



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Memoria de Título

Psicoanálisis y Psicopatología:

Las alteraciones en el mundo representacional de los pacientes psicopatológicos

Una revisión de la concepción de Pierre Marty.

Memorista:

Daniel Saavedra Cerro

Profesor Patrocinante:

Hugo Rojas Olea

Profesional Colaborador:

Jaime Yasky Pérez

Fecha: 29/09/09

Índice

Resumen	3
INTRODUCCIÓN: Psicósomática y Psicoanálisis	4
Marco teórico	11
Antecedentes: Las Neurosis Actuales y la Histeria de Conversión en Freud	11
El mundo representacional y otras nociones en las Neurosis Actuales	15
PIERRE MARTY: la idea de Mentalización y el mundo representacional	17
Cantidad y calidad de las representaciones	19
El mundo fantasmático y onírico	24
Mentalizaciones y somatización	26
Pensamiento Operatorio	28
Aparición de enfermedades y manifestaciones somáticas	29
Discusión	33
<i>Posibilidades terapéuticas</i>	34
Bibliografía	38

Resumen

Históricamente el psicoanálisis ha sido una disciplina prolífica en el estudio de las patologías psicosomáticas. Entre otros logros, ha conseguido constatar la existencia de una alteración en el mundo representacional de pacientes que presentan patologías psicosomáticas, en comparación a pacientes que presentan otro tipo de problemáticas. Marty, considerado como uno de los pioneros en psicosomática, a través de la teorización, la investigación y la clínica logró establecer la presencia de fenómenos tales como el Pensamiento Operatorio y la Depresión Esencial, dio cuenta de las particularidades del mundo representacional de los pacientes psicosomáticos y propuso una relación entre el curso de esas alteraciones y la gravedad o cronicidad de diferentes cuadros orgánicos. Finalmente, las conceptualizaciones de Marty permitieron orientar la forma de trabajo terapéutico con estos pacientes, la que difiere del trabajo analítico clásico.

Palabras Clave: Psicoanálisis – Psicosomática - Mundo Representacional – Pensamiento Operatorio.

INTRODUCCIÓN: Psicósomática y Psicoanálisis

El término “psicósomática” fue introducido en la medicina por el psiquiatra Heinroth por primera vez en 1818, como un modo de hacer referencia a los influjos que tendrían las pasiones sexuales sobre la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer (Remor 2006, Otero y Rodado 2004). Luego en el año 1828 creó el término *somatopsíquico*, para identificar a las enfermedades que dejaban en evidencia la influencia del psiquismo en el cuerpo.

Algunos autores tales como Remor (2006), Otero y Rodado (2004) y Spagnuolo (s.f.) consideran a Groddeck como uno de los fundadores de la psicósomática moderna, sin embargo no existe un claro consenso respecto a la introducción del término, que con el correr del tiempo se ha asociado a la corriente psicoanalítica. En la actualidad, esta corriente está incluida en el cambio en la concepción de la enfermedad, que ahora contempla tanto los aspectos médicos, como también los de la esfera psicosocial del individuo (Yasky, 2008)

Entre los años 1930 y 1950 la medicina psicósomática experimentó un alza en su desarrollo, sin embargo previo a eso fue Freud y la creación de la teoría psicoanalítica quienes consideraron la importancia de los movimientos en la biografía del paciente y su incidencia en las enfermedades del paciente. La mayoría de quienes comenzaron a estudiar el problema de lo psicósomático fueron psicoanalistas, interesados en estudiar algunas enfermedades orgánicas, como el asma, alergias, jaquecas, disturbios digestivos, eczema, psoriasis, por mencionar algunas, y la relación de estas enfermedades con conflictos específicos, estructuras de personalidad y las enfermedades antes mencionadas (Remor, 2006).

Dentro del desarrollo de la psicósomática destacan:

- La Escuela Norteamericana, también conocida como escuela de Chicago, se caracterizó por la búsqueda de los "perfiles psicológicos" correspondientes a las enfermedades que su grupo de investigadores considera como psicósomáticas: asma bronquial, úlcera péptica, rectocolitis ulcerohemorrágica, neurodermatosis, hipertensión arterial, artritis reumatoidea, tirotoxicosis. Dentro de esta escuela destacan Dunbar, Alexander, Deutsch,

French, Weiss y English. Siendo Alexander quien fue considerado como el primer teórico de orientación psicoanalítica que trató los procesos fisiológicos en forma algo más diferenciada que las usuales metáforas o analogías. En su trabajo intentaron establecer una reconstitución de algunos patrones de comportamiento y de reacciones al stress que se han presentado en la vida del enfermo (Spagnuolo, s.f.).

- La escuela Psicósomática de París, encabezada fundamentalmente por Pierre Marty, también contó con los trabajos de Michel de M'Uzan, Christian David, Michel Fain, Joyce McDougall, entre otros. Esta escuela surgió como un intento de responder a la dificultad diagnóstica y terapéutica que les presentaban cierto grupo de pacientes, que no lograron encuadrar ni en el marco de la conversión histérica ni de las neurosis actuales. Estos pacientes presentaban malestares y enfermedades como cefaleas, raquialgias, alergias y asma. Así lograron generar un perfil de un tipo particular de enfermos, "*el psicósomático*", caracterizado por una "insuficiencia en la mentalización" que le impide la expresión psíquica de sus conflictos (Spagnuolo, s.f.).

- Escuelas Argentinas: el trabajo psicoanalítico argentino se ha destacado no sólo en Latinoamérica, si no también en el resto del mundo. El caso de la psicósomática no es una excepción y desde la década del 60 hasta la actualidad los trabajos de Chiozza ha sido uno de los más destacados, puesto que se han caracterizado por la investigación ininterrumpida. La publicación de sus investigaciones han ido desde cuadros de trastornos respiratorios, óseos, cardiovasculares, renales, accidentes cerebrovasculares, leucemia linfoblástica aguda, psoriasis, herpes ocular, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad, cefaleas, cáncer, entre otros, llegando a desarrollar un procedimiento clínico-psicoterapéutico para el tratamiento de los trastornos somáticos (Spagnuolo, s.f.). Otro autor argentino que ha realizado importantes contribuciones al estudio de la psicósomática es David Maldavsky, quien ha estudiado diversos fenómenos que intentan conceptualizar explicaciones que permitan entender la relación entre determinadas características psíquicas y el desarrollo de afecciones somáticas (Yasky, 2008).

Si bien es cierto los primeros interesados en estudiar el problema psicósomático fueron psicoanalistas y éste ha sido uno de los modelos explicativos más fructíferos en cuanto a sentar teorías, conceptualizaciones y explicaciones, Freud no trató el tema de forma

directa ni sistemática. Aparte del tema de las neurosis actuales, que abarcan un espacio poco significativo de su obra, el resto de lo que escribió al respecto es sólo fragmentario. Tal vez este punto es el que haya propiciado que diversos autores hayan partido de diferentes puntos de la obra freudiana para conceptualizar las problemáticas relacionadas con pacientes que presentan algún tipo de sintomatología de tipo somática (Remor, 2006).

Es en estos primeros momentos donde se infiere que el problema de lo psicossomático lleva implícito otro fundamental, que corresponde a la transformación de lo afectivo en lo somático (Smadja, 1998). Entonces la enfermedad no daría cuenta en forma directa de un conflicto psíquico, expresando una alteración en la capacidad de representación en los pacientes llamados con sintomatología de tipo psicossomáticos.

En el estudio de pacientes con sintomatología psicossomática se encontró que estos presentan fenómenos asociativos diferentes a los que se encontraban en pacientes neuróticos, la diferencia se basa en una pobreza de las capacidades de simbolización o una carencia en la capacidad de elaboración psíquica (Remor, 2006; Otero y Rodado, 2004).

Según Yasky (2008), esta carencia o alteración en el mundo representacional de los pacientes ha sido conceptualizada de diversas formas, como:

- Alexitimia, concepto de Sifneos y Nemiah (1973), que se relaciona con una dificultad para identificar los estados emocionales que experimentan, por lo tanto al sujeto se le hace imposible otorgarle una expresión verbal a sus propios sentimientos y afectos. Esta conceptualización supone una alteración en la capacidad de articulación, reconocimiento y representación de las emociones. No existe una representación consciente que permita al paciente reconocer sus estados afectivos, pese a que es capaz de reconocer los estados fisiológicos ligados a las diferentes emociones, no logra atribuirles la implicancia o la relación que existe entre dichos estados fisiológicos y la significación subjetiva que implica la emoción.
- La represión de la capacidad imaginaria que plantea Sami-Ali (1996), se relacionaría con la represión de la función que permite simbolizar que sería relativamente constante,

versus lo que plantean otros autores como Maldavsky (1992), que plantean que esa capacidad está intacta y que las alteraciones surgen en ciertos momentos del proceso psicopatológico, dando origen a su deterioro temporal.

