



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EL LUGAR DEL CUERPO EN LA
CLINICA DE LA SUBJETIVIDAD.
Psicoanálisis y Psicósomática**

Montevideo, 30 de Julio de 2019

Nombre: Claudia Gonsalves de Mesquita

CI: 4.473.202-9

Docente Tutor: Asist. Mag Mariana Zapata

Docente Revisor: Prof. Adj. Mag. Octavio Carrasco

INDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
FUNDAMENTACIÓN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
EL CUERPO EN LOS COMIENZOS DEL PSICOANÁLISIS.....	6
CUERPO ERÓGENO – CUERPO PULSIONAL	7
CUERPO ERÓGENO, PRODUCTO DE UN CUERPO RELACIONAL	9
HISTORIA DE LA PSICOSOMÁTICA	11
ESCUELAS DE PSICOSOMÁTICA	13
ESCUELA DE CHICAGO.....	13
ESCUELA DE PARÍS	14
ESCUELAS ARGENTINAS	16
REPRESENTACIONES PSIQUICAS.....	17
MENTALIZACIÓN	17
LA CAPACIDAD DE PSQUIZAR	20
INTRODUCCIÓN A LA TERCERA TÓPICA	23
INCONSCIENTE ESCINDIDO	24
TERCERA TÓPICA.....	27
VULNERABILIDAD SOMÁTICA	30
CONCLUSIÓN	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza una revisión bibliográfica y articulación teórica enmarcada en la teoría psicoanalítica, con el fin de explorar el lugar del cuerpo en la clínica. Se presentan teorizaciones sobre el cuerpo que plantea el psicoanálisis, cuerpo erógeno, pulsional, producto de una relación. Se realiza un recorrido histórico del surgimiento de la psicopatología partiendo de los aportes teóricos de Freud y de las conceptualizaciones de las diferentes escuelas de psicopatología. Se trabaja el concepto de mentalización desde diferentes autores, como también el concepto de la capacidad de psiquizar de Silvia Bleichmar, se toma como referentes teóricos a ZuKerfeld y Zonis y se presentan sus trabajos de tercera tópica, inconsciente escindido como también el de y vulnerabilidad somática.

Palabras claves: Cuerpo, psicoanálisis, psicopatología, tercera tópica, vulnerabilidad.

ABSTRACT

In the present work a bibliographic review and theoretical articulation framed in psychoanalytic theory is carried out, in order to explore the place of the body in the clinic. Theorizations are presented about the body posed by psychoanalysis, erogenous, pulsional body, the product of a relationship. A historical journey is made of the emergence of psychosomatics based on the theoretical contributions of Freud and the conceptualizations of the different psychosomatics schools. The concept of mentalization is worked on from the contributions of different authors, as well as the concept of the ability to "psiquizar" of Silvia Bleichmar, it is taken as a theoretical reference the work's to Zukerfeld and Zonis denominated "third topic", the notion of the unconscious split off and well as that of somatic vulnerability.

Keywords: Body, psychoanalysis, psychosomatic, third topic, vulnerability.

FUNDAMENTACIÓN

El presente trabajo monográfico se enmarca en la propuesta del Trabajo Final de Grado, para la obtención de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Se centra en una revisión bibliográfica sobre los cambios en la concepción del cuerpo y sus repercusiones teórico - clínicas. Para el abordaje se presentan los planteos de distintos autores que refieren a la temática, realizando una integración de la información disponible, con el fin de facilitar el acercamiento a un pensamiento reflexivo a partir de los aportes de la clínica psicoanalítica como método explicativo de la comunicación entre cuerpo y psiquismo desde una integración indivisible.

A lo largo del tiempo ha variado la constitución de la subjetividad, y también los paradigmas médicos con todo lo que esto implica como representación social de la enfermedad, en palabras de Zukerfeld&Zonis (2005) estamos en una época donde lejos de convertirse en protagonista del proceso de la cura, el enfermo suele convertirse en un consumidor de servicios. Para que el abordaje del proceso salud-enfermedad, sea entendido en su complejidad, se plantea la necesidad de ser estudiado dentro de un contexto interdisciplinario en el cual se puedan validar las múltiples dimensiones del ser humano, entendiendo la importancia de abordarlo como una unidad bio-psico-socio-cultural, reflexionando sobre cosmovisiones y antecedentes como la separación del enfoque médico que respondía a un pensamiento unilineal y en muchas ocasiones simplista, obstruyendo la posibilidad de la búsqueda de un abordaje integral.

Profundizar y reflexionar sobre el cuerpo permitió a Freud llegar al descubrimiento del inconsciente, al igual que los procesos que surgen de la relación entre psique y soma, favoreciendo la comprensión del hombre y su padecer. Esto supone el desafío de trazar un recorrido histórico y elaborar una articulación basada en los conceptos primordiales de las teorías clásicas como los aportes de autores contemporáneos.

INTRODUCCIÓN

Como punto de partida se presenta un breve recorrido por el pensamiento de algunos filósofos y su concepción del cuerpo.

Demócrito en el siglo IV A.C, plantea la idea de que todo es materia, inclusive el alma y que ésta se descompone en átomos. Por otro lado, Platón en el mismo siglo, en su planteo filosófico reconoce la existencia del cuerpo y del alma, éste dirá que el cuerpo es la cárcel del alma, y es el alma la que se une al cuerpo de forma accidental. En esta noción el cuerpo se considera como una carga de la cual el hombre se debería liberar. Para Platón el alma es inmaterial, eterna, incorruptible, mientras que el cuerpo es material, finito, sometido al cambio y corruptible. Aristóteles planteaba que la sustancia era la esencia, un compuesto de materia y forma, la primera se refiere a la cosa de que está hecha y la segunda a la determinación esencial de una cosa. (Mondolfo, 1942)

Hipócrates reconocido como el padre de la medicina, considera al cuerpo como una unidad funcional, en donde el alma tiene la función de regular y en donde la misma, se modifica constantemente formando un todo con el cuerpo. Dentro de su pensamiento también propone que había diferencias individuales en la severidad de los síntomas de enfermedades y que algunos individuos las resistían mejor que otros. (Canguilhem, 1970)

La medicina griega, por el contrario, presenta en los escritos hipocráticos una concepción ya no ontológica sino dinámica de la enfermedad, no localizacionista sino totalizante. La naturaleza (*physis*), tanto en el hombre como fuera de él es armonía y equilibrio. La enfermedad es la perturbación de ese equilibrio, de esa armonía. En este caso, la enfermedad no está en alguna parte del hombre, está en todo el hombre y le pertenece por completo. (...) “La enfermedad no solo es desequilibrio o desarmonía, también es -y puede ser principalmente- esfuerzo de la naturaleza en el hombre para obtener un nuevo equilibrio. La enfermedad es una reacción generalizada con intenciones de curación. El organismo desarrolla una enfermedad para curarse”. (Canguilhem, 1970. p .18)

En este fragmento de la perspectiva del pensamiento hipocrático aparece por primera vez una nueva concepción del hombre, que integra psiquis y soma, se comienza a dar importancia al contexto, como también a los procesos de salud y enfermedad. Lo sano y lo enfermo están arraigados con las condiciones de vida de los individuos y es a partir de la enfermedad, que el cuerpo se desorganiza.

Ahora, ¿Cómo se pasa de un pensamiento integrador a un pensamiento dualista?

Es principalmente en el siglo XVI, donde las conceptualizaciones de Descartes marcan una profunda influencia en el pensamiento moderno, con la introducción del método analítico deductivo se establece un lugar primordial a la ciencia, como dueña de la verdad absoluta. El dualismo queda fundado al diferenciar el cuerpo de la mente. El cuerpo, de esencia espacial, corresponde a una dimensión física, mientras que la esencia de la mente son los pensamientos. Plantea la diferencia entre “res extensa” y “res pensante”, donde el cuerpo y la mente son considerados entidades excluyentes, el concepto cuerpo no incluye nada que pertenezca a la mente, ni la mente nada que pertenezca al cuerpo. La disyuntiva de la relación entre cuerpo y mente queda planteada y diferentes líneas de pensamiento buscan dar respuesta a la misma, siendo el motor que impulsará a muchos autores a seguir teorizando sobre el cuerpo y la psique. (Russo, 2009)

Este recorrido monográfico buscará indagar en la expresión del síntoma en el cuerpo para la teoría psicoanalítica y la psicósomática.

EL CUERPO EN LOS COMIENZOS DEL PSICOANÁLISIS

Para hablar del cuerpo en la teoría psicoanalítica, es necesario comenzar citando al fundador de la misma, Sigmund Freud. Gracias a sus descubrimientos se produjo un cambio de paradigma con respecto al modo de entender los procesos de salud y enfermedad. Freud, fue un neurólogo austriaco judío que comenzó sus trabajos científicos en la esfera de la medicina, especializándose en la neurología, pero sus intereses se fueron perfilando hacia la psicología de las afecciones mentales. En sus comienzos estudió la aplicación de la hipnosis en el tratamiento de la histeria y aportó al desarrollo del método catártico. Sus pacientes fueron la inspiración para investigar y formular su teoría, utilizando en ellos diferentes técnicas para tratar de aliviar las distintas sintomatologías, descubre un método terapéutico revolucionario que marcó la historia y cambio la concepción del hombre, actualmente conocido como psicoanálisis. (Freud, 1925)

El psicoanálisis Freudiano comenzó como instrumento para aliviar las parálisis histéricas. Dada la complejidad de la práctica de la hipnosis y la poca efectividad de esta en sus pacientes, Freud decide abandonar los procesos hipnóticos, priorizando las asociaciones libres. Este método consiste en observar las asociaciones que las personas realizan al poner sus pensamientos en palabras. Freud teorizó dos clases de histerias: la histeria de conversión, que se caracterizó por el conflicto psíquico, simbolizándose en diversos síntomas corporales, por ejemplo, las crisis emocionales y parálisis histéricas; y por otro lado la histeria de angustia, relacionada a un objeto exterior en el cual la fobia era su síntoma predominante. (Freud, 1888)

Freud (1915) plantea la existencia de un mundo inconsciente, donde se encuentran los contenidos, emociones, deseos, ideas, vivencias y conflictos reprimidos que no tienen lugar en la conciencia, debido a la intensidad que poseen, producen displacer a la persona cuando los recuerda, por eso se reprimen y permanecen ocultos en ese nivel, aunque de cierta manera continúan actuando sobre el cuerpo. Freud concluye que el inconsciente existe en todos los sujetos y presenta sus propias leyes de funcionamiento, como, por ejemplo, carecer de un orden cronológico, ser atemporal, predomina el principio de placer y se rige por el proceso primario. El inconsciente determina una parte crucial en la vida psíquica de los sujetos.

