizada por la infeudación del cuerpo del niño en la psiquis materna. Esta forma estructural se metaforiza por las nociones de «madre

abismal» e «hijo tapón».

En ciertos [pacientes] partes y funciones del cuerpo se viven aún en el inconsciente como no pertenecientes al propio sujeto, como siendo propiedad de un Otro. Este Otro, sin lugar a dudas, nos reenvía a la madre primitiva de la primera infancia... En el análisis de estos pacientes, nos encontramos con una madre interna vivida como teniendo una necesidad vital de su hijo, como complemento sexual o extensión narcisista de ella misma, y de una madre que instituye por ello una relación particular con el cuerpo del hijo.

A partir de estas situaciones conflictivas precoces, arcaicas, la autora contempla un proceso dinámico-económico que conduce a la exclusión fuera del psiquismo, mediante un mecanismo de forclusión, de toda representación y de todo afecto vividos como intolerables por el sujeto y que reactiva las angustias de naturaleza narcisista y psicótica. El conjunto de estos acontecimientos forcluidos retorna a través de las actuaciones que Joyce McDougall llama «actos síntomas» en los que los síntomas somáticos constituyen uno de sus destinos. Las concepciones, que resumimos aquí, de Joyce McDougall son interesantes porque muestran la insistencia que puede animar a un psicoanalista para percibir las potencialidades vitales de su paciente. Pero sobre todo son interesantes respecto al modelo de la desmentalización elaborado por los psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París, porque muestran la dificultad que tiene un psicoanalista, tanto en la práctica como en la teoría, para mantener su interés sobre la realidad de la falta y de la negatividad, lo que unos y otros llaman blanco psíquico.

El segundo descubrimiento clínico es el de la depresión esencial. Fue presentado por Pierre Marty en 1966 en el Instituto de Psicoanálisis de París. Este descubrimiento pertenece a una nueva fase de la conceptualización psicosomática y está íntimamente ligado al descubrimiento del concepto de desorganización progresiva del mismo autor. Esta nueva fase de la investigación psicosomática prolonga los estudios sobre la desmentalización y busca profundizar en las condiciones instintivas y pulsionales que forman el marco último de la constitución de los síntomas y enfermedades psicosomáticas. «La depresión psicosomática, que en varias ocasiones he llamado depresión sin objeto, sería mejor llamarla depresión esencial porque constituye la esencia misma de la depresión, a saber, la caída del nivel del tono libidinal, sin ninguna contrapartida económica.» Esta definición, que introduce la presentación de la depresión esencial a la comunidad psicoanalítica, contiene, bajo una forma concisa y condensada, toda la concepción de la desmentalización, hasta el punto de que la depresión esencial, como se dijo del pensamiento operatorio, se convierte en otro representante paradigmático del estado de desmentalización. Ya que lo que señala el autor es, por un lado, la caída del nivel general de investidura libidinal y, por otro, la ausencia de objeto psíquico con un valor funcional efectivo y eficiente. A través de estas dos características, reconocemos las propiedades fundamentales de lo que califica un estado de desmentalización. Para Pierre Marty, toda la sintomatología clínica de la depresión esencial se lee en negativo. En cuanto a las condiciones que permiten su génesis, el

autor no tiene duda, si «la depresión esencial se presenta como una desaparición de la libido, tanto narcisista como objetal, y ello sin otra compensación económica que no sea la fragmentación funcional, se concibe entonces que estos dos términos: "desaparición de la libido", por un lado, y "fragmentación funcional", por otro, constituyen la definición misma del instinto de muerte, sobre el que desembocamos». De lo que resulta que para Pierre Marty la depresión esencial representa la manifestación clínica mayor de la presencia del instinto de muerte.