- Desafectación de McDougall (1989), que se caracteriza por retirar el afecto de la situación de la que está viviendo. Las manifestaciones de afectos se ven aplanadas o disminuidas en la vida del sujeto.
- Sobreadaptación (Liberman, 1993) que corresponde a un conjunto de rasgos de personalidad que presentan cierta tendencia por seguir el orden material y social, en desmedro del orden subjetivo, por lo que las exigencias del superyo inhibirían las exigencias pulsionales.
- El Pensamiento Operatorio: concepto generado por Marty en 1962 que hace referencia a una forma de pensamiento apegada a la lógica, a la causalidad, con una notable ausencia de imaginación y de capacidad de simbolizar, entre otros aspectos (en Yasky, 2008)

Como antecedente, este problema de ausencia de representaciones fue descrito por Freud en otro contexto, en relación a las neurosis actuales, en las que no hallaba representaciones asociadas a los síntomas, no podía reconducir el origen de los síntomas a recuerdos por lo que concluyó que se trataba de neurosis no psíquicas, en las que no participaban mecanismos psíquicos en la producción de los síntomas si no malas prácticas sexuales. Según la concepción de psiquismo que manejaba a la fecha, entendía que la excitación sexual era descargada de forma directa, sin la intermediación de representaciones concientes que permitieran tramitar psíquicamente tal excitación sexual. La teoría freudiana plantea que debido a que esta excitación sexual era descargada excesivamente o no encontraba descarga en el mundo físico ni era tramitada psíquicamente, surgían diversas manifestaciones (angustia, neurastenia, hipocondría), muchas en la forma de síntomas somáticos (Freud, 1895a).

Freud entendía que ocurría un problema económico, consistente en una sobrestasis sexual, pues particularmente en la neurosis de angustia, al frustrarse la descarga de excitación sexual, ésta se acumulaba hasta desbordarse a través de las manifestaciones somáticas de la angustia. Ahora bien, la sobrestasis libidinal no sería privativa de un tipo de neurosis en particular, si no que es posible que cualquier persona, independiente de su particular neurosis, presente en algún momento una crisis somática, pudiendo convivir

ésta con otras patologías psíquicas. Así, es común que dolores, tensiones musculares y disfunciones gástricas, entre otras, surja, por ejemplo, en el transcurso de un análisis convencional (Yasky, 2008).

Uno de los primeros en atender a las peculiaridades del mundo representacional en pacientes con afecciones psicósomáticas fue Marty junto a M`Uzan (op cit), destacándose el primero, entre otras cosas, por la cantidad y calidad de sus publicaciones y estudios, que comenzaron a ver la luz a comienzos de los años 60, hasta la década del 90. Cabe resaltar la experiencia clínica que permitió el desarrollo de su teoría, la fundación del *Institut de Psychosomatique* de Paris en 1978, que atiende enfermos somáticos exclusivamente con psicoterapia, y el desarrollo de una clasificación de los pacientes con sintomatología de este tipo (Marty-IPSO).

La teoría desarrollada por el médico psiquiatra y psicoanalista Pierre Marty concibe la sintomatología somática como determinada por una causalidad ni fisiológica ni psicológica, si no por una combinación entre ambas. Su modelo causal se refiere a fenómenos que incluyen ambas dimensiones, según la evolución del individuo. (Smadja, 1998b).

Marty separa radicalmente los fenómenos conversivos de los somáticos, entendiendo la última patología con un trasfondo estructural totalmente diferente. Por lo mismo, la metodología de investigación que permite generar un cuerpo teórico para pensar el problema de lo psicósomático, según Pierre Marty proviene, por una parte, de la investigación basada en la observación clínica y por otro, de la teoría psicoanalítica, llegando a plantear como metáfora que se debe seguir la corriente freudiana teniendo el timón, porque la psicósomática es como un río, que tiene por una de sus orillas al psicoanálisis y por la otra orilla a la medicina, sirviéndose de la investigación clínica, la teoría y práctica psicoanalítica para generar un acervo teórico que permita abordar el problema (Marty, 1998d)

Dada la importancia de Marty para el estudio de la psicósomática, la presente investigación se centrará en una revisión bibliográfica que permita realizar una revisión bibliográfica del desarrollo teórico realizado por Marty, en particular en lo referente al

mundo representacional en pacientes con patología psicósomática. Posteriormente se ensayará un análisis crítico de sus conceptos utilizando los planteamientos freudianos como marco de referencia. Las preguntas que han de guiar la presente investigación son *¿Cómo concibe Pierre Marty, desde lo que se desprende de sus escritos, la peculiaridad del mundo representacional de los enfermos psicósomáticos? y ¿qué lectura se puede hacer de tal concepción desde los planteamientos freudianos?*

El objetivo general será realizar una revisión de la descripción y de los conceptos que Marty ha formulado respecto a las alteraciones en el mundo representacional de pacientes con patología psicósomática. Y como objetivo específico se pretende realizar un análisis crítico de lo propuesto por Marty. Lo anterior también implica pensar el rol del psicoanálisis en el tratamiento de estos casos, pensando en las posibilidades clínicas o de tratamiento que podrían sustentarse.

La relevancia práctica de la presente investigación se relaciona con la importancia de ahondar en la comprensión de ciertos trastornos mentales, particularmente de lo que desde la nomenclatura psiquiátrica (DSM-IV) se llaman trastornos somatoformes, que junto a otros trastornos en Salud Mental han experimentado un importante aumento, como se desprende de las investigaciones de Florenzano et al. y Fullerton et al. (en Yasky, 2008). Lo anterior se condice con las acciones emprendidas del Ministerio de Salud, tales como la formulación y puesta en marcha de un Plan Nacional de Salud Mental los años 1993 y el 2000 (Micotelli y Zaccaria, 2005, en Yasky, 2008), el aumento de las patologías mentales contempladas por el AUGE (Yasky, 2008), y el aumento de un 82% del número de licencias médicas producto de problemas relacionados con salud mental entre los años 2005 y 2007 (Superintendencia de Seguridad Social, 2008 en Yasky, 2008).

Los trastornos denominados como “psicósomáticos” o somatoformes ocupan casi el 25% de las consultas de los servicios de salud primaria a nivel nacional, ocupando un rol de suma importancia en el acontecer de la salud mental, (OMS 2005 en Yasky 2008) por lo que se hace cada vez más urgentes generar dispositivos efectivos de intervención para el trabajo clínico, que claramente debe fundamentarse en una teoría que sea capaz de explicar el problema y por tanto guiar la acción terapéutica, lo que debiera surgir del

trabajo investigativo que el psicoanálisis permite, no sólo en lo referente al problema de la capacidad representacional de estos pacientes si no también respecto a otros temas tales como el tipo particular de configuración de mecanismos defensivos, la importancia del tipo de fijaciones libidinales, el problema de la elección de síntoma o la especificidad de las manifestaciones somáticas, el rol de la pulsión de muerte en este tipo de trastornos, etc.

Marco teórico

Antecedentes: Las Neurosis Actuales y la Histeria de Conversión en Freud

La neurosis de angustia, como entidad clínica, se enmarca dentro de lo que Freud denominó Neurosis Actuales, distinguiéndose de las psiconeurosis en que las primeras son resistentes a la interpretación, debido a que en esta neurosis no actúa un mecanismo psíquico en la determinación del síntoma, sino que éste se debe a “malas prácticas sexuales” propias de la vida actual del individuo. Dentro de ellas Freud incluyó la Neurosis de Angustia, la Neurastenia y, posteriormente, la Hipocondría (Freud, 1895a y 1895b).

En general, la etiología de las neurosis de angustia se encuentra en una acumulación de excitación sexual que no es descargada por vía psíquica, una tensión física que no puede pasar a lo psíquico, y que por lo tanto, permanece en un plano somático, impidiendo a la excitación sexual somática un empleo normal. El nombre que Freud (1895a) le dió se debe a que es posible relacionar toda una serie de síntomas colaterales en torno a la angustia, otorgándole a ésta un rol principal. Dentro de estos síntomas figuran:

- Irritabilidad general, a la que Freud le da una significación teórica, atribuida a la incapacidad de tolerar altos montos de excitación, acompañada de una hipersensibilidad auditiva, que a su vez, se relacionaría con insomnio, también como síntoma.
- Expectativa angustiada: que puede iniciarse como un estado normal de angustia, percibida y descrita por el paciente como malestar, presentando creencias teñidas por un ánimo pesimista, donde se imaginan situaciones trágicas en las que el sujeto o sus seres queridos sufren algún tipo de daño, generalmente relacionada con miedo a la muerte o la locura, como un monto de *angustia flotante*, que rige la vida anímica del sujeto. Esto sería reconocida por los pacientes como una suerte de obsesión, a lo que equivaldría actualmente al trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV), y, si se encontrara relacionada con preocupaciones de tipo médico, se relacionaría con la hipocondría. Puede también ir acompañada de parestesia (idéntica al aura histérica) o asociada a la perturbación de una o varias funciones físicas.