En las parálisis histéricas se producía una asociación inconsciente de gran carga afectiva que no alcanzaba una descarga adecuada; cuando los pacientes lograban poner

en palabras sus experiencias traumáticas, las parálisis comenzaban a desaparecer. (Freud, 1895)

Los estudios comparativos realizados por Freud y Charcot (1885-1886) entre las parálisis motrices orgánicas y las parálisis histéricas, indicaron que las últimas cuentan con mayor complejidad debido a su tendencia a reproducir los síntomas con mayor intensidad y contando con un límite de afectación más preciso, muy diferente a las parálisis orgánicas, donde estas características no se asocian, concluyendo que ambas sintomatologías difieren en cuanto a su localización y extensión. Las lesiones de las parálisis histéricas eran independientes de la anatomía del sistema nervioso y se inscriben en el cuerpo de forma diferente, ya que éste, es también un cuerpo simbólico, integrado por una serie de sensaciones y de representaciones. (Freud, 1895)

Según Laplanche & Pontails (2004) estos mecanismos de formación de síntomas específicos de la histeria marcan los primeros acercamientos a lo psicosomático, acuñando el término “conversión” con el fin de describir la transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución de este en síntomas somáticos, donde las representaciones reprimidas se expresan a través del cuerpo; dando paso a lo que se conoce como histeria de conversión.

Todo síntoma tiene un sentido y está conectado con la vida psíquica del individuo, la teoría psicoanalítica considera al cuerpo como la fuente donde se inscriben los significantes y significados, y es allí donde se desarrollan los síntomas que retornan buscando una expresión o una descarga de lo reprimido en el inconsciente. (Freud, 1895)

CUERPO ERÓGENO – CUERPO PULSIONAL

Se puede concebir al cuerpo desde muchos puntos de vista, desde la medicina, desde lo estrictamente biológico, desde lo filosófico y desde el psicoanálisis, entre otros.

Freud (1905) plantea al individuo en su teoría, como un sujeto en vía de construcción, que va atravesando diferentes etapas de desarrollo psicológico y que están íntimamente anudadas con el desarrollo físico del cuerpo. Freud sostuvo que paralelamente al desarrollo físico y cognitivo se produce también el desarrollo psicosexual y afectivo del niño, distanciándose de los conceptos entendidos como sexualidad adulta. La sexualidad que se expresa en la infancia es autoerótica debido a que el individuo encuentra satisfacción en su propio cuerpo, éste es un cuerpo erógeno por esencia en el

cual se subdividen lugares específicos donde se irá encontrando satisfacción, esos lugares físicos serán llamadas zonas erógenas.

La sexualidad se constituye desde los inicios de la infancia apuntalada en las necesidades fisiológicas del infante provocando la búsqueda de placer, que se apoya en éstas pero que las sobrepasa. La búsqueda de placer a través de las pulsiones, empujan al niño hacia una necesidad continua de satisfacción, convirtiéndose en una forma de conocer su propio cuerpo y conocer el mundo que lo rodea. (Freud, 1905)

El impulso por el cual el individuo es movido a buscar la satisfacción de una tensión interna que se relaciona a la obtención de placer, se denomina pulsión y se enfoca en diferentes áreas del cuerpo.

Laplanche&Pontalis (2004) definen a la pulsión como un:

Proceso dinámico consistente en un *empuje* (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. Según Freud, una pulsión tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión); su *fin* es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al *objeto*, la pulsión puede alcanzar su fin. (p. 324)

Según Freud (1905) el psicoanálisis utiliza el término pulsión para hacer referencia a las fuerzas derivadas de tensiones somáticas del ser humano y las necesidades del ello, en este sentido las pulsiones se ubican entre el nivel somático y el nivel psíquico, ya que es el representante psíquico de una fuerza somática. La pulsión es un estímulo para lo psíquico, es decir, este estímulo no proviene del exterior, sino del interior del propio organismo, la pulsión es lo que nos permite pensar de forma integral a los procesos psíquicos y lo somáticos como una unidad indisoluble e inherente al ser humano, es una fuerza constante que deviene como exigencia y que se cancela por vía de la satisfacción. El cuerpo según la concepción Freudiana relata y expresa un conflicto psíquico utilizando un lenguaje corporal que se presta a ser decodificado. Este es el cuerpo que durante muchos años interesó al psicoanálisis.

La pulsión comienza en los primeros momentos de vida del bebé. Este siente una tensión, un displacer que lo manifiesta como una necesidad insatisfecha la cual busca eliminar a través de una descarga de energía. Esta descarga libidinal suele expresarse a través del llanto y será la madre o el adulto cuidador quien le proporcionará significado, proveyendo aquello que calme su necesidad. El alimento junto con la presencia materna deja una huella en el aparato psíquico como aquello que pudo saciar su necesidad, desde

ese momento él bebe busca reproducir esa primera experiencia de satisfacción. Lo que nació como necesidad, se transformará en deseo, motor de nuestro aparato psíquico, se buscará repetir esa experiencia no únicamente por la necesidad de nutrición sino para obtener la sensación de placer a través de la satisfacción. A partir de la experiencia de satisfacción, se instala la pulsión de autoconservación, mecanismo fundante del placer y de la sexualidad, que se inscribe como huella mnémica. (Freud, 1895)

Otro concepto que es parte de la definición de pulsión es la noción de “objeto”, éste sería el medio a través del cual se busca la satisfacción. El objeto de la pulsión es cambiante, puede que sea parte del propio cuerpo o algo externo. A través del objeto la pulsión se satisface momentáneamente debido a que es un estímulo psíquico constante. (Freud, 1895)

En un principio Freud teoriza sobre las pulsiones yoicas o de autoconservación y las pulsiones sexuales. A partir de la observación de pacientes que participaron en la Primera guerra mundial, Freud reformula su teoría al notar que estos pacientes repetían en sus sueños experiencias displacenteras, con la intención de explicar la tendencia destructiva de la pulsión, comienza a hablar de pulsión de vida y pulsión de muerte. Las pulsiones de vida son la integración de las pulsiones sexuales y de autoconservación, referidas a favor de la vida y las pulsiones de muerte, referidas a lo que este arraigado a la destrucción del sujeto. (Freud, 1920)

Las teorías Freudianas plantean una nueva óptica en lo que refiere al cuerpo, realizando un quiebre del concepto biologicista de cuerpo - organismo, proporcionando una concepción diferente de salud - enfermedad, en la que los aspectos emocionales son factores determinantes otorgándole al inconsciente un papel fundamental, dejando en evidencia que el cuerpo es también susceptible a las vicisitudes de la mente.

CUERPO ERÓGENO, PRODUCTO DE UN CUERPO RELACIONAL

Según Graciela S. Jaimsky (2008) el cuerpo es una construcción psíquica y en un principio lo que hay es un cuerpo relacional. Plantea que la relación que el cuerpo y la mente tienen entre sí pone en cuestión la complejidad de lo corporal con lo representacional.

En el nacimiento de un bebé, lo psicológico y lo biológico no coinciden en el tiempo. El nacimiento biológico es un hecho puntual y observable. El nacimiento

psicológico del infante se trata de un proceso intrapsíquico de lento desarrollo y será en los movimientos de intercambio de la madre y del bebé donde se originará la formación de lo psíquico. (Jaimsky, 2008)

El infant nace prematuro, pero con un gran potencial para su desarrollo, no tiene conocimiento del ambiente, no diferencia exterior de interior, no reconoce la tensión somática como procedente del interior de su cuerpo y será la función de la madre quien asista al bebé para que pueda sobrevivir. El cuerpo materno atiende las necesidades vitales de dos seres durante la gestación y luego del nacimiento. La experiencia de unidad continúa en la siguiente etapa, esta prolongación imaginaria de unión sostenida por la madre tiene un papel fundamental en la vida psíquica del recién nacido y también registrará su funcionamiento somato-psíquico. La seducción primaria que aporta la madre implica una presentación de afecto suficientemente libidinal, es ella quien presenta un cuerpo que nutre y seduce al infant. (Jaimsky, 2008)

Piera Aulagnier (1991) plantea que la libido materna se trasmite de cuerpo a cuerpo, es en la relación de la madre y del bebé donde surge el placer erotizante a través del contacto corporal. La construcción del cuerpo erógeno en el bebé se produce a partir de intervenciones concretas, el cuerpo es lugar de partida y de llegada de afectividad. Las zonas estimuladas por la madre durante la asistencia corporal tienen un valor afectivo en sí mismo, las palabras que salen de un cuerpo hacia otro invisten el cuerpo al que se dirige y lo libidinizan. La voz materna en esta fase de la vida psíquica será signo, marca sensorial que puede envolver y dar sostén, puede ser marca para la inscripción psíquica de vivencias placenteras o dolorosas, puede producir placer o sufrimiento. La mirada es también importante, la madre y el bebé se encuentran a través de la mirada generando identificación mutua. A partir de la presentación libidinal de la madre el cuerpo del bebé es estimulado a tal punto de convertirse en un cuerpo erógeno.

Desde el punto de vista económico de la teoría freudiana la supervivencia del bebé está íntimamente ligada a la presencia de un medio ambiente suficientemente bueno. La seducción primaria es el resultado del plus de placer obtenido a partir de dosis erógenas adecuadas que surgen cuando la madre ejerce su función de cuidado sobre el bebé. (Jaimsky, 2008)

Para Winnicott (1993) el infant no habita aún su cuerpo, lleva un proceso de personalización para que el cuerpo llegue a convertirse en morada del propio ser. Según este autor no se nace con cuerpo, éste se trata de una adquisición progresiva en el

camino de la maduración y la capacidad de la madre para sumar su participación emocional a lo que es inicialmente fisiológico determinara lo que se denomina personalización, haciendo alusión a la residencia de la psique en el soma. La posibilidad de que el bebé habite su cuerpo dependerá de la función materna. Winnicott sostiene que para lograr una asistencia corporal adaptativa la persona que cuida al bebé debe ser capaz de dirigir el cuerpo del infant como si los dos fueran una unidad.