El tercer descubrimiento clínico es el de la desorganización progresiva. Fue presentado a la comunidad psicoanalítica en 1966 por Pierre Marty y figura en un texto titulado «Regresión e instinto de muerte. Hipótesis sobre la observación psicosomática». Constituye con los dos descubrimientos anteriores, el pensamiento operatorio y la depresión esencial, un conjunto clínico sintomático unido, coherente y cuyos elementos constitutivos son inseparables entre ellos. Este conjunto, semejante a un síndrome clínico, representa la forma más acabada del movimiento de desmentalización en la patología psicosomática. La noción de síndrome clínico, que viene a la mente cuando se evoca el conjunto constituido por el pensamiento operatorio, la depresión esencial y la desorganización progresiva, recubre una realidad íntima, la de un proceso de desobjetivación que acompaña ineluctablemente al movimiento de desmentalización y que transforma la singularidad individual en entidad colectiva. Por ello, cuanto más se hunden los enfermos individualmente en la desmentalización, más se parecen entre ellos. El concepto de desorganización progresiva es, al mismo tiempo, la marca y la conclusión de una investigación sobre los movimientos de regresión en la patología psico somática. Este concepto describe una nueva variedad de movimiento retrógrado cuyas propiedades específicas lo conducen a separarse, tanto clínica como teóricamente, de los movimientos de regresión clásicos descritos en la patología psicosomática. Es pues por oposición y por diferenciación con el concepto de regresión psicosomática, que se desarrolla el nuevo concepto de desorganización progresiva. Al mismo tiempo, es un resultado lógico de las investigaciones a las que conducen las representaciones teóricas contenidas en el modelo de la desmentalización.

El modelo de la desmentalización se inscribe en una vasta concepción doctrinal según la cual el ser humano está atravesado por dos grandes movimientos psicosomáticos, uno evolutivo, el otro regresivo. Para los psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París, estos dos grandes movimientos que recorren el conjunto de las funciones humanas se diferencian radicalmente en cuanto a la fuente energética que sustenta sus dinamismos propios. La evolución está sustentada por una energía libidinal, mientras que la regresión ve degradarse progresivamente la libido a lo largo de su trayectoria retrógrada. Los dos grandes movimientos psicosomáticos se inscriben conceptualmente en la filiación de la teoría freudiana de las pulsiones y, en particular, la que se metaforiza por la oposición de las pulsiones de vida/pulsiones de muerte. Para Michel Fain,

cada vez que la energía se ve amenazada para abandonar un circuito integrado en las vías evolutivas, se hace propensa a alimentar una tendencia

a la desintegración. Esta amenaza moviliza medios de defensa que tienden a frenar esta marcha atrás. Freud, afirmando la existencia del instinto de muerte, no hace sino nombrar y dar una dirección a una fuerza perceptible clínicamente en los procesos de desestructuración.

Es este el marco doctrinal que se encuentra detrás de todas las elaboraciones teóricas de los psicosomatólogos parisinos y constituye el fundamento último, pulsional, de las variaciones dinámicas y económicas de los fenómenos psicosomáticos. El concepto de desorganización progresiva se inscribe en una investigación sobre el movimiento de regresión en general. Para Pierre Marty, la regresión psicosomática procede a la vez de una experiencia clínica, de una necesidad lógica en la elaboración teórica y de una analogía con las regresiones del Yo, descritas clásicamente en la patología mental a partir de Freud. Pero, precisamente, estas tres dimensiones de la experiencia clínica, de la construcción teórica y del análisis comparativo con las regresiones del Yo, chocan con ciertas figuras clínicas en ciertos pacientes somáticos, lo que impone al psicoanalista psicosomatólogo tener que representarse de otra manera los movimientos de regresión en la patología psicosomática.

Al segundo movimiento patológico pues, aislado, parcelario, continuo y a menudo definitivo, le doy provisionalmente el nombre de «desorganizaciones progresivas», por oposición a las desorganizaciones globales, pero limitadas en el tiempo y siempre ricas de un potencial libidinal reorganizador, que constituyen las regresiones.

Tenemos aquí pues diferenciados dos movimientos retrógrados a partir de sus configuraciones clínicas y sus fundamentos energéticos.