- Fobias: que pueden tener como objeto amenazas reales tales como serpientes, tormentas, oscuridad, insectos, etc. La angustia intensifica repugnancias instintivas que suelen ser comunes a todas las personas, pero presenta además una escrupulosidad exagerada. El otro gran grupo de fobias son las fobias a la locomoción (agorafobia y derivados) que suelen tener una relación directa con los ataques de vértigo asociados a las Neurosis de Angustia. Este tipo de fobias se diferencia de las presentes en las neurosis obsesivas en que el afecto es de un solo tono y es siempre el de la angustia; y en que la fobia no proviene de una representación reprimida, y al someterle a análisis *“se revela no susceptible a ulterior reducción, así como no es atacable mediante psicoterapia”* (Freud, 1985a, p.97), es decir se mantiene la característica de la *resistencia a la interpretación* y, desde los planteamientos freudianos se puede entrever la carencia o inexistencia de representaciones ligadas al síntoma.

Los síntomas previamente mencionados pueden ser acompañados o derechamente reemplazados por síntomas somáticos. Dentro de ellos se encuentran alteraciones en el ritmo cardíaco, respiración, sudoración y otros problemas glandulares, por mencionar algunos ejemplos. Además se suman temblores y agitaciones motrices, alteraciones digestivas, sensaciones de náuseas y malestar, bulimia, tendencia a la diarrea; sensación de vértigo, desde un simple mareo hasta la impresión de que el suelo oscila, temblor en las piernas y la creencia de que no se puede continuar de pie, pese a ello el paciente no se cae, acompañado, también, de angustia. Éstos síntomas pueden presentarse solos o agrupados en torno a los ataques de angustia, homologables a lo que actualmente se conoce como crisis de pánico, por lo mismo en ocasiones estos síntomas se ven acompañados de la idea o temor a morir en el ataque. En base a esta descripción sintomática es más que factible pensar a las afecciones psicósomáticas como equivalente actual de las Neurosis de Angustia (Freud, 1895a).

La utilidad de las Neurosis Actuales como un modelo que permita una mejor comprensión de las afecciones somáticas se relaciona, entre otras cosas, con las manifestaciones sintomáticas. Tanto en las Neurosis Actuales como en las afecciones psicósomáticas se aprecia una aparente desviación respecto de lo psíquico: no hay manifestación de un síntoma psíquico, si no que ocurre la manifestación de un síntoma somático, debido a una

imposibilidad de tramitar un exceso de excitación en el aparato psíquico. Para Freud esta imposibilidad se relaciona con el exceso de excitación sexual somática, que genera movimientos económicos importantes, a nivel de excitación endógena y a nivel de líbido.

Además, Freud destacaba la ausencia de representaciones conscientes que permitieran la tramitación asociativa de las manifestaciones de la angustia - la expectativa angustiada, la irritabilidad general, por ejemplo- y relacionaba estas ausencias representativas con la aparición del cuadro. Finalmente, tanto en las Neurosis Actuales como en las afecciones psicósomáticas la problemática que genera la sintomatología se sitúa en la vida actual, no en los conflictos infantiles, como es el caso que se observan en los neuróticos -lo que explicaría la ineficacia de la interpretación- y, también en los dos casos, el exceso de excitación del aparato psíquico se liberaría a través del cuerpo.

Dentro de los aspectos sintomáticos del cuadro es necesario hacer la diferenciación con la *Histeria de Conversión*, en donde la excitación psíquica pasa a expresarse físicamente, mientras que en las Neurosis Actuales es una excitación física, que no puede pasar a la vía psíquica, lo que hace que se mantenga en el plano de lo físico o de lo somático, si se prefiere. Además, en la Histeria, a diferencia de las Neurosis Actuales, se hace evidente en el análisis la relación entre la formación sintomática y conflictos infantiles reprimidos.

Respecto a la etiología de las neurosis de angustia Freud (1985a) discierne entre los factores que podrían ser hereditarios y aquellos que serían más de tipo *adquirido*. El punto de partida se situaría en alteraciones en la vida sexual, donde el paciente intenta alejar de la conciencia, en forma voluntaria o involuntaria, representaciones ligadas a este ámbito, ya sea por prohibiciones moralistas, abstinencia voluntaria o involuntaria, disminución de la líbido o por disfunciones sexuales, tanto del paciente como de su pareja (disfunciones eréctiles, eyaculación precoz, *coitus interruptus*). Para la aparición de esta neurosis, debería entonces existir: alguna condición, sin la cual es imposible su aparición, pero cuya sola presencia no es suficiente; una causa específica, que siempre está presente en la aparición del cuadro, siempre y cuando se hayan cumplido las condiciones; una causa concurrente, que no se presenta en todos los casos, pero que coopera en su aparición; y un ocasionamiento o causa desencadenante, que precede inmediatamente al efecto, es decir, al cuadro neurótico.

La Neurosis de angustia surgiría de la combinación de las causas y eventos estresores mencionados previamente, la posterior desviación de la psique, o mejor dicho de la conciencia, de la excitación sexual somática, lo que implica que esta energía se gasta subcorticalmente, vale decir, la excitación somática se acumula y pasa por otros caminos, que no son el de la psique, pero que permiten una descarga (Freud, 1985a).

El texto de Freud relativo a las neurosis de angustia debe ser leído considerando que la teoría psicoanalítica recién comienza a tomar forma. Por ejemplo, la problematización que Freud hace respecto a lo psíquico, lo consciente y lo subcortical da cuenta del nivel de desarrollo de la teoría. La primera concepción tópica del aparato psíquico, comenzó a desarrollarla en 1900 en la Interpretación de los Sueños, mientras que la segunda tópica la comienza a desarrollar alrededor de 1920, llegando a publicar El Yo y el Ello en 1923, donde por primera vez conceptualiza al yo (Laplanche, 1970). Por ello muchas de las ideas y descripciones que conforman su teorización respecto al tema deben ser entendidos y contextualizados a la luz de estos posteriores desarrollos teóricos.

Aparte de la neurosis de angustia, Freud describió a la Neurastenia como parte de las neurosis actuales. Fue descrita en un comienzo como una “enfermedad de los nervios”, caracterizada por fatiga física, cefaleas, perturbaciones digestivas entre otros trastornos de tipo somático, también ligados al empobrecimiento o a malas prácticas en la vida sexual. Al igual que en las Neurosis de Angustia, el funcionamiento o la vida sexual del sujeto no es capaz de tramitar la excitación sexual somática, desviándola de lo psíquico y otorgándole un empleo anormal, limitándola al plano de la fantasía y donde el coito es sustituido por masturbación o poluciones espontáneas (Freud, 1895a, 1915, 1925 y 1926).

Finalmente en la Hipocondría, otra neurosis actual, se observan sensaciones corporales displacenteras, percibidas como dolores, acompañada de la preocupación o el temor a enfermar. En este cuadro se dan movimientos libidinales al interior del sujeto, puesto que el sujeto retira interés y líbido del mundo exterior para volcar el interés hacia el propio cuerpo, invistiendo el órgano en el que sitúa el malestar, sin que éste sufra de algún tipo de alteración orgánica comprobable. Freud (1914) llega a plantar la *erogeneidad* de los órganos, es decir, que puedan comportarse de forma similar a los genitales o a otras zonas erógenas, por lo que algunos órganos podrían sufrir cambios en su erogeneidad,

junto a cambios en las investiduras libidinales al interior del yo, lo que además permitiría situar la base de la hipocondría (Freud, 1925 y 1926).

El mundo representacional y otras nociones en las Neurosis Actuales

En un principio, Freud concebía la angustia neurótica como líbido transmutada. Además señaló que podía deberse a peligros externos o a amenazas pulsionales (1914). La angustia, que es el afecto en torno al cuál es posible agrupar el resto de los síntomas presentes, es descrita como vaga, como una sensación de malestar poco específica, de lo que se puede desprender que no se encuentra ligada a ninguna representación consciente. Respecto a la *expectativa angustiada* Freud plantea que: “*aquí está presente un quantum de angustia libremente flotante, que, en vista de la expectativa gobierna la selección de las representaciones y está siempre pronto a conectarse con cualquier contenido de representación que le convenga*” (Freud, 1895, p.94), posteriormente afirma que los *ataques de angustia*, pueden irrumpir en la conciencia sin ser evocado por representación alguna asociada, al igual que los terrores nocturnos que aparecen como síntomas y que pueden presentarse con o sin algún sueño asociado (Freud, 1895).