Cuando la madre permite que el niño juegue con su pecho ella admite que su cuerpo, si bien es de ella, le pertenece a la díada madre -bebé. Lo complejo de su papel reside justamente en esta capacidad de ser un sujeto discriminado que ofrece la ilusión de ser dos en uno. (Jaimsky, 2008, p.96)

Green (1996) vincula el concepto de “encarnadura” con la noción de “metabolización” trabajado por Piera Aulagnier, afirmando que el cuerpo surge de un progresivo proceso de asimilación y encarnadura de las primeras inscripciones; de modo tal que las emociones son enraizadas en el cuerpo del infant. Autores como Silvia Bleichmar (2005) y Killingmo (2005) entre otros, reconocen la progresiva maduración corporal, en primera instancia un cuerpo anatómico, luego un cuerpo erógeno no simbólico y luego un cuerpo simbólico o representacional.

Silvia Belichmar (1993) plantea que, en el momento de la lactancia, el pecho materno apacigua la necesidad, pero también aparece como objeto sexual, traumático, excitante, pulsante. Esa carga sobrante, ese remanente excitatorio debe encontrar una vía de descarga, que puede ser el autoerotismo, por ejemplo, succionarse el dedo.

El autoerotismo implica la investidura donde se registra el estímulo placentero, que luego el bebé procura repetir por sus propios medios. La sexualidad es autoerótica en sus inicios y se satisface en el propio cuerpo, hay un esfuerzo por encontrar la vivencia de satisfacción experimentada mediante la propia motricidad. El autoerotismo es un segundo momento de eslabonamiento en la experiencia relacional con otro. Se puede definir al cuerpo erógeno como producto de una relación, no es una condición aislada del individuo, sino que surge de una experiencia vivida con un otro, se trata de un cuerpo con historias de experiencias compartidas. (Jaimsky, 2008)}

HISTORIA DE LA PSICOSOMÁTICA

Existen muchas formas de enfermar y cada cuerpo manifiesta el padecer de forma particular. En ocasiones las personas expresan a través de síntomas físicos lo que podrían ser malestares emocionales, dichos síntomas carecen de una causa orgánica documentada, esto es lo que algunos autores estudian al visualizar los efectos que tiene la psique sobre el soma desde una perspectiva médica, algunos de ellos lo denominan proceso de somatización. (Muñoz, 2009)

Según Pierre Marty (1992) no se puede determinar con exactitud quien, y desde cuando se utilizó el término “psicosomático” debido a que no existe un claro consenso respecto a la introducción del término, que con el correr del tiempo se ha asociado y vinculado a la corriente psicoanalítica. Sin embargo, el psiquiatra Johann Christian Heinroth, utilizó el término “*psicosomática*” en los comienzos del siglo XIX, para caracterizar una forma de insomnio. Un siglo más tarde se vuelve a utilizar este término para designar una nueva concepción de la medicina que incluye factores psíquicos en el determinismo de las afecciones orgánicas. Esto es revolucionario para la medicina clásica de fines del siglo XIX porque cuestiona el positivismo reduccionista de la época.

Claude Bernard (1850, citado en Spagnuolo, 2009) investigó sobre la función glucoformadora del hígado, como también la constancia del medio interno y la capacidad del ser vivo de mantener y restablecer el equilibrio en los casos de desequilibrio. De sus estudios induce que la enfermedad podría consistir en la desviación de un proceso fisiológico normal. En 1876 Pavlov, fisiólogo ruso, señala la existencia de reflejos condicionados y relaciona el mecanismo a la corteza cerebral. Quienes continuaron sus trabajos descubren que este condicionamiento también hace intervenir a las estructuras sub-corticales, derivando a que las emociones son condicionantes y se establecen nexos de condicionamientos en niveles funcionales de diferente complejidad. Estos trabajos dan nacimiento a la medicina córtico-visceral.

En 1911, el fisiólogo Cannon, expone que los efectos fisiológicos de las emociones repercuten en todos los niveles del organismo y actúan en la regulación de la homeostasis del medio interno por intermedio de las vías córtico-talámicas y nerviosas autónomas. Los trabajos de Cannon junto con los de Selye sobre la teoría del stress y el síndrome general de adaptación, permitirán teorizar sobre la noción de enfermedades de la adaptación. Estos descubrimientos permitieron obtener nuevas concepciones etiopatogénicas, pero todavía no se logra comprender la articulación de todos estos elementos en la aparición

de ciertas enfermedades en un momento dado de la existencia de un individuo. (Spagnuolo, 2009)

Hacia finales del siglo XIX, Freud, a partir de sus trabajos de las parálisis y de la histeria, descubre la relación dinámica del inconsciente, permitiendo establecer los principios económicos, psicodinámicos y genéticos que organizan la unidad psicosomática de un individuo, poniendo en evidencia la relación indudable que posee el cuerpo y la mente, específicamente los relacionados al padecer psicológico y sus efectos sintomáticos en la expresión de la enfermedad. Describe regiones en el aparato psíquico y denomina "ello" a la región en cuyo contenido esta todo lo determinado constitucionalmente y que el individuo trae desde el nacimiento, como las pulsiones que surgen de la organización somática y hallan en el "ello" una forma de expresión psíquica. Los trabajos de Freud fueron la plataforma que habilitó que otros autores pudieran teorizar sobre la psicosomática, en contrapartida la psicosomática contribuye al enriquecimiento del psicoanálisis en numerosos aspectos. (Marty, 1992)

ESCUELAS DE PSICOSOMÁTICA

Dentro del desarrollo de la psicosomática como enfoque independiente, aparecen como referencia diferentes escuelas. A continuación, se presentan algunas de las líneas de pensamiento de estas escuelas, denominadas a partir de su lugar de nacimiento, norteamericana, francesa y Argentina.

ESCUELA DE CHICAGO

La escuela de Chicago o norteamericana, donde se destacan los trabajos de Dunbar, Alexander, Deutsch, French, Weiss y English. Fue donde se realizaron las primeras investigaciones sistemáticas en este campo y se caracterizó por buscar "*perfiles psicológicos*" correspondientes a las enfermedades que este grupo de investigadores considera como psicosomáticas. Psicogénesis, conversión y especificidad. (Spagnuolo, 2009)

El concepto de psicogénesis hace referencia a los procesos fisiológicos consistentes en excitaciones del sistema nervioso que se expresan subjetivamente bajo la forma de emociones, ideas o deseos y son estudiados mediante métodos psicológicos. La escuela de Chicago dentro de su concepción separa las afecciones psicosomáticas de

la neurosis. El síntoma de conversión histérica hace referencia a una tensión emocional con una expresión simbólica; correspondiendo cronológicamente al desarrollo de una organización ya evolucionada, que incluye el lenguaje y el gesto; mientras que la enfermedad psicosomática representa una "conversión" mucho más profunda del conflicto en el plano de las funciones y de las alteraciones tisulares. La especificidad hace referencia a que el mejor método para diferenciar el trasfondo emocional por ejemplo de una enfermedad cardíaca a un caso de asma es mediante detallada observación, y la técnica de la entrevista del psicoanálisis es la mejor herramienta para distinguir esta especificidad emocional. (Spagnuolo, 2009)

Siguiendo el pensamiento de Haynal y Pasini (1983) la escuela de Chicago plantea que las dolencias orgánicas pueden ser entendidas por procesos mentales inconscientes desprovistos de significado simbólico. No obstante, estos supuestos fueron cuestionados por autores que creían que el modelo psicosomático de base psicofisiológica de Alexander se basaba en una visión dualista del hombre y no pudo proporcionar una explicación de los nexos orgánicos que hacen al individuo un ser psicosomático. (Oblitas, L. Martínez, A. Ramos, V. Rodríguez, J. 2009)

ESCUELA DE PARÍS

La escuela Psicosomática de París, encabezada por Pierre Marty, también contó con los trabajos de Michel de M'Uzan, Christian David, Michel Fain, Joyce McDougall, entre otros. Esta escuela surgió por la necesidad de responder a la dificultad diagnóstica y terapéutica que les presentaban cierto grupo de pacientes, que no pertenecían a los cuadros de conversión histérica ni a las neurosis actuales. Este grupo de pacientes presentaban malestares y enfermedades como cefaleas, raquialgias, alergias y asma entre otras. A partir de la investigación de estos pacientes lograron generar un perfil, "*el psicosomático*", caracterizado por una "*insuficiencia en la mentalización*" que le imposibilita la expresión psíquica de sus conflictos, como producto de esta insuficiencia o déficit se libera los excedentes excitatorios en el cuerpo, a esto llaman somatización. Para que se provoque una somatización plantean que en el esquema evolutivo del sujeto se tendría que haber producido determinadas fijaciones somáticas precedentes a las fijaciones mentales. (Spagnuolo, 2009)

Para Marty y McDougall el uso del término psicosomático como adjetivo se remite al antiguo dualismo cartesiano, dirán que, afirmar que una determinada enfermedad es psicosomática encierra una gran falacia, ambos coinciden en que la unidad cuerpo-mente

hace del hombre, un ser psicosomático por definición. Sin embargo, estos autores reconocen la multicausalidad de la enfermedad y no atribuyen exclusivamente a los determinantes psíquicos la manifestación de las enfermedades somáticas. En virtud de la complejidad de esta cuestión, ellos privilegian indudablemente el análisis de los factores emocionales asociados con este proceso. (Marty, 1998)

Pierre Marty (1998) dirá que la somatización es una vía residual que manifiesta un déficit evolutivo. El conflicto que no puede expresarse a nivel mental iniciará una regresión somática, hacia esta vía arcaica donde no interesan los significados, sino que se demostrará la compulsión hacia el primitivo terreno de lo corporal. En el déficit psíquico se evidenciará como síntoma la depresión esencial que hace referencia a una depresión sin objeto, sin autoacusación, ni culpabilidad consciente, en esta depresión hay sentimientos de desvalorización personal y una herida narcisista dirigida hacia lo somático.