La regresión psicosomática representó durante mucho tiempo para los psicosomatólogos, después de Freud, el mecanismo exclusivo de la formación de los síntomas somáticos. El concepto de regresión contiene la idea de un retorno hacia atrás de un movimiento psíquico al encuentro de una función somática. La ficción teórica, que para los diferentes autores organiza la inteligibilidad del síntoma somático a partir del mecanismo de regresión, reside en la idea de que hubo un tiempo lejano en la historia del sujeto, incluso muy precoz, donde función somática y función psíquica eran sólo uno. Esta unidad ficticia es la que se supone que el mecanismo de regresión psicosomática trata de encontrar. Franz Alexander formalizó esta concepción psicosomática en el marco de su teoría vectorial. Por su lado, Parcheminey inscribió la regresión psicosomática en el marco de lo que llamó un principio de identidad. En fin, como vimos, Ángel Garma, atribuyó a la regresión libidinal un gran papel en la determinación de los síntomas psicosomáticos. Para Pierre Marty, el encuentro entre un funcionamiento somático y una situación conflictiva de tipo psíquico, resultante de un movimiento de regresión, está ligado al resurgimiento de una organización primaria de la personalidad, en el seno de la cual figura de manera predominante una adhesión a un funcionamiento somático específico.

Pongo por delante en relación con la patología psicosomática de la regresión, la hipótesis según la cual, en un cierto número de casos, el síndrome somático correspondería a la puesta en marcha automática de un funcionamiento somático aparentemente inadaptado, que agotaría sus fuentes y su automatismo en una respuesta arcaicamente adaptada a necesidades fisiológicas impuestas en una edad muy anterior.

Esta concepción de una doble función de los órganos y sistemas de órganos en el niño fue muy pronto sostenida por Freud que, en su escrito de 1910, «La alteración psicógena de la visión», estableció el principio teórico, ya psicosomático, de una doble pertenencia pulsional para cada órgano o cada función somática. Según este principio freudiano, cada una de las funciones somáticas ejerce dos papeles, uno fisiológico, propio, y otro pulsional, de objeto. Este segundo papel es concebido hoy día como un papel relacional. Para Pierre Marty la regresión psicosomática justifica esta memoria antigua de un vínculo íntimo entre un funcionamiento somático y los acontecimientos relacionales en el seno de una estructura psicosomática primaria reanimada por el movimiento retrógrado de regresión. Pero lo esencial en la conceptualización de Pierre Marty, como en otros psicoanalistas de la Escuela Psicosomática de París, es el potencial libidinal en marcha en los movimientos de regresión.

«No les ocultaré que, si considero los movimientos de regresión psicosomática de los que acabo de hablar como sostenidos por la libido, considero los movimientos de desorganización progresiva de los que acabo de hablar como sostenidos por lo que se ha convenido llamar instinto de muerte.» El concepto de desorganización progresiva nació de la constatación clínica, al mismo tiempo que de su reconstrucción metapsicológica, de un movimiento de regresión sin límite y de una desaparición gradual de la libido. La desorganización progresiva es el nombre dado a estos movimientos profundos que atraviesan toda la estructura psicosomática y la negativizan. Se comprende entonces que sea definida por un borrado gradual de todas las formaciones psíquicas, desde las más evolucionadas a las menos evolucionadas, que conduce a una fragmentación generalizada del conjunto de la red psíquica y, en consecuencia, a una ruptura más o menos marcada con las fuentes pulsionales inconscientes. En este sentido se puede afirmar que el pensamiento operatorio y la depresión esencial constituyen sus dos manifestaciones clínicas principales.

Freud ha dejado en herencia a los investigadores de la psicosomática dos modelos teóricos: el modelo de la neurosis actual y el de la histeria de conversión. En general, los psicoanalistas psicosomatólogos privilegiaron en sus estudios con los pacientes somáticos uno u otro de estos modelos. Las teorías de la simbolización, que atribuyen a los síntomas somáticos el sentido de un acontecimiento psíquico que no ha podido ser representado directamente, ampliaron en gran medida el modelo de la histeria. Los modelos de la adaptación, que mantienen una escisión en el proceso de determinación del síntoma somático y que privilegian los mecanismos fisiopatológicos con fines adaptativos, esos modelos siguen emparentados al de la neurosis actual, en su forma reconvertida, que es la neurosis de órgano.