Entonces en relación a la angustia parece ser que existen montos de excitación en el aparato psíquico que son susceptibles de ligarse a cualquier contenido representacional que le permita mantenerla, y en el caso de las fobias en las neurosis de angustia aparecerían porque la representación fóbica se vuelve como tal debido a la relación de ésta con un afecto disponible, en este caso, la angustia, que no se encontraría ligada a representación alguna. Si bien es cierto que tanto en las fobias presentes en las neurosis de angustia como en fobias obsesivas o presentes en psiconeuróticos se da la *traslación del afecto*, hay otras diferencias, como que: en las neurosis de angustia el afecto es de un solo tono –el de la angustia-; y que este afecto no proviene de una representación reprimida, por lo que no sería interpretable (Freud, 1895).

La angustia presente no admite ninguna *derivación psíquica*, lo que podría ser debido a una acumulación de excitación sexual, que se relaciona directamente con la etiología del cuadro, vale decir: la abstinencia sexual, voluntaria o no, las “malas prácticas sexuales”,

con satisfacción insuficiente, el desvío de lo psíquico del interés respecto a la sexualidad, entre otros. Son esas causas las que generarían la angustia, como una respuesta que corresponde a una tensión sexual somática desviada y no tramitada, que de lo contrario habría cobrado vigencia como líbido. Para Freud (1895a), desde este punto de vista, la no tramitación de la tensión sexual puede deberse entonces a que el sujeto sufre de algún empobrecimiento de su mundo representacional que no le permita dicha tramitación, o que aleje de la conciencia las representaciones que si se lo permitían.

En el caso de la hipocondría, Freud afirma que el órgano que presenta la sensación dolorosa o de malestar, por la cualidad que presenta como erogeneidad del órgano, que ocurre en forma paralela a las alteraciones del proceso de investidura al interior del yo, haciendo hincapié en que ahí se debería buscar la base de la hipocondría. El sujeto retira interés y líbido del mundo exterior invistiendo un órgano, que sería la causa de las molestias o malestares, o lo que sería el equivalente de que, en lugar de expresar un conflicto psíquico, genere un malestar somático (Freud, 1914).

En este punto el problema económico asociado a las Neurosis Actuales se hace patente, puesto que los síntomas propios de las Neurosis Actuales surgirían como una forma de descarga, debido a una serie de movimientos excitatorios al interior del aparato psíquico y como fruto de una combinación de diferentes factores – condiciones, causas específicas, causas concurrentes, etc-. A partir de lo que se puede deducir la importancia de de las situaciones o factores actuales, que desempeñan un rol fundamental en estos cuadros, por lo que ante algunas vicisitudes actuales en el paciente podría ocasionar el surgimiento de Neurosis Actuales, en combinación con otros cuadros, como otros tipos de neurosis o que pueden surgir durante el análisis, por ejemplo.

PIERRE MARTY: la idea de Mentalización y el mundo representacional

Según plantea Marty (1998f), es posible metabolizar y reducir las excitaciones que resultan de acontecimientos o situaciones propios de la vida mediante comportamientos motrices, los que no necesariamente pasan por un trabajo psíquico, o por un trabajo de elaboración mental. Cuando plantea la idea de mentalización, alude directamente a las representaciones, al nivel de calidad, cantidad, disponibilidad, dinamismo y organización de las mismas. El cómo opera dicha mentalización dificultaría o facilitaría, en diferentes medidas, el trabajo psíquico a nivel representacional. Por ejemplo, durante el día proporcionan fantasías, mientras que de noche otorgan los elementos propios del sueño, de este modo, facilitan el pensar, la introspección, las asociaciones de ideas, etc.

Marty plantea que, en general, la locura se piensa como un problema netamente mental, pero existen algunos pacientes con rasgos psicóticos que presentan períodos de oscilación o cambio, que fluctúa entre una sintomatología “psicótica” y otros períodos más bien “somáticos”, donde no aparecen rasgos de tipo psicótico. Este autor señala que esto se debe a cambios económicos, a diferentes niveles de expresión de los trastornos internos, aunque provengan de las mismas excitaciones. En este punto plantea un *fracaso del psiquismo*, de diferentes grados de reversibilidad, profundidad y parcialidad. Lo anterior no siempre implica una escisión entre psique y soma, o la implica en diferentes grados. Dicho de otro modo, los procesos de somatización se presentan de diferente forma, aunque provengan de fallas o fracasos del psiquismo, ya que pueden estar determinados por factores hereditarios o marcas en la primera infancia, que aparecerían como fijaciones muy precoces. Dentro de estos casos Marty (1998f) ubica algunas alergias, trastornos alimentarios o digestivos.

Las representaciones, que permiten el trabajo mental, consisten “*en la evocación de las primeras percepciones que se han inscrito y que dejan huellas mnémicas*” (Marty 1998f p.112), acompañadas por tonalidades afectivas, ya sean placenteras o displacenteras. De este modo se diferencian las representaciones cosa, que evocan interiormente realidades vividas en la línea de lo sensorio o perceptivo, por lo mismo dan lugar a asociaciones más bien de tipo sensoriales y perceptivas, como también a asociaciones de comportamiento

de diversos tipos y que no implican una gran organización mental. Freud las ubica en el sistema inconsciente, mientras que Marty las ubica en el preconscious. Pueden estar ligadas a afectos, pero por el hecho de no parecer movilizables por el aparato psíquico, no se presentan en las asociaciones de ideas, o al menos no por sí solas. Por otra parte, las representaciones palabra surgen de las comunicaciones interhumanas, con la madre en un primer momento. Se producen mediante la percepción del lenguaje en la interacción con otro, desde el lenguaje más simple hasta el más complicado. En un principio las representaciones palabra son de orden sensorial, como las representaciones cosa, pero se diferencian de éstas durante el desarrollo individual, por diferentes movimientos pulsionales o conflictos psíquicos. Este tipo de representaciones permiten la comunicación con los demás y la “comunicación interior”, vale decir, reflexiones interiores y procesos de asociación de ideas (Marty, 1992).

Las representaciones palabra adquieren ese estatuto al ser dotadas de un valor simbólico y de componentes afectivos, de igual modo el proceso puede darse a la inversa, de forma más o menos patológica, y es posible que una representación palabra, al perder su valor simbólico y sus componentes afectivos antes mencionados, se vuelva una representación cosa, lo que implica una reducción y empobrecimiento del discurso a nivel afectivo. Este empobrecimiento alcanza también, en cierta medida, la capacidad asociativa y los procesos de reflexión internos (Marty, 1992). Por ejemplo: *“una “muñeca”, que el bebé siente ante todo como algo visible y palpable, va tomando progresivamente el valor afectivo de “niño”; más tarde, en el adolescente y en el adulto, toma el sentido metafórico de una “Mujer sexuada”. El conjunto es inscripto en el preconscious”* (Marty, 1998, p. 113). En ciertos casos patológicos las representaciones son desprovistas de los valores, afectivos simbólicos y metafóricos, entonces, en el caso del ejemplo anterior, la palabra “muñeca”, sólo sería capaz de evocar para el sujeto involucrado un juguete infantil. Por lo que el discurso aparece como una repetición de ciertos hechos, como percepciones vividas en la realidad.

El empobrecimiento del discurso, por la pérdida de valores simbólicos y afectivos puede encontrar su explicación en la existencia de ciertas anomalías en la formación del preconscious, donde según Marty, se inscriben las asociaciones, y otras que pudieran

surgir durante el desarrollo del sujeto, el problema se remite, a la cantidad y calidad de las representaciones.

Cantidad y calidad de las representaciones

La problemática ligada a la *cantidad* y *calidad* de las representaciones, que es uno de los aspectos donde Marty (1998f) hace mayor hincapié, se relacionan con la insuficiencia e indisponibilidad de las mismas. Dentro de las insuficiencias a nivel de cantidad de representaciones se encuentran problemas sensorio-motrices relacionados con capacidades perceptivas - como serían dificultades visuales o auditivas, por ejemplo -, incluyéndose también algunos problemas en las capacidades perceptivas de la madre, lo que imposibilite o entorpezca la comunicación entre madre e hijo. Otro de los factores que afecta la cantidad de representaciones adquiridas se relaciona con una carencia o incompatibilidad en la relación afectiva entre la madre y su hijo, que sería propio de madres que atraviesan por cuadros depresivos, madres autoritarias, indiferentes, con enfermedades somáticas o con algún otro tipo de problema que impida satisfacer las necesidades del niño.

Durante el desarrollo las representaciones se van organizando progresivamente, desde niveles sensoriales, motores, afectivos y finalmente verbales, dando origen al preconscious. En este punto Marty (1998f, 1992) diferencia el plano cronológico del tópico. El plano cronológico lo utiliza para explicar la constitución del preconscious en base a la adquisición de representaciones mentales sucesivas dadas en el curso del desarrollo. Mientras que en el plano tópico la relación entre el preconscious con los otros dos sistemas, permitiría la comunicación entre ellos, bajo la concepción de que éstos funcionan como capas o estratos.