Esta depresión tiene sus inicios en el vínculo temprano de la madre y el bebé. El término esencial hace referencia a la ausencia de expresión mentalizada positiva. A pesar de que los sujetos presentan un tono triste al expresarse, no sufren una pérdida de autoestima, por lo cual esta depresión pasa inadvertida aun para el propio sujeto, teniendo como resultado el incremento de actividades exteriores. Cuando esta depresión se instala en la vida del sujeto, deja poco lugar a la reflexión y a la introspección, reduciendo la vida a la materialidad fáctica, operativa y cargada de automatismos. (Marty, 1998)

Según esta corriente, se empobrece la vida de fantasía y los sueños, se da una ruptura del equilibrio homeostático provocada por la disminución de los procesamientos de elaboración mental que llevan al aumento del riesgo psicosomático. La insuficiencia psíquica también se manifestará en los afectos y en el pensamiento, con respecto a este último, esta incapacidad evolutiva admite la ausencia de la dimensión simbólica, ya que esta representa una de las grandes adquisiciones de la secuencia evolutiva. (Marty, 1998)

Al acuñar la expresión pensamiento operatorio, los psicoanalistas de la escuela de París, presentan una estructura psíquica particular caracterizada por su ligazón a lo concreto, por su adaptación a la realidad, sostienen una cotidianidad de lo pragmático desprovisto de fantasía, sin desviación de la norma y sin dimensión histórica. Por fijación a ciertas etapas del desarrollo, existiría una incapacidad para entablar relaciones transferenciales. Se puede encontrar entre sus características la denominada "*reduplicación proyectiva*" en la cual el sujeto ve a los otros como una imagen de sí mismo, explicando los riesgos que para tales personas involucra la separación. (Spagnuolo, 2009)

En la esfera afectiva, surge un grupo de rasgos de comportamiento similar al del pensamiento operatorio, presentando dificultad para experimentar placer, bienestar como para verbalizar adecuadamente las emociones denominado alexitimia. Este impedimento en la expresión de los afectos se debe a la carencia de los correspondientes engramas verbales que dan cuenta de los mismos. (Marty, 1998)

Según los autores de esta escuela parisina, este déficit se relaciona a una construcción incompleta del aparato psíquico, que se ve afectado por un desamparo inicial que surge del vínculo con una madre narcisista; esto promueve un vacío psicológico que imposibilita el despliegue adecuado del espacio simbólico y de la fantasía, dando por resultado la acción directa sobre el cuerpo. Estos podrían identificarse como los primeros síntomas psicósomáticos, ya que el bebé que atraviesa por este déficit produce respuestas corporales patológicas al enfrentarse a la insatisfacción de sus demandas y señales indicadoras de deseo. (Spagnuolo, 2009)

La escuela de Paris sostiene que las enfermedades orgánicas debían ser analizadas a partir de una perspectiva de continuidad evolutiva y funcional entre el cuerpo anatómico y el cuerpo erógeno. (Marty, 1998)

El modelo formulado por Marty y sus colaboradores es considerado como una de las teorías psicósomáticas más consistentes, ya que permite explicar algunos de los complejos procesos en la interacción de la mente y el cuerpo. (Spagnuolo, 2009)

ESCUELAS ARGENTINAS

El trabajo psicoanalítico argentino se ha destacado no sólo en Latinoamérica, sino también en el resto del mundo. Contó con eminentes representantes como Angel Garma, Arnaldo Rascovsky, Arminda Aberastury, Enrique Pichón Riviere, Marie Langer, David Liberman, quienes manifestaron ya desde la década del 50, un profundo interés y dedicación por la investigación psicósomática. A partir de la fructífera obra de estos maestros, numerosos investigadores psicoanalíticos se dedicaron a la profundización del significado del enfermar orgánico. Los trabajos de Luis Antonio Chiozza han sido unos de los más destacados, ha desarrollado un procedimiento clínico-psicoterapéutico, denominado Estudio Patobiográfico para el tratamiento de los trastornos somáticos. Su teoría plantea la enfermedad orgánica como una forma de lenguaje, ocultando en la enfermedad una historia cuyo significado es insoportable y siendo la enfermedad la vía de descarga de dicho conflicto. (Spagnuolo, 2009)

Chiozza (1998) plantea que lo psicossomático no implica necesariamente una relación de causa-efecto, ambas categorías que establece la conciencia, tanto "*psíquico*" como "*somático*", son inseparables por tratarse de dos caras de una misma moneda. Lo inconsciente no reprimido es incognoscible, esto implica que no se le puede atribuir, existencia o cualidades psíquicas o somáticas. El conocimiento consiente se estructura alrededor de dos organizaciones conceptuales. Una física, relacionada a las ciencias naturales, y otra histórica relacionada a las ciencias dedicadas al estudio del espíritu o la cultura. Si se estudia a un enfermo desde ambas organizaciones conceptuales se puede visibilizar que lo que las personas callan con los labios, no sólo se expresan con actitudes y gestos, sino que el propio funcionamiento de sus órganos reacciona en consecuencia. Se basa en las concepciones de Weizsäcker para sostener que todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico un correlato corporal, de esta forma lo somático no es una realidad primaria sobre lo que asienta todo lo demás, ni lo psíquico un emergente de la materia.

Otros autores argentinos que han realizado importantes contribuciones al estudio de la psicossomática son Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis de Zukerfeld, uno de ellos es el desarrollo del concepto de vulnerabilidad que adquiere la importancia que en otras épocas tuvo la noción de especificidad. La vulnerabilidad es un concepto interdisciplinario que permite el estudio de los factores predisponentes, desencadenantes o que exacerben tanto los trastornos psicopatológicos como los somáticos y sus repercusiones. (Spagnuolo, 2009)

REPRESENTACIONES PSIQUICAS

MENTALIZACIÓN

Pierre Marty (1998) plantea que la mentalización alude al nivel de calidad, cantidad, disponibilidad, dinamismo y organización de las representaciones. Según como sea esa mentalización podrá facilitar u obstaculizar el trabajo psíquico a nivel representacional. Plantea que los procesos de somatización se presentan de diferentes formas, pueden proceder de fallas o fracasos del psiquismo, pueden estar determinados por factores hereditarios o marcas en la primera infancia que aparecen como fijaciones muy precoces.

Las representaciones son la evocación de las primeras percepciones inscriptas en el psiquismo las cuales dejan huellas mnémicas y están asociadas con afectos placenteros como también displacenteros. Se puede diferenciar las representaciones cosa, son las que evocan internamente realidades vividas a nivel sensorial o perceptivo, como también asociaciones de comportamientos diversos que no implican una gran organización mental. Para Freud estas representaciones cosas se ubican en el sistema inconsciente, a diferencia Marty va a decir que se encuentran en el preconscious. Estas pueden estar ligadas a afectos, pero no presentan movimiento por el aparato psíquico, por lo cual no se presentan por sí solas en las asociaciones de ideas. (Marty, 1992)

Las representaciones palabra se producen mediante la percepción del lenguaje en la interacción con otro. En un primer momento las representaciones palabra son de orden sensorial al igual que las representaciones cosa, pero se diferencian de éstas durante el desarrollo individual, por diferentes movimientos pulsionales o por conflictos psíquicos. Este tipo de representaciones permiten la comunicación con los demás y las reflexiones interiores como también los procesos de asociaciones de ideas. (Marty, 1992)

Las representaciones palabra están llenas de valor simbólico y de componentes afectivos, pero es posible que una representación palabra, se vuelva una representación cosa, al perder su valor simbólico y sus componentes afectivos, implicando un empobrecimiento del discurso a nivel afectivo, como la capacidad asociativa y los procesos de reflexión internos. Este empobrecimiento del discurso puede encontrar su explicación en la existencia de ciertas dificultades en la formación del preconscious, donde según el autor, se inscriben las asociaciones y otras que surgen durante el desarrollo del sujeto. (Marty, 1992)

Es a partir de la asociación libre de representaciones que aspectos inconscientes devienen conscientes, por esto es el preconscious el punto central de la economía psicosomática. Esto lleva a describir la calidad del preconscious, según la capacidad de evocar representaciones, por la fluidez para ligar una representación con otras representaciones y por las capacidades asociativas, dado que pueden quedar interrumpidas por supresiones y evitaciones de las representaciones ya adquiridas o por desorganizaciones del preconscious. (Marty, 1992)

Las representaciones se encuentran ligadas a afectos, éstas pueden ligarse con otras o en los casos que generan conflicto en el aparato psíquico se pueden reprimir, esto

es lo que clásicamente se denomina neurosis donde el conflicto psíquico se expresa a través lapsus, actos fallidos, síntomas o sueños. Para Marty hay neuróticos mal mentalizados, que presentan carencias en el mundo representacional. En estos casos las representaciones se encuentran ausentes o en menor cantidad, esto se debe a que las percepciones no reprodujeron representaciones. (Marty, 1992)

Según Fonagy&Target (1998) puede concebirse la capacidad de mentalizar como una particularidad especial del ser humano. El concepto incluye la capacidad de suponer en otras personas, como también en sí mismo, deseos, pensamientos y procesos mentales, psíquicos, que subyacen a los actos. La mentalización opera como un mecanismo interpretativo que permite suponer de forma mental el comportamiento de lo que está pasando en la mente de otros; es la capacidad de interpretar el comportamiento propio o el de otros a través de la atribución de estados mentales. Como se mencionó anteriormente también es posible mentalizarse a sí mismo, comprender reflexivamente que circunstancias y experiencias pasadas y presentes han conducido a los deseos, pensamientos y convicciones actuales. Mientras más frecuentemente a una persona le resulte posible entender al otro, más seguramente se podrá adaptar a los distintos entornos sociales. La mentalización habitualmente interviene como una actividad inconsciente, intuitiva y emocional, que funciona de manera automática en los intercambios interpersonales cotidianos.

Silvia Bleichmar (2000) plantea que los trastornos somáticos utilizan al cuerpo como canal de expresión directa por consecuencia de un déficit de estructuración simbólica, esto permite que la expresión somática no sea identificada como un síntoma ni como un conflicto psíquico; beneficiándose también de la disposición somática del propio sujeto que le brinde la facilitación de un órgano al cual afectar.

Una persona puede sufrir de altos niveles de ansiedad y esto puede generar muchos cambios psicológicos y somáticos, pueden verse alteradas sus afecciones relacionadas a la hipertensión, al asma, etc; pero cabe destacar que los síntomas que el sujeto experimenta frente a los procesos de somatización están anudados a su disposición somática, por lo cual frente a todas las opciones de expresión sintomáticas se priorizara la determinación del órgano facilitado, como puede ser una colitis ulcerosa, según Bleichmar nunca alguien va a hacer un trastorno psicósomático que no encuentre algún tipo de determinación de órgano. (Bleichmar, 2000)

LA CAPACIDAD DE PSIQUIZAR

Es necesario diferenciar entre un trastorno psicossomático y una simbolización mínima de los afectos, la somatización no es el efecto de la angustia, por el contrario, la somatización es el déficit de la angustia específica, es la insuficiencia de la simbolización mínima y gracias a esto se da la transformación del cuerpo en un cuerpo no representacional, un cuerpo somático. A modo de ejemplo, no se trata de que un niño tenga asma porque se angustia, tiene asma debido a que no se angustia frente aquello que le produce el ataque, se angustia por otras cosas. Lo primero entonces consiste en ligar el asma con la situación angustiosa y producir angustia ahí, vale decir mentalizar aquello que apareció en el cuerpo, “*psiquizar*” la psicossomática. (Bleichmar, 2000)

La capacidad de mentalizar el comportamiento del propio cuerpo favorecer la capacidad de darle sentido a los síntomas. En el momento que uno “*psiquiza*” la psicossomática no está simplemente interpretando, está produciendo inscripciones simbólicas que ponen en concordancia a dos elementos: lo que apareció en el cuerpo con la situación, enmarca, le da un contexto y lo articula de algún modo, para que la próxima vez que se produzca, el paciente pueda pensar qué le pasaba en esa situación. (Bleichmar, 2000)

Según Bleichmar (2000) psiquizar la psicossomática es un acto que repercute sobre la economía del aparato psíquico porque para que el trastorno psicossomático sea analizable requiere, previamente, una simbolización mínima para su psiquización. Es muy importante no confundir esto con un déficit general de simbolización. Se confunde el déficit de simbolización particular que implica una psicossomática con el pensamiento concreto que se atribuye a los pacientes psicossomáticos. Bleichmar plantea que lo que hay en el entramado psíquico es un agujero que hay que tejer y no rellenar.