Freud desarrolló sus dos modelos, el de la neurosis actual y el de la histeria de conversión, concibiéndolos, en realidad, como un conjunto articulado. Porque hay que leerlos a través de sus vínculos mutuos: estructurales, dinámicos, económicos y evolutivos. Vemos así con evidencia que el modelo de la neurosis actual sólo se comprende si es comparado con el de la neurosis histérica, y que este último sólo es inteligible si lo referimos al de la neurosis actual. Los dos modelos freudianos son indisociables y no puede entenderse el uno sin el otro. Si uno es el grano de arena y el otro la perla, constituyen juntos un solo organismo que crece y se desarrolla, y que puede también, en todo momento, desintegrarse. Porque la perla puede ablandarse y borrarse y permitir resurgir al grano de arena. Es esta lectura freudiana la que dio lugar al modelo de la desmentalización. Por su carácter heurístico, este modelo permite a la vez considerar los acontecimientos conflictivos del nivel psíquico y las expresiones somáticas. Y ello es posible en la medida en que el modelo de la desmentalización se ha fundado sobre la concepción de una comunidad, a la vez dinámica y económica, para el conjunto de las funciones del organismo, función mental incluida, y que, en último análisis, reposa sobre una concepción de la vida pulsional que constituye el marco psicoanalítico de su arquitectura.

BIBLIOGRAFÍA

ALEXANDER FRANZ, La médecine psychosomatique, Les fonctions de l'appareil psychique par Thérèse Benedk, París, Payot, 1952.

Principes de psychanalyse, París, Payot, 2002.

BICHAT, Marie y FRnNcois, Xavier (1800), Recherches physiologiques sur la vie et la mort, París, Flammarion, 1994.

BOUVET, Maurice, «La clinique psychanalytique. La relation d'objet», Revue française de psychanalyse, t. XXIV, núm. 6, 1960, págs. 721-788.

BRÉJIER, Émile, Histoire de la philosophie, París, PUF, «Quadrige», 2004.

CABANIS, Pierre-Jean Georges (1820), Rapports du physique et du moral de l'homme, París, Calé et Ravier, 1815.

CANTO-SPERBER, Monique, Philosophie grecque, París, PUF, 1997.

CHARCOT, Jean-Martin, Leçons du mardi à la Salpêtrière, París, Bibliothèque des Introuvables, 2006.

CERISE, Laurent, Introduction aux «Rapports du physique et du moral de l'homme» de Cabanis, edición de 1867.

DUNBAR, Flanders y ROWNTREE, L. G., Psychosomatic Diagnosis, Nueva York, P Hoeber, 1943.

FAIN, Michel, «El movimiento psicosomático en la medicina», en Sacha Nacht, El psicoanálisis hoy, Barcelona, Luis Miracle editor, 1959.

FERENCZI, Sándor, en Obras Completas, Espasa Calpe, 1984.

«Ontogénesis de los símbolos», tomo I.

«El simbolismo de los ojos», tomo II.

«Las neurosis de órgano y su tratamiento», tomo III.

Foucault, Michel, El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada clínica médica, Siglo XXI, 2007.

FREUD, Sigmund y KHN, Roland (1891b), Contribution à la conception des aphasies: une étude critique, París, PUF, 1983-

Obras Completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.

(1887-1904), «Cartas a Wilhelm Fliess».

(1908-1909), «Consideraciones generales sobre el ataque histérico», Neurosis, psicosis y perversión.

Far:un, Sigmund, «Comunicación preliminar» «El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos», en Estudios sobre la histeria.

- (1892), «Sobre la teoría del acceso histérico».

- (1893), «Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas».

- (1894), «La neuropsicosis de defensa».

- (1896), «La etiología de la histeria».

- (1887), «Proyecto de una psicología para neurólogos».

- (1900), «La interpretación de los sueños».

- (1905), «Una teoría sexual y otros ensayos».