Existen casos de pacientes en que el problema no se relaciona con la cantidad de representaciones, si no con su *disponibilidad*, o en forma más precisa, se da una *indisponibilidad* de las representaciones palabra, con sus respectivos valores simbólicos y afectivos. Las características y diversas fallas en el funcionamiento mental de los sujetos,

de manera global o durante las enfermedades de tipo somática, son diferentes a las que se encuentran presente en el mundo representacional de los individuos neuróticos que han sido objeto de estudio del psicoanálisis.

La *indisponibilidad* de las representaciones ya adquiridas puede tener orígenes difíciles de diferenciar, pero por lo general se debe a tres causas:

La primera causa es que las representaciones, que resultan displacenteras -generalmente violentas o eróticas- se encuentran fuertemente cargadas, emergen en el preconsciente y en la conciencia, pero debido a su naturaleza y a los conflictos que estas presentan en la conciencia son censuradas, son *suprimidas* y posteriormente modificadas.

El proceso de supresión fue descrito por Catherine Parat (1998b) y consiste en un trabajo a nivel yoico, donde hay esfuerzos voluntarios por alejar el afecto de la conciencia, neutralizando el afecto y manteniendo la representación a nivel del preconsciente. Esta neutralización permite que la representación puede emerger en la conciencia, pero ahora desprovista del afecto al que se encontraba ligada y que resultaba displacentero, produciéndose una ruptura en la continuidad entre excitación y representación. Surgen entonces claras diferencias entre la represión y el proceso de supresión, ya que la represión en primer lugar no es un proceso conciente ni voluntario, en el que hay un intento del sujeto por enviar ciertas representaciones al inconsciente, siendo el afecto al que se encontraba ligada usualmente desplazado hacia otras representaciones.

Este mismo tema fue abordado por Freud en su estudio de la Neurosis de Angustia (1895a y 1895b), ligándolo a la supresión del deseo e impulso sexual, por lo que a partir de ahí es posible conjeturar que existe una ruptura en el nivel de articulación entre la excitación somática y la cadena de representaciones. Freud sitúa este problema sólo en el ámbito de la vida sexual y los pacientes hablaban de una disminución de la libido, lo que Freud teoriza como una disminución del placer psíquico, vale decir, una incapacidad de elaborar psíquicamente la excitación sexual somática. Esta situación de incapacidad de elaboración, en primera instancia la circunscribe a las Neurosis Actuales, para luego integrarla también a las parestesias, dolores reumáticos y a algunos trastornos digestivos (Parat, 1998b).

Posteriormente Parat (1998b) amplía el concepto de supresión incluyendo representaciones agresivas o displacenteras en general, planteando que su fin último sería cortar o eliminar las cadenas representativas, impidiendo que se ligue la excitación entre las representaciones. Esto debido a que las ligaduras son demasiado débiles, son escasas en número o presentan una baja tolerancia a los niveles de excitación, por lo que al pasar cierto umbral desencadena la angustia, directamente. Al quitar el afecto de la representación displacentera, se permite que la representación, al volver a aflorar en la consciencia, ya no sea percibida como amenazante o displacentera. Hay que destacar que la representación se mantiene en un plano preconscious antes de volver a la consciencia, según esta concepción no pasan por el nivel inconsciente. Lo que se suprime entonces es el pasaje al acto de lo que no es sublimable, pero que se constituye como parte consciente de la pulsión.

El afecto al que la representación se encontraba ligada, por otra parte, es transformado en otro afecto o es inhibido, lo que genera un aumento en el nivel de excitación, que sólo podría descargarse mediante ataques de angustia o por vía somática (Parat, 1998b), o como planteaba Freud (1926), el yo tiende a evitar la angustia, y para ello la liga en forma de síntomas, de no ocurrir así la energía psíquica se descargaría bajo la forma de angustia, o a través del cuerpo, mediante manifestaciones somáticas.

La segunda causa de la *indisponibilidad* de las representaciones es que representaciones que están en juego son en extremo displacenteras, por lo que no sólo se evita o suprime la representación en cuestión, si no también aquellas representaciones que se encuentran ligadas afectivamente a la que resulta en extremo displacentera.

La tercera y última es la ocurrencia de desorganizaciones mentales que pueden tener su origen en una sobre excitación del aparato psíquico, generando ciertas regresiones en su funcionamiento. Los excesos de excitación pueden desorganizar el aparato que recibe dichos excesos, por la concepción estratificada que Marty (1998f y 1998c) tiene del preconscious, donde se organizaría por capas, y esa desorganización afectaría la disponibilidad de las representaciones, sin especificar claramente el porqué, probablemente debido a la concepción de la organización del preconscious. Bajo esos

parámetros se considera que se puede pasar de un nivel de organización edípico del estadio genital, a generar una sintomatología de tipo oral u otro estadio pre genital.

Como consecuencia del empobrecimiento del mundo representacional del paciente, se habla de insuficiencias de organización del preconscious, lo que puede ocurrir debido a los procesos asociados, relacionados con la *insuficiencia* de las representaciones previamente mencionada, o, debido a alguna regresión o evolución desfavorable producto de una sobreexcitación del aparato psíquico. Como en estas evoluciones desfavorables, como las llama Marty, no se ha instalado ninguna sintomatología mental, debido a que los sistemas de vida anteriores al sujeto no han sido suficientemente marcados, se desencadena una desorganización del aparato psíquico, que puede intentar una defensa ante esta desorganización, aunque esto es difícil de reconocer, debido a que develan algo que no está, una carencia o falta. Se trata de lo no representado, de síntomas negativos en el paciente, como es la depresión esencial, *"en el sentido específico de una baja de presión, la que es llamada esencial a causa de su falta de síntomas positivos, (ausencia de síntomas mentales, en particular)"* (Marty, 1998f, p. 117). También ocurre la desaparición del valor funcional del preconscious, debido a que las representaciones palabras capaces de trabajar en las asociaciones de la cotidianidad del sujeto no se encuentran disponibles (Marty, 1998f).

El resultado de estos procesos de evitación, supresión y desorganización de las representaciones es que el aparato psíquico es incapaz de elaborar las excitaciones, que siguen produciéndose y acumulándose en el aparato psíquico. El tener una buena cantidad y calidad de representaciones disponibles, ligadas entre ellas y enriquecidas durante el desarrollo con asociaciones de ideas y valores afectivos y simbólicos, permite la elaboración de un conflicto psíquico, con síntomas positivos, el recrudescimiento de los síntomas mentales habituales, pudiendo llegar a encontrarse diversas manifestaciones psíquicas.

En el caso de que el sujeto no cuente con suficientes representaciones disponibles, en cantidad y/o calidad, se presenta la imposibilidad de generar un conflicto psíquico, este se expresa a través de comportamientos donde el aspecto comportamental adquiere una mayor importancia, en desmedro de lo psíquico. Estos comportamientos pueden

presentarse sin la mediación de representaciones palabra, como serían algunos casos de crisis histéricas, actividades eróticas o agresivas directas, por ejemplo. Otra forma para disminuir las excitaciones es mediante algún comportamiento que lo permita, como algún ejercicio físico, fumar o beber una copa, que permite disminuir temporalmente las excitaciones o derechamente sublimar las excitaciones sexuales o agresivas (Marty, 1998f).

Es a través de la asociación libre entre las representaciones que sería posible entonces que aspectos inconscientes devengan conscientes, por ello Marty (1998f, 1992) sitúa en el preconscious el punto central de la economía psicosomática. Esto lo lleva a referirse a la “*calidad*” del preconscious, según la capacidad de evocar representaciones, la fluidez posterior para ligarlas con otras representaciones de la misma o de otras épocas – lo que proporciona asociaciones más ricas – y la permanencia de las capacidades asociativas mencionadas previamente, puesto que pueden verse interrumpidas, de forma transitoria o con un nivel más grave de compromiso, debido a evitaciones y supresiones de las representaciones ya adquiridas o debido a desorganizaciones del preconscious.

Como las representaciones se encuentran ligadas a afectos, éstas pueden seguir un camino mental, ligándose con otras, por ejemplo, o suprimiéndose o reprimiéndose en caso que sean conflictivas para el aparato psíquico.

Las representaciones reprimidas son las que fundan las neurosis clásicas – obsesiva, o histérica, por ejemplo - donde el conflicto psíquico se expresa a través de otras manifestaciones de orden psíquico, tales como lapsus, actos fallidos, síntomas o sueños. Dicho de otro modo, las representaciones permiten el trabajo o elaboración mental, como podría ser en el caso de la elaboración de un duelo no patológico. En este punto Marty plantea la posibilidad de juzgar la capacidad de mentalización de los sujetos, refiriéndose a neuróticos mal mentalizados, como aquellos donde se vislumbran carencias en el mundo representacional, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo. En tales casos las representaciones parecen ausentes o en menor cantidad, lo que al parecer se debe a que las percepciones no reprodujeron representaciones.