En los casos de psicossomática en ocasiones se dificulta la instalación de vías de facilitación conexas dejando al cachorro humano librado a descargas no articuladas que lo someten a un dolor constante con tendencia a una compulsión evacuativa que responde a un más acá del principio del placer. Y ante cada embate de displacer, en vez de poder angustiarse, repite en el intento de evacuar algo que es inevacuable, porque no logra encontrar vías de ligazón (que no se instalaron) y retorna a un circuito siempre idéntico. (Bleichmar, 1993)

En relación con esto, se observa la importancia de ese gran Otro, ya que las fallas que existan en la función materna derivarán muchas veces en una fijación que impide la vía de descarga, por falta de canales de derivación. Bleichmar menciona el caso de una madre con fallas estructurales, en las cuales un fragmento del narcisismo, de la instancia yoica, le impedirá ejercer la función de objeto materno narcisizante. Otro ejemplo que propone es el de una madre que presenta una falla circunstancial como una depresión, por la cual retira temporariamente libido narcisista del objeto. Lo que se encuentra imposibilitado de ligarse, y por tanto también imposibilitado de descargarse, tiene una importancia fundamental, esto lleva a que el aparato incipiente quede sometido a una modalidad general de funcionamiento psíquico, donde se produce una fijación de los modos de descarga y provoca una compulsión a la repetición traumática. (Bleichmar 1993)

El sufrimiento psíquico por la emergencia de angustia o por los subrogados sintomales que de ella derivan son indicadores de las posibilidades de analizabilidad de un sujeto. Silvia Bleichmar (1993) trabaja el concepto de clivaje, presentándolo como un conflicto estructurante del psiquismo, que consiste en escindir de un modo neto las cualidades contradictorias que coexisten en el objeto y sostiene que tanto del lado de la madre como del niño, aun luego de haberse asimilado la disociación entre el yo y las propiedades del objeto, existe la posibilidad de acceder a una perspectiva en la cual los movimientos fundacionales del psiquismo puedan ser retrabajados para abrir nuevas vías de comprensión. En psicósomática no hay angustia específica, ni síntomas; pero eso no quiere decir que antes de que se establezcan estos clivajes estructurantes del aparato psíquico, no se encuentre posibilidades de operar psicoanalíticamente. Esto se sostiene en una concepción particular de la transferencia no como repetición, sino como neogénesis. (Bleichmar, 2011)

Una afectación psicósomática no emerge por una angustia inconsciente, o por un exceso de angustia, se pone en marcha frente a la imposibilidad de psiquizar los afectos y se produce por la imposibilidad de angustia que termina siendo derivada al órgano destinado. Para Bleichmar, considerar al paciente psicósomático como un paciente con un déficit de simbolización sería caer inevitablemente en un pensamiento simplista. Es importante no confundir los trastornos psicósomáticos con un déficit general de simbolización y entender la relación que estas afecciones tienen entre sí. Si la angustia es el más des-simbolizado de todos los afectos, la psicósomática ocupará el lugar de una transformación de los afectos que no logran devenir en angustia. Entonces, lo psicósomático puede ser pensado como un momento de descualificación y pasaje de cantidades no metabolizables por el psiquismo, esto explicaría la frecuencia con la que

aparecen psicósomáticas severas en duelos inelaborables: en particular, problemas inmunológicos severos. (Bleichmar, 2001)

Según registros de casos que se encuentran en las bibliografías relacionadas a la psicósomática, Françoise Dolto (1981) hace referencia a los pacientes psicósomáticos que sueñan; algunos casos son planteados como raros de leer porque los sujetos suelen no recordar sus sueños y eso dificulta el acceso a un material simbólico que sería rico para el análisis. Uno de estos casos relatados por Dolto, se trata de un adulto que consulta por úlcera digestiva, al ver a la muñeca-flor se puso a reír a carcajadas, y empieza a hablar de su vida y del comienzo de sus trastornos. A la sesión siguiente, cuenta que se había quedado pensando mucho en la muñeca-flor. Y, además, él que nunca soñaba porque su úlcera lo despertaba, no sólo se sorprende al ver que la crisis de úlcera se había frenado, sino que también había tenido un montón de sueños y le interesaba contárselos.

La lectura tradicional de este caso habría atribuido a este paciente lo que llaman pensamiento concreto. En cambio, Bleichmar (2000) lo explica mediante la heterogeneidad estructural del aparato psíquico, coexistiendo corrientes diversas de simbolización, la úlcera digestiva del paciente se relaciona con las menos simbolizadas, menos transaccionales; y a la par, si la muñeca-flor produjo un efecto terapéutico fue porque el paciente pudo alojarla en un entramado simbólico, de mayor nivel de simbolización. El analista no puede esperar la asociación libre e interpretar el sentido inconsciente porque no está en ningún lado, lo que hay que hacer es reensamblar, ofrecer una organización simbólica para algo que no logra un estatuto simbólico. En este caso se produjo como si fuera por casualidad, más allá de una intervención concreta de Dolto, porque la muñeca-flor estaba en un rincón del consultorio, al paciente le funcionó como vía colateral de investimento y a partir de ahí se desencadenó un efecto terapéutico. Efecto terapéutico en el que confluye lo elaborado con respecto a la analizabilidad y a la neogénesis.

Zonis (2016) entiende lo psicósomático como la vinculación entre el cuerpo y la mente, como un sistema abierto de doble vía y con un feedback de constante recursividad en el cual se visualizan la incidencia del funcionamiento corporal en procesos complejos de la mente y las funciones de la mente generando consecuencias en el cuerpo. En lo planteado hasta el momento, mayoritariamente se visualiza la predominancia de la mente sobre el soma, siendo esta quien influye de distintos modos, en relaciona a esto.

Zonis (2016) plantea:

(...) pero ¿qué pasa cuando es el cuerpo el que envía mensajes -a través de las sustancias que lo componen- a la mente y provoca cambios afectivos y conductuales? Pensar la doble vía y su constante recursividad es una tarea necesaria y permanente para el pensamiento psicoanalítico, tanto para evitar ingenuidades teóricas como para preservarse de iatrogenias no admitidas. (p. 8)

Zonis (2016) retoma los pensamientos de Riera (2011) para trabajar la conceptualización de “*mente corporizada*” con el fin de teorizar los fenómenos psicosomáticos; y lo amplía vinculándolo con el concepto de “*cuerpo mentalizado*”, como forma de explicar la recursividad existente entre psique y soma, enfatizando las características de un sistema abierto, con un intercambio continuo, funcional, dinámico y complejo en la relación de sus elementos. El surgimiento de estas conceptualizaciones favorece el cuestionamiento sobre la distinción entre cuerpo y psiquis, optando por la postulación de un cuerpo viviente y un psiquismo encarnado, entre los cuales se encuentran fronteras complejas que permiten la existencia de zonas de superposición.

Las distintas conceptualizaciones sobre la relación entre psiquis y soma y sus múltiples expresiones, llevaron a realizar revisiones teóricas de las tópicas freudianas como también provocaron el surgimiento de nuevas teorizaciones para la comprensión del funcionamiento psíquico.

INTRODUCCIÓN A LA TERCERA TÓPICA

Las tópicas freudianas conforman las bases teóricas de gran parte de la psicología actual, alcanzan su máximo desarrollo en el esquema integrado y abierto del año 1933, presentando un modelo final que incluye todas las categorías conceptuales básicas que han sido estudiadas y revisadas en diversas oportunidades, dando lugar a muchos estudios posteriores que afirman su planteo. A partir del estudio de los sueños y de las psiconeurosis Freud conceptualiza sus modelos tópicos, dando lugar a la primera tópica en 1900 y la segunda en 1923. (Zukerfeld & Zonis, 1999)

Se entiende por tónica a la noción teórica que alude a un sistema de funciones que se representan en el espacio, como lugares psíquicos de los que es posible dar una representación espacial figurada. Existen en la obra Freudiana numerosos avances teóricos, observaciones clínicas y aportes técnicos que no tuvieron una integración coherente en los modelos tónicos. En la clínica psicoanalítica actual se observa una extensa psicopatología que es básicamente de teorización pos-freudiana. (Zukerfeld & Zonis, 1999)

Algunos autores como Green (1975) y Marucco (1978) entre otros, sostienen que las dos tónicas desarrolladas por Freud no alcanzan para dar una explicación satisfactoria frente a varios conceptos, uno de ellos es el concepto de escisión (Spaltung); dando lugar a nuevos estudios y teorizaciones sobre la noción del inconsciente escindido y la reformulación de la segunda tónica. (Zukerfeld & Zonis, 1999)

La necesidad de nuevas conceptualizaciones sobre las enfermedades psicósomáticas, abren la posibilidad de replantear y actualizar algunas teorías que den respuestas satisfactorias permitiendo una mayor comprensión del funcionamiento psíquico y de las influencias entre la singularidad del sujeto y el medio ambiente. Los importantes desarrollos de la Escuela Psicósomática de París, los avances de las neurociencias y la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) demuestran la influencia del estrés en la respuesta corporal, desde esta concepción las manifestaciones corporales no solo constituyen un lenguaje, sino que es una de las tantas incidencias del acontecer traumático dentro de determinadas condiciones psicosociales. (Zukerfeld & Zonis, 1999)

Zonis (2016) plantea que, si entendemos lo psicósomático como una condición que expresa psiquis y cuerpo como unidad inseparable, este concepto hoy en día adquiere mayor relevancia, ya que muchos de los desarrollos de las disciplinas de la subjetividad y las investigaciones dentro de los nuevos paradigmas de la medicina (PNIE y neurociencias), así lo evidencian. En función de esto argumenta la necesidad de una reformulación del modelo de aparato psíquico.