- (1905), «Análisis fragmentario de una histeria» (caso Dora).

- (1906), «Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de las neurosis».

- (1908), «Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad».

(1910), «Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicógenas de la visión».

- (1911), «Los dos principios del funcionamiento mental».

- (1912), «Contribuciones al simposio sobre la masturbación».

- (1913), «Múltiple interés del psicoanálisis».

(1915), «Los instintos y sus destinos».

- (1919), «Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra».

(1920), «Más allá del principio del placer».

- (1923), «Psicoanálisis y libido».

- (1923), «Neurosis y psicosis».

- (1924), «Esquema de psicoanálisis».

- (1926), «Inhibición, síntoma y angustia».

- (1926), «Psicoanálisis y medicina»

- (1933), «Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis».

GARMA, Ángel, «Les images inconscientes dans la genèse de l'ulcère peptique», Revue française de psychanalyse, t. XXV, núms. 4-5-6, 1961, págs. 843-852, XXI Congrès international de psychanalyse, Copenhague, 26-30 juillet 1959, Colloque sur les maladies de l'appareil digestif.

- L'intégration psychosomatique dans le traitement psychanalytique des maladies organiques, París, PUF, 1963, XXIV Congrès des psychanalystes de langues romanes, 20-23 juillet 1963.

- Bisi, Juan Carlos y FIGUEROA, Aniceto, «Les agressions du Surmoi maternel et la régression orale-digestive dans la genèse de l'ulcère gastro-duodénal», Revue française de psychanalyse, t. XV, núm. 4, 1951, págs. 527-557.

GOENSLER, Jan, Consoler et classer, París, Les Empêcheurs de penser en rond, 1997.

GROUPE, Georg, «Détermination psychique et traitement psychanalytique des affections organiques» (1917), en G. W. Groddeck, La maladie et le symbole, París, Gallimard, 1969.

GROUPE, Georg, GANTHERET, François y LEWINTER, Roger, Ça et moi: lettres à Freud, Ferenczi et quelques autres, París, Gallimard, 1977.

GUENANCIA, Pierre, Lire Descartes, París, Gallimard, «Folio», 2000.

RACK-THURKE, Daniel, «De l'influence de l'esprit sur le corps», Annales médico-psychologiques, t. 12, 1874.

JACO, François, La logique du vivant, París, Gallimard, «Tel», 1968.

LASÉQUE, Ernest-Charles, «Études historiques sur l'aliénation mentale», Annales médico-psychologiques, t. 3, 1844.

LÉLUT, Francisque Louis, «Recherches sur la physiologie de la pensée», Annales médico-psychologiques, 1855 y 1858.

«Le siège de l'âme suivant les Anciens», Annales médico-psychologiques, t. 1, 1843.

MARGOLIN, Sydney G., «Étude des fonctions gastriques au cours d'un traitement psychanalytique», Revue française de psychanalyse, t. XV, núm. 2, 1951.