Respecto a la calidad, las representaciones dan origen a pocas asociaciones, demostrando carencias o pobreza a nivel simbólico. Debido a esas limitaciones el individuo vuelca su vida en un actuar más que en un pensar, actuando o *comportándose* ante la vida en lugar de realizar un trabajo más mental o reflexivo, producto de su imposibilidad de tramitar las excitaciones. Desarrollan una “*Neurosis del Comportamiento*”, o en casos más auspiciosos, a neurosis mal mentalizadas, en las que los sujetos poseen un menor grado de empobrecimiento, tanto a nivel cuali como cuantitativo, ya sea por insuficiencias del desarrollo del preconscious o por algún tipo de desorganización, también del preconscious.

Diferente es el caso de los neuróticos bien mentalizados, que disponen de riqueza de su mundo representacional en los dos niveles, con una gran cantidad de representaciones ligadas entre ellas, vale decir, que se encuentran sujetas a asociaciones de ideas y enriquecidas con valores simbólicos y afectivos en el transcurso del desarrollo del individuo. Existe además, el caso de mentalización incierta, que puede fluctuar entre los dos tipos anteriores, y que pasan por períodos más o menos prolongados donde las representaciones adquiridas no se encuentran disponibles, ya sea por evitación o por supresión de las mismas (Marty 1998c).

El mundo fantasmático y onírico

En condiciones normales el sueño es considerado el guardián del dormir y en su contenido latente se encuentran presentes manifestaciones inconscientes (Freud, 1900). En el estudio de los sueños en pacientes somáticos pareciese ser que estos no sueñan – si es que eso pudiera ser posible - o por lo menos no toman consciencia de sus sueños. Dependiendo del funcionamiento psíquico del paciente, Marty (1998a) caracterizó cuatro tipos o formas de vida onírica, que poseen como elemento común la falta de asociaciones.

- En el primero los sueños se encuentran totalmente ausentes, o teóricamente ausentes, vale decir, existe la posibilidad de que el sujeto los haya reprimido, que no los recuerde por falta de interés o esfuerzo, o porque surge algún tipo de resistencia que le impide

dejarlos aparecer, lo que teóricamente puede traducirse en un aislamiento del inconsciente, o sea que las excitaciones pulsionales se abrirían paso por otras vías, que no tienen que ver ni con la representación ni la elaboración onírica.

- El segundo tipo es el que se llamó los sueños operatorios, que se caracterizan por su pobreza. Este tipo de sueños repiten algunos actos de la víspera, que se cumplieron o están por cumplirse, siempre en la línea de la vida o de las cosas cotidianas. Por lo mismo los sueños suelen ser realistas, banales, sin deformaciones, estas características hace que se relacionen, por ejemplo, con la vida profesional. Este tipo de sueños implica, al igual que la falta de sueños, que las excitaciones del inconsciente no son procesadas por la vía de las representaciones o que, posterior al trabajo onírico, existe una incapacidad para trabajar las pulsiones y excitaciones. En este tipo de sueños todo se remite a lo diurno, ya sea en función de un resto diurno o de un proyecto inmediato, por lo que al tratar de establecer algún tipo de asociación se liga con la realidad próxima.

- El tercero se constituye por los sueños repetitivos en cuanto a su forma, no en relación a su temática. Los sueños repetitivos en los neuróticos implican una fijación, variando su temática y su puesta en escena. Los sueños repetitivos para los pacientes somáticos parten del mismo principio que los sueños operatorios, dando cuenta de un estancamiento, de una fijación que vuelve a los sueños repetitivos del sistema onírico, lo que da cuenta de un fracaso en el operar de los sueños, lo que puede ser producto de una insuficiencia de excitación, donde el inconsciente no se manifiesta en un estado preconscious que presenta incapacidades básicas o temporales, o contrario a eso, debido a un exceso de excitación, lo que desorganiza al preconscious, generando una regresión. En este tipo de sueños domina la excitación corporal, como algo diferente de la excitación pulsional, puesto que al no figurar pensamientos latentes en asociación, tampoco sería posible someter al sueño a un trabajo de análisis que develara algún cumplimiento de deseo. Parece ser que el aparato psíquico quedara fijado al último relevo traumático, al último resto diurno permanentemente.

Finalmente los sueños *crudos*, reciben esta denominación porque aparecen figuras directas de las realizaciones de los fines pulsionales, ya sea dominio, potencia agresiva oral y anal, potencia genital, dando cuenta de una falla en los sistemas de censura

(Debrary, en Marty, 1998a, p. 88), “*la deformación es a veces, aquí, tan poco notoria que se podría pensar que el sueño brinda cierta fotografía del inconsciente, tanto originario como reprimido del durmiente*”.

Mentalizaciones y somatización

En base a la investigación clínica y a la teoría psicoanalítica, Marty (1998d) plantea una suerte de correlación posible entre la sintomatología somática que pudiera presentar el paciente y su capacidad de mentalización. Esta descripción es en términos cualitativos, y de este modo, puede ocurrir que un sujeto con buena capacidad de mentalización, con excitaciones pulsionales de mediana intensidad, que no se acumulen demasiado, presente trastornos de tipo somático que se reviertan espontáneamente, sin necesidad de un trabajo médico o analítico. Pero en el caso de un individuo con mala mentalización, con excitaciones muy intensas y que no encuentren descarga, existen posibilidades de que presente un trastorno somático evolutivo y grave.

Marty (1998c) diferencia los conceptos de *regresión* y de *desorganización progresiva*. Las regresiones se refieren a un retorno a una *fijación* sumamente temprana en el desarrollo individual, en la primera infancia, inclusive la vida intrauterina (producto de la relación del feto con la madre). De estas huellas mnémicas en extremo tempranas provienen dificultades que impiden un funcionamiento global más evolucionado del individuo. Estas fijaciones funcionales tienen un doble valor, por una parte un valor negativo, porque dichas *fijaciones*, pueden ser objetos de futuras patologías, ya sean mentales, somáticas fundamentales o somáticas relacionales; y por otra parte un valor positivo, puesto que, pese a que parecen ser más frágiles que otras, son reservorio de energía vital, y presentan mayor resistencia a movimientos de desorganización, conteniéndolos. Por lo mismo las regresiones en verdad protegen la economía vital global del sujeto, cumpliendo la función de un síntoma, que a muy grandes rasgos, puede ir desde una excitación excesiva en el nivel psico-afectivo, hasta una enfermedad somática que pondría fin al movimiento de desorganización, pasando por ligeras depresiones con diversos síntomas

psíquicos y/o algunas desorganizaciones somáticas menores, visibles sólo tras ciertas pruebas de laboratorio.

Por otra parte las *desorganizaciones progresivas*, que por lo general suceden en el orden inverso al desarrollo individual, suelen ocurrir en individuos mal mentalizados, y dichos movimientos ocurren siguiendo el siguiente esquema:

- Excesos de excitación en el nivel psico-afectivo, ya sea en forma permanente o repetida, y en ambos casos no se encuentra la posibilidad de una elaboración mental, por la indisponibilidad de representaciones o porque hay una limitación en los comportamientos que permiten la descarga.
- Desorganización mental más o menos rápida según el funcionamiento previo del preconscious del individuo. La desorganización actúa con mayor rapidez en un aparato psíquico poco denso.
- Depresión esencial, caracterizada por una desaparición de la libido tanto narcisista como objetal, por lo mismo para diagnosticarla hay que encontrar la carencia, como la falta de deseo o falta de interés en la vida afectiva y/o social; a veces se acompaña de vida operatoria automática, que será descrita más adelante.
- Ausencia de regresiones psíquicas sintomáticas, o sea las representaciones palabra empiezan a perder su significado, quedando “vacías” o “huecas”, la vida mental queda reducida a representaciones de cosas, perdiendo simbolismos y valores afectivos, en ocasiones también surgen cuadros de angustia difusa.
- Desorganizaciones somáticas, con enfermedades que no siguen el curso habitual, ya sea por su forma o evolución, lo que las diferencia de las “mismas enfermedades” en cuadros regresivos.
- Aparición de enfermedades somáticas graves, evolutivas, con variación de tiempo según la enfermedad y los sujetos, por lo mismo puede ser de rápida aparición y desarrollo, sin manifestaciones previas (Marty, 1990).

Pensamiento Operatorio

El concepto de Pensamiento Operatorio fue desarrollado por Marty y de M'Uzan en 1962, como un intento por problematizar el mundo representacional de los pacientes somáticos previo a las ideas de depresión esencial y desorganización progresiva, permitiendo generar una conceptualización del problema. Actualmente la noción de Pensamiento Operatorio sigue siendo válido para dar cuenta del funcionamiento del psiquismo de este tipo de pacientes (Marty, 1992).