INCONSCIENTE ESCINDIDO

Según Zukerfeld, (1992) uno de los conceptos que nutre esta actualización del aparato psíquico es el concepto de escisión, es necesario destacar que no se trata de un mero mecanismo defensivo del yo que se pone en funcionamiento en ciertas

circunstancias, sino que es parte fundante del aparato psíquico. En las teorías Freudianas se plantea que en toda manifestación de alta jerarquía simbólica hay algo inadmisibles a la simbolización, algo que nunca fue cifrado por lo cual se advierte como indescifrable; sobre todo cuando se lo aborda desde la concepción de un inconsciente único basado en la dinámica de la represión como el que planteaba Freud. Es necesario considerar la formulación de la escisión para entender las existencias simultáneas en un mismo plano.

Gracias al mecanismo de la escisión, pueden coexistir procedimientos defensivos como la desmentida y la represión, uno contra la realidad y el otro contra la pulsión. El acto psíquico como producto final incluye en esencia algo que debe ser reprimido y algo que debe ser desmentido tanto en la percepción como en el recuerdo. (Zuckerfeld, 1992)

Para Freud (1895), la escisión (*Spaltung*) es entendida como la coexistencia de actitudes contrastantes y antagónicas en el seno del ego, una enfocada en negar la realidad y la otra en aceptarla según el principio de realidad. Freud plantea que este mecanismo explicitado en la teoría no es concordante con la realidad en su totalidad, ya que la posibilidad de que el yo pudiera desprenderse totalmente de la realidad sería una solución para muchas patologías, pero el yo no puede desmentirse totalmente, ni puede aceptarlo todo ya que estos mecanismos se dan de forma simultánea.

Según Hugo Bleichmar (1976) la desmentida se visualiza en sus inicios como un mecanismo de defensa ante la angustia de la amenaza de castración y apunta a la percepción de la realidad externa. Este proceso defensivo no implica una anulación de la percepción sino una acción enérgica con la finalidad de mantener renegada una percepción que puede resultar traumatizante para el yo. La definición de desmentida no pasa por el rechazo de una percepción del mundo exterior, sino por el rechazo de las consecuencias que dicha percepción provoca sobre una creencia previa que se quiere mantener. En este proceso se da la coexistencia de una antigua creencia con un saber que ha venido a anularla, de dicha coexistencia de dos vías opuestas se llega a la noción de escisión del yo.

Bleichmar (1976) sostiene que lo característico de la escisión se produce en el inconsciente y que el mecanismo de la desmentida es una defensa fallida, ya que solo logra su objetivo parcialmente, y pese a sus esfuerzos psíquicos el inconsciente encuentra la forma de burlar las barreras defensivas, un ejemplo es la expresión a través del lenguaje bajo la fórmula privilegiada del “ya lo sé, pero aun así”.

Zukerfeld (1999) favorece la importancia de una nueva tónica que aborde los aspectos conceptuales que escapan a las tónicas freudianas, dando énfasis al aparato psíquico y sus modos de funcionamiento, siendo primordial una doble dinámica: desde lo vertical haciendo referencia a lo característico de la represión y desde lo horizontal como característica propia de la escisión, escisión que es intrasistémica, no transaccional, asociada al mecanismo de la desmentida y que permite la coexistencia de dos actitudes contradictorias. Esta afirmación es semejante con lo ejemplificado por Green (1975) al señalar que el yo del niño admite dos juicios contradictorios al mismo tiempo, ya que la razón del yo y la razón de las demandas pulsionales coexisten en el mismo espacio psíquico.

Melanie Klein (1987) sostiene que el mecanismo del *Spaltung* es sumamente importante para el desarrollo psíquico infantil. Durante la lactancia el niño percibe el pecho materno como un símbolo omnipotente al saciar las necesidades de amor y nutrición. En este contexto la escisión opera como un mecanismo fundamental, facilitando al infante la capacidad de separación de las cualidades gratificantes consideradas como buenas del pecho materno de aquellas frustrantes consideradas como malas, para motivarlo a buscar el pecho pese a las experiencias frustrantes. Este proceso motivará y direccionará la búsqueda del infante hacia el objeto bueno, instaurándose un mecanismo que operará con todos los objetos relacionales precoces, para luego resolverse integrando gratificaciones y frustraciones operantes coexistentes en un mismo objeto.

La presencia de la escisión en el psiquismo del sujeto implica que coexistirá para siempre aquello que ingresa en la órbita del deseo y la castración, con aquello que queda apartado, no reprimido, es decir lo que llamamos escindido. Esto implica una heterogeneidad inconsciente radical, expresada en distintos modos de procesamientos inconscientes en la patología, en la salud y en la cotidianidad de las memorias declarativas y las implícitas, del recuerdo narrado y de la memoria del cuerpo. Esta coexistencia de lo reprimido con lo inconsciente escindido es lo que se entiende como “*tercera tónica*”. Esta revisión metapsicológica implica una articulación entre las neurociencias y las disciplinas de la subjetividad. Se trata de una concepción teórico-clínica que extiende la noción de inconsciente freudiano sosteniendo la universalidad y la coexistencia de procesos inconscientes que determinan que todos sus productos expresen esta coexistencia. (Zukerfeld & Zonis, 1999)

TERCERA TÓPICA

Esta teorización denominada tercera tópica, plantea la existencia de un inconsciente escindido que es conformado por otra estructura inconsciente que no ha sido reprimida. Esta estructura inconsciente no incluye un sistema preconsciente ni una censura, no existiendo en ella representaciones de palabras sino solo huellas mnémicas activables correlativas a la excitación nunca ligada. (Zukerfeld, 1999)

La tercera tópica se puede comprender en función de dos estructuras, una denominada Estructura Edípica Conflictiva (EEC) y otra denominada Estructura Narcisista Nirvánica (ENN). El primer modo corresponde a una estructura edípica conflictiva de carácter universal y común a todo sujeto que posea la capacidad de simbolizar a través del habla, constituyendo por la existencia de la represión la condición de posibilidad del pensamiento, las fantasías, los sueños, los síntomas psiconeuróticos, los actos fallidos y las transferencias, conformando así un conjunto de transformaciones progresivas y regresivas complejas donde existe inestabilidad e instancias en conflicto. (Zukerfeld & Zonis, 1999)

El otro modo de funcionamiento, que es el del inconsciente escindido, se denomina Estructura Narcisista Nirvánica (ENN), y es común a todo sujeto vivo. Estos mecanismos pulsionales no ligados que implica carga y descarga en el funcionamiento habitual del sujeto, conforman un nivel que tiende a la homeostásis, buscando mantener el equilibrio y que solo se visibiliza cuando necesita dar señales de alerta. Estas alteraciones percibidas son investidas por el funcionamiento de la EEC; un ejemplo de esto puede ser la alimentación, ya que comprende funciones biológicas que demandan comportamientos regulatorios. Se considera que esta puede ser la sede de un yo ideal eterno y coexistente con la instancia ideal del yo - Super -yo construida a partir de los vínculos intersubjetivos. La noción de un yo ideal relacionada a la dinámica del narcisismo supone la representación de una desmesura, que provoca el sentimiento de omnipotencia percibido desde el exterior, como un sentir ajeno a sí mismo. (Zukerfeld & Zonis, 1999)

Según Zukerfeld & Zonis, (1999) este modelo de funcionamiento es completamente dinámico y plantea un movimiento continuo entre los sistemas EEC y ENN, entre estos sistemas se suscita una operación psíquica subsidiaria de una fluidez de barrido que implica un proceso creador y es parte importante de lo que se denominó

proceso terciario. Esta dinámica mantiene la integridad psíquica por lo cual su ausencia o pérdida denotaría una posibilidad patológica.

Autores como Green (1975) y Chiozza (1992) también plantean ideas relacionadas a los procesos terciarios y su importancia para la elaboración psíquica. Los procesos terciarios relacionan los procesos primarios y secundarios de tal forma que se regulan mutuamente limitando sus posibles saturaciones. Estos son insolubles ya que ni el proceso primario, ni el proceso secundario por sí solos pueden construir el intelecto; de esta forma los pensamientos creativos, las metáforas, los símbolos, etc, son producto de la unión de estos procesos. Solo la implicación entre los procesos primario y secundario no alcanzan para dar cuenta satisfactoriamente de la complejidad de los procesos psíquicos intrínsecos de cada subsistema, por lo cual las manifestaciones del inconsciente escindido son las que en última instancia pueden dar cuenta de los procesos creativos como el juego y el arte. (Zuckerfeld & Zonis, 1999)

En los avances y planteos de las neurociencias, se pueden encontrar nociones que presentan cierta correspondencia con los aportes del psicoanálisis sobre el campo de la psicosomática. Un ejemplo es la distinción que hace las neurociencias sobre las memorias y la noción del inconsciente. Las neurociencias diferencian las memorias declarativas que son las memorias capaces de ser memorizadas y declaradas, que alcanzan la representación de palabra y pueden hacerse inteligibles, de las memorias procedurales, estas se relacionan con hábitos que no alcanzan a formularse primariamente en términos de palabras, se las diferencia de las memorias emocionales, presentan circuitos neuronales absolutamente diferenciados y hace referencia a la capacidad de las personas de fijar recuerdos a partir de las emociones. (Zuckerfeld & Zonis, 2005)

La estructura principal del cerebro que se encarga de facilitar los recuerdos es el hipocampo conectado con la corteza frontal. Por otro lado, la amígdala tiene algunas conexiones con el hipocampo y con el hipotálamo donde se ubica la memoria emocional. (Zuckerfeld & Zonis, 2005)

A veces podemos recordar con palabras, pero otras veces es imposible, las neurociencias van a decir que, aunque no podamos recordar con palabras el recuerdo sigue grabado en la memoria. Este planteo tiene su punto de encuentro desde el psicoanálisis con lo ya expuesto como tercera tópica, modo de funcionamiento donde las huellas mnémicas no son evocables por medio de la palabra, sino que pueden activarse.