- MARTY, Pierre, «La depresión essentielle», *Revue française de psychanalyse*, t. XXXII, núm. 3, 1968, págs. 595-598 (8.º séminaire de perfectionnement, 1966).
- y FAiN, Michel, «Psicoanálisis y medicina hoy, Barcelona, Miracle, psicología», en S. Nacht, *El psicoanálisis hoy*, Barcelona, Luis Miracle, 1959.
- «Clínica y práctica psicología», en S. Nacht, *El psicoanálisis hoy*, Barcelona, Luis Miracle, 1959.
- M'UZAN, Michel y DAVID, Christian, *La investigación psicología*, Barcelona, Luis Miracle, 1967.
- y M'UZAN, Michel, «El pensamiento operatorio», *Revista de psicoanálisis*, XL, 4, 1983.
- DAVID, Christian y FAiN, Michel, «Régression et instinct de mort: hypothèses á propos de l'observation psychosomatique», *Revue française de psychanalyse*, t. XXXI, núms. 5-6, 1967, págs. 1113-1133, *Colloque sur la psychanalyse psychosomatique*.
- MCDUGALL, Joyce, «Estados psicología, neurosis de angustia e histeria», en *Teatro de la mente*, cap. V, Madrid, Tecnipublicaciones, S.A., 1987.
- MIGHÉA, Claude-François, «Doctrines psychophysiologiques considérées chez les Anciens», *Annales médico psychologiques*, t. 1, 1843.
- M'UZAN, Michel de y DAVID, Christian, «Préliminaires critiques á la recherche psychosomatique», *Revue française de psychanalyse*, t. XXIV, núm. 1, 1960, págs. 19-39.
- NACHT, Sacha, «Introduction á la médecine psychosomatique», *L'évolution psychiatrique*, núm. 1, 1948, págs. 57-92.
- PARCHEMINEY, Georges, «La problématique du psycho-somatisme», *Revue française de psychanalyse*, t. XII, núm., 1948, págs. 133-249.
- «Critique de la notion d'hystérie de conversion», *L'évolution psychiatrique*, núm. cl, 1949, págs. 47-60.
- ROYER-COLLARD, Pierre-Paul, «Examen de la doctrine de Maine de Biran», *Annales médico psychologiques*, t. 2, 1843.
- SEGUIN, A., *Introduction á la médecine psychosomatique*, París, L'Arche, 1950.
- Tissot, M., «Les passions. Influence du moral sur le physique», *Annales médico psychologiques*, t. 6, 1865.
- VAIAIR, Jean Paul, «Introduction du concept de conversion psychosomatique

dans la nosographie et la théorie psychanalytiques», *Rivista sperim. Freniatr.*,
núm. LXXXIX, 1, 1965.

WE:Is, Edward y ENGLISH, O. Spurgeon, *Médecine psychosomatique. L'aplication
de la psychopathologie aux problèmes cliniques de la médecine générale*, Lausanne,
Delachaux & Niestlé, 1952.

COLECCIÓN PSICOANÁLISIS BIBLIOTECA NUEVA/APM

ÚLTIMOS TÍTULOS PUBLICADOS

Libro anual del Psicoanálisis (4). Selección de los mejores artículos de la Revue Francaise de Psychanalyse.

Libro anual del Psicoanálisis (5). Selección de los mejores artículos de la Revue Francaise de Psychanalyse.

La culpa. Consideraciones sobre el remordimiento, la venganza y la responsabilidad, por Roberto Speziale-Bagliaca.

Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion, Rafael E. López Corvo.

Freud y su obra: Génesis y Constitución de la Teoría Psicoanalítica, por Carlos Gómez Sánchez.

En el núcleo vivo de lo infantil. Reflexiones sobre la situación analítica, por Florence Guignard.

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.

El cuerpo como espejo del mundo, por Janine Chasseguet-Smirgel.

La adopción. Un tema de nuestro tiempo, por Milagros Cid y Silvia Pérez Galdós (Coords.).

Psicoanálisis y «malestar» del hombre en el mundo actual, por María Hernández y Manuela Utrilla (Eds.).

Los modelos psicoanalíticos de la psicopatología, por Claude Smadja.

Índice

PRESENIACIÓN, Manuela Utrilla Robles	8
PRÓLOGO, Claude Smadja	12
Introducción	15
Las relaciones del cuerpo y del alma	17
Las relaciones de lo físico y de lo moral	20
La medicina como «ciencia del hombre»	22
Crítica del modelo fisiológico y reacción espiritualista	26
La psicología fisiológica	33
LA CATEGORÍA DE LA EXCITACIÓN	45
LA CATEGORÍA DE LA PULSIÓN	61
LA CATEGORÍA DE LA REPETICIÓN	82
LA SIMBOLIZACIÓN	94
De Groddeck a Garma	102
El principio de identidad	109
La conversión en tela de juicio	112
LA ADAPTACIÓN	115
Definiciones y metodología	118
La aportación de la fisiología	122
La adaptación	124
La emoción	127
LA DESMENTALIZACIÓN	137
La relación de objeto	141
La investigación psicosomática	144
La desorganización progresiva	156
BIBLIOGRAFÍA	164