El Pensamiento Operatorio es una forma de operar con la realidad, un pensamiento conciente que se caracteriza por la ausencia de ligazones entre representaciones, debido a la limitación de las capacidades de simbolización y una disminución en la capacidad de elaboración de fantasías. El sujeto es capaz de describir e ilustrar diferentes situaciones, duplicando y ejemplificando diferentes acciones, pero las sitúa dentro de un campo temporal que resulta ser limitado, donde no establece ningún tipo de relación entre ellas, el paciente suele contar sus síntomas esperando que se le cure. El nivel de relación e interacción con las demás personas también se ve afectado, por lo que aparece el término de "*relación blanca*", que es un tipo de interrelación que se caracteriza por una falta de compromiso afectivo con el otro (Marty, 1992)

Por otra parte, el Pensamiento Operatorio se presenta desprovisto de un valor libidinal, casi no permite que se exprese o se exteriorice agresividad y no utiliza mecanismos mentales neuróticos o psicóticos; el aislamiento del inconsciente no es producto del distanciamiento obtenido por la manipulación mental o verbal, como es en el caso de los obsesivos. Tampoco permite la mantención de un funcionamiento sado-masoquista, si no más bien hay una orientación hacia la lógica, la causalidad y la continuidad. Por el hecho de aferrarse a cosas y no a conceptos abstractos, tanto las expresiones simbólicas como otros productos de la imaginación repercuten en la vida anímica del individuo. La vida onírica se vuelve repetitiva y también los procesos de reflexión se ven trastocados, lo que es observable en la conexión entre las palabras y la "*relación blanca*", procesos que incitan a creer que existe un nivel de investidura de nivel arcaico, que sería diferente a los procesos de investidura de los neuróticos (Marty, 1992).

El concepto de Pensamiento Operatorio permitió establecer la existencia de una base común de funcionamiento de los pacientes somáticos, pero que no es exclusiva de ellos, pudiendo encontrarse en otros cuadros, pero otorga un valor nosográfico en el estudio y tratamiento de los pacientes psicósomáticos (Ulnik, 2000). Además el Pensamiento Operatorio dio lugar al concepto de *Vida Operatoria*, como una forma de dar cuenta de la disminución del pensamiento y el aumento de los comportamientos, al tener menos recursos para pensar el comportarse adquiere mayor relevancia.

La combinación entre la *vida operatoria* y la *depresión esencial* se observa como parte de una etapa de relativa cronicidad en el curso de una *desorganización progresiva* lenta, donde el sujeto carece de los recursos psíquicos que le permitan elaborar la angustia, produciéndose un cese de las conductas sublimatorias o un decaimiento en la calidad de éstas, que suele ser acompañada de la disminución del deseo, limitándose la satisfacción de las necesidades a un plano más bien automático. Surgen además, lagunas en el preconsciente, producto del empobrecimiento del mundo representacional, un apego hacia la lógica y la causalidad, prevalece lo fáctico y lo actual, y en ocasiones este tipo de vida o de actividad se encuentra altamente racionalizada, por el apego a la lógica y la distancia de los afectos previamente mencionados (Marty, 1992 y 1998d).

Aparición de enfermedades y manifestaciones somáticas

Las manifestaciones somáticas pueden aparecer en diferentes momentos de la historia del sujeto, pudiendo ser breves y regresivas, producto de alguna desorganización menor, ya sea en el curso de un análisis tradicional o como parte de las vicisitudes de la vida, pueden presentarse en neurosis mentales (psiconeurosis) o en neurosis del carácter bien mentalizadas. En este caso se encuentran a la base enfermedades que de ordinario son benignas y no ponen en riesgo el pronóstico de vida del paciente. Potencialmente estos procesos que generan desórdenes somáticos son altamente reorganizadores del aparato psíquico, la enfermedad surgiría como una descarga por parte del inconsciente, eliminando el exceso de excitación al interior del sistema. Si el paciente cuenta con un buen nivel de mentalización y diversos sistemas de fijación, éstos se constituyen como

elementos capaces de frenar los movimientos de las desorganizaciones traumáticas (Smadja, 1998b).

Sin embargo, las que han de ocupar un sitio de mayor importancia en el presente estudio y en el estudio de la psicósomática en general, son aquellas manifestaciones somáticas más graves, que no se revierten espontáneamente y que se prolongan en el tiempo, pudiendo empeorar su pronóstico o cronicidad, llegando a poner en riesgo el pronóstico de vida del sujeto. Debido a que este proceso es común a las neurosis de carácter con mentalización inciertas o derechamente mal mentalizadas, carece de las posibilidades reorganizadoras mencionadas previamente, debido a la falta o desvanecimiento de los sistemas de fijación en la totalidad de las vías psicósomáticas (Smadja, 1998b).

El curso de las enfermedades graves suele comenzar con un *traumatismo afectivo*, que son excitaciones de mayor o menor intensidad que se van acumulando en el aparato psíquico, con un alto componente subjetivo, puesto que la cantidad e intensidad de las excitaciones es determinado por el sujeto que las recibe, es decir el traumatismo se define por su capacidad desorganizadora. En caso de que no haya descarga, el exceso de tensión hace que se vuelva insoportable para el aparato psíquico o para los sistemas funcionales que los reciben y ocurre una *desorganización* que les impide funcionar. Estas excitaciones pueden elaborarse psíquicamente o descargarse a través de los comportamientos o de la actividad sensoriomotora, si se prefiere. En caso que no ocurra la descarga por ninguno de estos dos medios surge la *desorganización*, que será progresiva en la medida en que no existan sistemas regresivos mentales o somáticos capaces de detenerla. Curiosamente, la desorganización lo que permite es la reorganización del individuo, ante un exceso de excitaciones que claramente resultan en extremo displacentero. De este modo se constituye el principio de las somatizaciones, la desorganización somática tiene por fin, entonces frenar la desorganización psíquica, surgiendo como respuesta ante un problema económico (Marty, 1998c).

En caso de las enfermedades somáticas graves los sucesos prosiguen con la *depresión esencial*, que ya ha sido descrita previamente, lo que se agrega a la ausencia de síntomas positivos y a la disminución de la libido – tanto narcicista como objetal -. Es que algunas insuficiencias de la organización de las representaciones en el comienzo del

desarrollo individual, y algunas supresiones conscientes de representaciones en la edad adulta o adolescencia pueden determinar procesos que finalicen en una depresión esencial.

Otro de los sucesos importantes lo constituyen las enfermedades somáticas múltiples, es decir, aparecen varias enfermedades, que continúan con la desorganización mental, no logran frenarla y, al no cumplir con ese objetivo, se ligan a ella. En este punto suelen aparecer, separadas en el tiempo, o rápida y continuamente, algunas enfermedades como úlceras gástricas hemorrágicas, hemorragias intestinales, ataques de asma, enfermedades infecciosas, que no eran frecuentes en el paciente, y tanto sus presentaciones como evoluciones clínicas son poco comunes, lo que se relaciona con la falta de integración entre la psique y el soma a un sistema regresivo.

Este proceso puede variar en el tiempo, dependiendo de la importancia de las capacidades regresivas del paciente. Las enfermedades pueden incluso llegar a frenar la desorganización, lo que depende también de la naturaleza de la enfermedad, su gravedad y si el pronóstico vital del sujeto esté en juego o no.

Cabe destacar que el proceso de desorganización puede surgir sin mediación de enfermedades o patologías intermedias, es decir, el cuerpo aparentemente no realizaría emisión alguna, pero se desencadenan enfermedades más graves, como cánceres, enfermedades cardiovasculares o autoinmunes. Dicho de otro modo, la desorganización orgánica no se manifiesta hasta que alcanza un nivel de gravedad que pone en juego el pronóstico de vida del sujeto (Marty, 1998e y 1998c).

Pese al nivel de desarrollo conceptual expuesto, la teoría de las manifestaciones somáticas de Marty no ha podido dar cuenta del porqué se enferma de determinados cuadros en lugar de otros. De lo que si han podido dar cuenta, tanto Marty, como Freud, entre otros, es que las enfermedades somáticas son el resultado de un problema adaptativo, relacionado con la vida actual del sujeto, un problema que no se remota a tiempos pretéritos ni se relaciona con recuerdos, y que el sujeto es incapaz de tramitar psíquicamente. La posibilidad de adaptación de las condiciones a las que el individuo se ve sometido depende, entonces, de tres elementos, con diferentes capacidades de

movilización. El aparato somático, que aunque cuenta con cierto grado de plasticidad y adaptabilidad evolutiva desde el punto de vista de lo biológico, no tiene gran capacidad para tolerar desviaciones importantes de su sistemática. El aparato mental, por otra parte, requiere un tiempo mayor para definirse individualmente, es también el que teóricamente puede sufrir de mayor cantidad de reorganizaciones y regresiones. Finalmente el tercero es el de los comportamientos, presentes siempre en el desarrollo del individuo con una unión con el aparato mental, que puede fluctuar, pero que siempre se encuentra presente. Cuando, debido a un *traumatismo afectivo*, ni el aparato mental ni los sistemas de comportamiento son capaces de responder adecuadamente, es el aparato somático el que responde desbordándose o enfermándose (Marty, 1992).