Hay huellas que han quedado como marcas, que eventualmente se activan y producen efectos, estos pueden ser somáticos, pero sin ligazón a representaciones de palabras. (Zukerfeld & Zonis, 2005)

El estudio de las neurociencias, principalmente los estudios sobre el apego, de Bowlby (1969 citado en Angarita, 2012. p.186) permitió establecer que las representaciones internas de la madre y la interacción con ella, solo puede inducirse durante determinados momentos de la vida del niño, donde el niño y su cerebro en desarrollo interactúan con un entorno sensible, para que el cerebro y la personalidad evolucionen satisfactoriamente. Plantean que los primeros tres años de vida la relación madre - bebe son fundamentales para el desarrollo. El sistema de apego acrecienta las oportunidades de sobrevivir del niño, el cual se apoya en las funciones maduras de los padres, para organizar sus propios procesos. Cuando el niño recibe respuestas emocionalmente sensibles de sus padres, estas refuerzan su estado mental positivo, a la vez que atenúan los estados emocionales negativos. Las experiencias repetidas se codifican en la memoria procedimental, como posibilidades que ayudan al niño a sentirse seguro. (Zukerfeld & Zonis, 1999)

En estudios realizados se observó cómo afecta la variación de los grados de apegos infantil con su capacidad posterior para responder ante el estrés. Levine y cols. (1967 citado en Angarita, 2012. p.187) descubrieron que frente a esta experiencia había una activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, produciendo liberación de hormonas glucocorticoides en las glándulas suprarrenales, que son los primordiales reguladores de la homeostasis. Son esenciales para sobrevivir al estrés, la liberación de catecolaminas por el Sistema Nervioso Vegetativo y la médula suprarrenal como la secreción de glucocorticoides. Levine se plantea si la experiencia podía modular la respuesta a largo plazo del Sistema hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. A partir de estudios con animales se evidencio que, si se separaba a las crías de sus madres por unos minutos durante las dos primeras semanas de vida, las crías mostraban una mayor vocalización y como consecuencia se incrementaba la atención materna y el apego. Este aumento reducía durante el resto de la vida del animal, la respuesta hipotálamo-hipófiso-suprarrenal de las crías, ante distintos factores de estrés. Conjuntamente, disminuía el miedo y la vulnerabilidad frente a enfermedades relacionada con el estrés. (Angarita, 2012)

Por otro lado, cuando se separaba las crías de sus madres durante periodos más largos de tiempo (tres a seis horas al día durante dos semanas), se producía que las

madres ignoraban a sus crías. En la vida adulta, estas crías presentaban un aumento en la concentración plasmática de adrenocorticotropa, y de la respuesta de los glucocorticoides al estrés. En este ejemplo se puede evidenciar cómo las primeras experiencias vitales alteran la respuesta biológica. (Angarita, 2012)

Mc Ewen y Sapolsky (1995, 1996 citado en Angarita, 2012. p.187) descubrieron que el incremento de las concentraciones de glucocorticoides ulterior a la separación prolongada tenía efectos adversos sobre el hipocampo. El estrés repetido durante varias semanas causa atrofia de las neuronas del hipocampo, volviéndose reversible cuando este se elimina, o cuando se reduce las concentraciones de glucocorticoides. Si se prolonga la exposición durante varios meses o años, hay una afectación permanente y se produce pérdidas de neuronas del Hipocampo. Por la importancia del Hipocampo en la memoria declarativa, es de esperarse que la atrofia reversible, como la afectación permanente, cause una considerable alteración de la memoria.

Estos descubrimientos son de vital importancia en la relación entre los primeros procesos mentales inconscientes y los posteriores procesos mentales conscientes, el estrés causado por la separación de la madre, en las primeras etapas de la vida, produce una reacción perdurable en la memoria procedimental del niño, que desencadena una serie de cambios que terminan por afectar al Hipocampo alterando permanentemente la memoria declarativa. (Angarita, 2012)

VULNERABILIDAD SOMÁTICA

Zukerfeld & Zonis (2005) relacionan lo tradicionalmente llamado “psicosomática” a la noción de vulnerabilidad somática. Ellos sostienen que:

Entendemos este campo como el del estudio de los factores emocionales y psicosociales vinculados al origen, desencadenamiento, exacerbación, consecuencias, evolución, prevención y cura de la enfermedad somática y los trastornos somatoformes. (...) Donde se estudia cómo y por qué aumenta o disminuye la vulnerabilidad de un sujeto a que su cuerpo se deteriore antes de lo que indica las condiciones determinadas por la especie, incluyendo sus secuelas y las formas de diagnosticarlo, prevenirlo y tratarlo. (Zukerfeld & Zonis 2005, p. 99)

Para Zukerfeld & Zonis, (2005) la noción de vulnerabilidad alude a la probabilidad de respuestas disfuncionales somáticas y comportamentales frente a factores de estrés o condiciones de adversidad, se entiende como el resultado de la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico universal que consideramos propio del inconsciente escindido. Puede darse en sujetos médicamente sanos o enfermos de cualquier patología, existiendo una condición subjetiva singular que influye en su pronóstico. Cuando este predominio se cristaliza se expresa clínicamente con una insuficiente organización representacional, una carencia de recursos mentales y una tendencia a la descarga y se relaciona con dificultad en el afrontamiento de situaciones estresantes, presencia de comportamientos de riesgo, baja tolerancia al desamparo y a las pérdidas.

Zukerfeld (1999) afirma que la evocación de los registros psíquicos primitivos se produce con riesgo de descarga corporal. La dificultad en la elaboración de las situaciones de sufrimiento implica un incremento de la vulnerabilidad somática y funciona como un intento de defensa frente al dolor psíquico. Esto se debe a que todo síntoma puede ser entendido como un intento de autocuración.

La vulnerabilidad somática dependerá del interjuego de tres conjuntos de factores como lo son primeramente la historia singular del sujeto, esto refiere a acontecimientos traumáticos tanto en la primera infancia como posteriores y también al modo de afrontamiento de estos. El modo de afrontamiento está relacionado a factores constitucionales y a recursos que el sujeto pudo ir aprendiendo e incorporando. El término afrontar proviene de la psicología cognitiva y tiene en la teoría psicoanalítica su representación en otras defensas más primarias y avanzadas como lo son la introyección, proyección, identificación. Un segundo factor será la calidad de vida del sujeto, principalmente la percepción subjetiva de bienestar, como también la presencia de conductas saludables que contribuyen al bienestar del sujeto y que dependen de los recursos yoicos con los que cuente. Y tercer y último factor serán las características históricas y actuales de la red de vínculos intersubjetivos, tanto como valor identificador y de sostén. Esta red vincular es decisiva para considerar la vulnerabilidad de un sujeto ya que puede ser percibida subjetivamente como apoyo o como estrés. (Zukerfeld & Zonis. 2005)

Para Zukerfeld & Zonis. (2005) la vulnerabilidad es una condición inespecífica ya que no establece que se desarrolle determinada patología. Consiste en un potencial que se puede presentar en conjunto o no con factores diferentes como lo son lo biológicos y los ideales culturales, estos otorgan especificidad para determinadas patologías. Por otro

lado, si se presenta acompañado de conductas saludables, será un factor que puede favorecer la recuperación y/o la perpetuación de la enfermedad.

Pierre Marty (1990) desarrolla la noción de los puntos de fijación que se puede relacionar con la concepción de vulnerabilidad. Estos puntos funcionan como un freno frente a la desorganización somática. Frente a una situación traumática lo primero que se pierde es lo último que se adquirió; a esto se le denomina principio de programación. Por otro lado, Mc Dougall (1982) sostiene que el origen de la vulnerabilidad somática es la presencia de Alexitimia, denotando un psiquismo que solo cuenta con palabras escindidas y representaciones de cosa sin valor afectivo. La capacidad de afrontamiento que el sujeto tiene frente a su problemática denota la vulnerabilidad que posee. Weisman (1976) y Kaplan (1976) plantean que la vulnerabilidad es una escasa capacidad de afrontamiento, es también una distorsión cognitiva-emocional asociada a actitudes poco saludables y a la falta de apoyo social. La vulnerabilidad, según estos autores está condicionada por el grado de compromiso que el sujeto tiene con una determinada situación; cuanto mayor sea el compromiso mayor será su percepción de estrés y su vulnerabilidad en relación con el mismo.

Zukerfeld & Zonis (2005) plantean que, a mayor antecedente traumático, mayor vulnerabilidad, a menor red de sostén histórica y actual, mayor vulnerabilidad. Estos autores destacan la red vincular a tal punto que plantean que un suceso real deviene traumático en función del papel que ocupa la red de sostén, ciertos sucesos vitales no tendrían eficacia traumática o sería mucho menor si el sostén vincular fuera adecuado. En este último punto se plantea una visión interesante que habilita nuevas líneas a seguir estudiando, articulando y profundizando con respecto a esta temática tan rica y compleja.

CONCLUSIÓN

A lo largo de este trabajo se puede ver como los aportes del psicoanálisis y en especial los estudios sobre la psicósomática tratan de superar visiones parciales y reduccionistas, buscando realizar una integración biológica, psíquica y social, de la comprensión del sujeto. Las diferentes teorías que contemplan la relación intrínseca e indivisible de la psiquis y el soma en sus múltiples expresiones dan cuenta de su complejidad y de la necesidad de un abordaje desde una visión holística e interdisciplinaria.

A modo de síntesis de este recorrido de lecturas en relación con la unidad psiquis soma, se puede ver como el pensamiento Hipocrático se asemeja a la concepción actual de salud - enfermedad, como también a la integración de psiquis soma y a la importancia del entorno. Por otro lado, las teorizaciones freudianas producen un quiebre en la comprensión del cuerpo y es con la conceptualización del inconsciente donde se determina una parte crucial para la comprensión del psiquismo. Es en los estudios sobre la histeria que surgen los primeros acercamientos a lo psicósomático y con el término conversión se trata de describir la trasposición de un conflicto psíquico y un intento de resolución en síntoma somático. La escuela de París aporta un perfil psicósomático, caracterizado por una construcción incompleta del aparato psíquico que imposibilita la expresión psíquica de los conflictos evidenciándose como síntoma, liberando la carga en el cuerpo. En primera instancia la somatización surge anudada a la patología, siendo únicamente a través de la enfermedad que se puede visualizar la frágil barrera entre lo psíquico y lo somático; asimilando la expresión somática a patologías de carácter conversivo o perfiles psicológicos que solo se enmarcaban para determinados sujetos.

Hoy con los avances de las investigaciones en el tema se puede decir que todo sujeto es psicósomático y que la expresión de la enfermedad tendrá predominio psíquico o somático. Asimismo, se conoce que los fenómenos psicósomáticos no son propiedad de las patologías y que la somatización no se debe solamente a una imposibilidad de mentalización que dificulta la expresión psíquica del sujeto, también hay una predisposición genética que se expresará o no dependiendo que el entorno active o anule dicha expresión. Existen vulnerabilidades adquiridas que son provocadas por el entorno y será a través de la modificación del ambiente donde se podrá trabajar las mismas. La somatización no es el efecto de la angustia, es el déficit de la angustia específica, es la imposibilidad de angustiarse frente a lo que produce la somatización, porque hay una

parte que se encuentra escindida. El inconsciente escindido no está planteado en términos de patología, sino como estructurante del psiquismo. La tercera tópica incorpora al esquema propuesto por Freud de la segunda tópica la barra de la escisión, junto a la represión primaria. Hay cantidades de magnitudes que quedan reprimidas y operan de acuerdo con la estructura del Edipo y del conflicto, pero lo que llamamos inconsciente escindido no presenta una estructura representacional, hay huellas que se activan y se descargan sobre el cuerpo.

El aparato psíquico presenta procesos que constituyen las formaciones del inconsciente reprimido y dentro del campo psicoanalítico se trabaja para poder descifrar lo que se encuentra reprimido, pero ¿cómo dar cuenta de aquello que nunca estuvo reprimido y que tiene sus manifestaciones? El desafío de la clínica es pensar en un aparato psíquico que permita comprender las repeticiones y al mismo tiempo contemple la posibilidad de generar transformaciones y crear historias. Lo que hay en el entramado psíquico es un agujero que requiere ser tejido para poder nombrar lo que aparece como descarga, que nunca tuvo ligadura con una representación y que el aparato psíquico no puede procesar, este movimiento es un proceso de creación.

Por parte del analista, es necesario estar atento a la transferencia, al hilo discursivo, a la presencia de elementos aislados, no asociativos, pero al mismo tiempo escuchar el cuerpo que se presenta en la clínica, respetando su lenguaje en transferencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Angarita, E. (2012) *El Psicoanálisis basado en la Evidencia: Su Interacción Científica con la Neurociencia Cognitiva*. Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, ISSN-e 0120-1093, Vol. 24, Nº. 2, 2012, págs. 177-198 Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4491941>

Aulagnier, P. (1991) *Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia*, Ed: Paidós. BsAs

BERNARDI, R (2000): *Contratransferencia: Una perspectiva desde Latinoamérica* En: *Cambios de la interpretación en el psicoanálisis del Uruguay entre 1960 y 1990*. Revista Uruguay de Psicoanálisis 1997; 84/85: 89-102. Recuperado de: <http://www.apuruquay.org/apurevista/2000/1688724720009203.pdf>

Bleichmar, H. (1976) *El Edipo en Freud y Lacan, introducción al estudio de las perversiones*. Ed: Nueva Visión. BsAs

Bleichmar, S (1993) *La fundación de lo inconsciente. Destinos de pulsión, destinos de sujeto*. Ed: Amorrortu. BsAs

Bleichmar, S. (2000) *Sostener los paradigmas desprendiéndose del lastre. Una propuesta respecto al futuro del psicoanálisis*. En *Revista Aperturas Psicoanalíticas nº6*. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=130&a=Sostener-los-paradigmas-44-desprendiendose-del-lastre-Una-propuesta-respecto-al-futuro-del-psicoanalisis>

Bleichmar, S. (2001). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Ed: Amorrortu. BsAs

Bleichmar, S. (2003). *Conceptualización de catástrofe social. Límites y encrucijadas. Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales. La experiencia*. Ed: Paidós. BsAs

Bleichmar S. (2005). Norma, autoridad y ley. Bases para la redefinición de una legalidad en psicoanálisis. En *La Subjetividad en Riesgo*. Ed: Topía. BsAs

Bleichmar, S (2011) *La Construcción del sujeto ético*. Ed: Paidós. BsAs

Canguilhem, G. (1970) *Lo normal y lo Patológico*. México, España: Siglo veintiuno editores. Argentina, Colombia.

Chiozza, L, Green, A. (1992) *Dialogo psicoanalítico sobre psicósomática*. Ed: Alianza. BsAs

Chiozza, L (1998) *Acerca de la relación entre sensación somática y afecto*”, en *Cuerpo, afecto y lenguaje*. Ed: Alianza. BsAs

Dubourdieu, M. (2008) *Psicoterapia Integrativa PNIE psiconeuroinmunoendocrinología. Integración cuerpo-mente-entorno*. Ed: Psicolibros-Waslala. Montevideo

Dolto, F. (1981). Cap. VI. *Cura psicoanalítica con ayuda de la muñeca-flor*. En *El juego del deseo*. México, España, Argentina, Colombia. Siglo XXI Ediciones

Fonagy, P y Target, M. (1998). *Jugando con la realidad I*. Publicado en Libro Anual de Psicoanálisis XII-1996. Ed. G y G. Argentina. Ed. Escuta Ltda. Brasil

Freud, S. (1888) *Estudio Comparativo de las Parálisis Orgánicas e Histéricas*. En L. Ballesteros (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. I)* España: Editorial Biblioteca Nueva (1972).

Freud, S. (1895) *Estudios sobre la Histeria*. En L. Ballesteros (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. I)* España: Editorial Biblioteca Nueva (1972).

Freud, S. (1905) *Tres ensayos de una Teoría Sexual*. En L. Ballesteros (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. III)* España: Editorial Biblioteca Nueva (1972).

Freud, S. (1915) *Lo Inconsciente*. En L. Ballesteros (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. II)* España: Editorial Biblioteca Nueva (1972).

Freud, S. (1920) *Mas allá del Principio de Placer*. En L. Ballesteros (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. V)* España: Editorial Biblioteca Nueva (1972).

Freud, S. (1925) *Los orígenes del Psicoanálisis*. En L. Ballesteros (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. IX)* España: Editorial Biblioteca Nueva (1972).

Green, A. (1972) *Notas sobre procesos terciarios*. En la *metapsicología Revisitada*. Ed: Eudeba. BsAs

Green A, (1996) *La metapsicología revisitada*, Ed: Eudeba. BsAs

Green, A. (1975). *The analyst, symbolization and absence in the analytic setting*. En *In memory of D.W. Winnicott. international journal of psychoanalysis*. 56: 1-22. US

Haynal, A. & Pasini, W. (1983) *Manual de medicina psicosomática* (M. C. R. Barbosa, R. L. Lana & R. R. Josef, Trads.). Ed: Masson. Brasil

Jaimsky, G.S (2008) *Cuerpo y Construcción Psíquica, La seducción primaria en la relación madre-bebé*. Ed: Continente. BsAs

Kaplan, H.B (1976) *Antecedents of negative self-attitudes en Psicoanálisis, tercera tópica y vulnerabilidad somática*. Publicación 1999 Ed: Lugar. BsAs

Killingmo, B. (2005) "Una defensa de la afirmación en relación con los estados de afectos no mentalizados". En *Psicosomática: aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*, Maladevsky y otro. Lugar editorial, BsAs

Klein, M. (1987) *El psicoanálisis de niños*. (Trabajo original publicado 1932) Ed: Paidós. BsAs

Laplanche, J, Pontails, J.B (2004) *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós BsAs.

Marucco, N. (1978) *Narcisismo, escisión del yo y Edipo*. En *Una introducción a manera de epílogo* Revista de Psicoanálisis 35:221–38. BsAs

Marty, P. (1992) *La psicosomática del adulto*. (orig. 1990). Ed: Amorrortu. BsAs

Marty, P. (1998) *Psicosomática y Psicoanálisis*, en de Calatroni, M. (Comp.), *Pierre Marty y la psicosomática* (p. 151-161) Ed: Amorrortu. BsAs.

McDougall, Joyce:(1982). *Alegato por cierta anormalidad*. Editorial Petrel. Barcelona. España

Mondolfo, R. (1942) *El Pensamiento Antiguo. Historia de la filosofía GRECO-ROMANA, Desde los Orígenes hasta Platón, Tomo I, 7ma Edición*. Ed: Losada. BsAs

Muñoz, H. (2009) *Somatización: consideraciones diagnósticas*. Ed: Servicio de Psiquiatría, Hospital Militar Central, Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a09.pdf>

Oblitas, L. Martínez, A. Ramos, V. Rodríguez, J. (2009) *Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física*. Ed: Suma Psicológica, Vol. 16 No 2: 85-112, Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>

Otero, J. y Rodado, J. (2004) *El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. Aperturas psicoanalíticas revista internacional de psicoanálisis. N° 16.* Madrid. Disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282&a=El-enfoque-psicoanalitico-de-la-patologia-psicosomatica>.

Russo, A. (2009). *La escisión “alma cuerpo” en perspectiva histórica.* En Equipo docente de Introducción a las teorías psicológicas corrientes teórico-técnicas. *Perspectivas Psicológicas en Salud.* (p 39-55.) Montevideo: Psicolibros-Waslala

Spagnuolo (2009) *Medicina Psicosomática, Tratado de Psiquiatría* Publicado por Asociación Argentina de Psiquiatras. Ed: Grupo Guía S.A. BsAs. Disponible en http://www.enigmapsi.com.ar/medpsicosom.html#_ftn9

Weisman, A.D. (1976) *Early diagnosis of vulnerability in cancer patients.* En *The American Journal of the Medical Sciences* 271(2):187-96 · March 1976. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/21888590_Early_diagnosis_of_vulnerability_in_cancer_patients

Winnicott, D. W. (1993). *El trastorno psiquiátrico en los términos de los procesos infantiles de maduración.* En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional.* Ed: Paidós. BsAs

Yasky, J. (2008) *Investigación teórica: Una teoría de las afecciones psicosomáticas a partir de la obra Freudiana.* Plan Programa de Doctorado. Ed: Universidad Nacional de San Luis. San Luis. Argentina

Zonis de Zukerfeld, R. (2016) *Psicosomática Hoy: Tercera Tópica y Vulnerabilidad.* En *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia.* Ed: AIDEM. Recuperado de: www.asociacion-mentalizacion.com

Zukerfeld, R. (2002) *Procesos Terciarios.* Premio FEPAL 2002, 24º Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Montevideo

Zukerfeld, R, Zonis Zukerfeld, R. (1992) *Acto bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica.* Ed. Ricardo Vergara. BsAs.

Zukerfeld, R, Zonis Zukerfeld, R. (1999) *Psicoanálisis, Tercera tópica y Vulnerabilidad somática,* Ed: Lugar. BsAs.

Zukerfeld, R, Zonis Zukerfeld, R. (2005) *Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*, Ed. Lugar. Bs As.