Discusión

Los fundamentos de la teoría psicósomática expuesta por Marty presentan convergencias pero también claras divergencias respecto a la teoría freudiana, pese a los inicios psicoanalíticos de Marty, y pese a que explícitamente adscribe su trabajo teórico a tres dimensiones psicoanalíticas, teórica, práctica y clínica.

Para comenzar, el término mentalización se refiere a una dimensión del aparato psíquico, que depende de las representaciones para operar con la realidad externa como con la realidad psíquica. A partir de lo que Ulnik (2000) infiere, parece que para Marty todo lo que no es procesado por el preconscious corresponde a una “mala mentalización”, y por lo tanto, una falta de psiquismo, porque lo psíquico aparece homologado a lo mental y lo mental, a su vez, a lo preconscious. Al restarle importancia *al* inconsciente y *a lo* inconsciente, desde el punto de vista tópico y desde los contenidos inconscientes - pensando el inconsciente como adjetivo y sustantivo -, le otorgó un rol preponderante al preconscious, que es concebido como la herramienta del aparato psíquico que permite tramitar las excitaciones y proteger al aparato de los excesos de energía y de los estímulos exógenos y endógenos, que puedan parecer amenazantes o agresivos.

Entonces, en el estudio de la psicósomática de Marty prepondera una concepción económica más que una metapsicología, debido a que en el modelo que propone predomina lo económico por sobre los otros aspectos, haciendo mayor hincapié en la descarga y los destinos de la energía y la excitación, más que en lo latente o el sentido de los síntomas. En este sentido es posible afirmar que la teoría de Marty se basa en uno de los desarrollos tempranos de la teoría freudiana, a finales de 1890, en la que éste concebía a las neurosis actuales como resultantes de la excitación acumulada, con descargas inadecuadas o simplemente inexistentes (Ulnik, 2000).

Como el acento no está puesto en los procesos inconscientes ni en los mecanismos que impiden que dicho contenido devenga consciente, Marty no hace mayor hincapié en los mecanismos de defensa del yo. Sólo en un primer momento de su teoría atribuye los síntomas somáticos a una *falla en los mecanismos neuróticos*, haciendo alusión a la *falta*

dichos mecanismos. El mismo símil se puede realizar con el trabajo de las neurosis actuales de Freud - guardando, entre otras diferencias, el tiempo que ambos dedicaron a dichos estudios - puesto que tampoco se menciona el uso de mecanismo de defensa alguno, exceptuando el que Parat (1998b) equipara y describe como *supresión*, que no es un mecanismo de defensa como tal, ya que es un mecanismo consciente, que remite a un operar distinto al que concibe el psicoanálisis clásico, puesto que en los mecanismos de defensas en general las representaciones son reprimidas, enviadas al inconsciente, y el afecto al que se encontraban asociados se liga a otra representación; mientras que en la supresión la representación se mantiene en un nivel preconscious, para luego volver a la consciencia, pero ahora desprovista del afecto al que se encontraba ligada, de lo que se podría hipotetizar que quedan montos flotantes de excitación al interior del aparato psíquico.

Una de las principales críticas al pensamiento operatorio y al trabajo de Marty en general, es el desconocimiento del trabajo de la represión o de otros mecanismos de defensa.

Marty (1998d) propone el concepto de *defensas de vida*, en lugar de *defensas del yo*, como una forma de aclarar que los que operan no son mecanismos de defensa en sentido clásico, pues no hay contenido alguno que sea desterrado de la consciencia. Entonces surge otra problemática que es que no se utilizan mecanismos *neuróticos* ni *psicóticos*, si no unos mecanismos de funcionamiento que serían propios del "paciente psicósomático", por lo que es necesario pensar también en las diferencias que presenta con el paciente neurótico y como se relacionarían esto con el trabajo terapéutico, si es que éste es posible (Marty, 1992).

Posibilidades terapéuticas

Desde la postura de Marty (1992), la psicoterapia tendría como finalidad establecer o reestablecer el mejor funcionamiento posible del psiquismo, realizando una suerte de mezcla entre psicoanálisis y otros tipos de terapia existentes. El diván no suele ser recomendado, pese a que la terapia cara a cara puede resultar amenazante para el paciente, inhibiéndolo. También presenta la ventaja de que el paciente puede percibir actitudes, acciones y reacciones, otorgando una gama de herramientas diferentes

referentes a lo no verbal, en forma de expresiones, de excitaciones, o protecciones frente a éstas, ya sea gestuales o de otro tipo.

Marty (1992) recomienda mantener un ritmo estable de sesiones, una vez por semana, manteniendo el tiempo de cuarenta y cinco minutos por sesión, como una forma de develar el tipo de funcionamiento del paciente, a nivel de sus mecanismos de defensa, tipos de metalización, etc, por lo que recomienda mantener cierto control del paciente, en el sentido de controlar u orientar la economía y dinámicas del paciente, en relación a su actividad pulsional, las fuentes de excitación, sistemas de protección frente a dichas fuentes y a los sistemas regresivos que estén operando y su evolución en función de los posibles traumas y la interrelación entre estos elementos durante todo el curso de la psicoterapia.

Este trabajo a la larga permitirá determinar cualidades de los conflictos, puesto que son esos conflictos los que han generado la desorganización que ha implicado la somatización, tanto en relación al tiempo o motivo de consulta como en otros tiempos, ya que también es preciso indagar sobre la historia de las somatizaciones. Así, por ejemplo, se puede relacionar con situaciones de herida y culpabilidad, según el nivel de participación que el sujeto haya tenido en alguna situación en particular, o conflictos internos de tipo neurótico.

Otra parte esencial del trabajo terapéutico se relaciona con los *comportamientos*. Debido a la disminución de la capacidad reflexiva en los pacientes, las conductas adquieren un rol preponderante como una de las formas que tiene el sujeto de lidiar con el exceso de excitación. Ya sea a través de algunas conductas que pueden ser un tanto sublimatorias – como hacer deporte o pintar - o si el paciente está presentando conductas activas que en ocasiones pudiesen hasta ser patológicas, como hiperactividades sexuales o agresivas, agitaciones hipomaniacas, por nombrar algunas. También comportamientos más pasivos, como regresiones o reposos, pero siempre teniendo en cuenta los tiempos que transcurren entre los diferentes comportamientos y el peso de la investidura afectiva que se le otorga (Marty, 1992).

Entonces es posible pensar en dos finalidades de terapia, una es devolver la homeostasis somática al sujeto, frenar o ayudar a frenar la enfermedad con ayuda de la medicina – en el Institut de Psychosomatique de París atienden sólo con psicoterapia - y la otra es mejorar el nivel de funcionamiento mental del paciente, que el trabajo se oriente hacia un intento de que el paciente funcione de un modo más neurótico. Así como debido a traumatismos afectivos, supresiones y otros procesos las representaciones pueden perder su valor afectivo y carecer de una simbolización adecuada, también el proceso se puede dar a la inversa, invistiendo afectivamente las representaciones, dotándolas de mayor significado y otorgándoles un mayor valor simbólico y afectivo, lo que permite una mejora en cantidad y calidad de asociaciones de pensamiento, reflexiones internas y los movimientos progresivos del paciente, todo esto mediante la aceptación del paciente de sus movimientos regresivos, llegando a considerar el éxito de un proceso, en los casos más prósperos, que sea el sujeto quien invista su propio pensamiento (Marty, 1992).

En estos casos la terapia implica un trabajo diferente al que se ejerce en un psicoanálisis clásico, partiendo por la enunciación de la regla fundamental, que debe ser expuesta de modo explicativo más que de modo imperativo, esto debido a lo frustrante que puede ser el fracaso en un paciente con una organización mental que disminuye las posibilidades de libre asociación. La ayuda a la verbalización, como una forma en que el paciente ponga en palabra sus pensamientos y como una preparación para ligar los diferentes elementos en el discurso del paciente; la interpretación puede generar una desorganización aún mayor, puesto que la estructura del paciente no está apta para realizar el trabajo que implica, dejando la puerta abierta a interpretaciones más transferenciales, pero de forma más dubitativa, interrogativa o explicativa dejando la posibilidad de que el paciente las rechace o se tome su tiempo para asimilarlas (Parat, 1998a).

En base a lo previamente expuesto sería posible realizar una terapia *psicoanalítica*, siempre que se tenga en cuenta la realidad psíquica del paciente, vale decir, su funcionamiento mental. Al tener presente las diferencias con un neurótico “clásico”, el trabajo sería, por ende, diferente. Marty no da cuenta de un nuevo modelo metapsicológico, pero si utiliza elementos de la teoría psicoanalítica para explicar su concepción económica y dar cuenta del funcionamiento de los pacientes con ese tipo de sintomatología. Gracias a ello logró determinar que el fin último de la terapia exitosa es

devolverle al paciente un mejor funcionamiento mental, intentando pasar a una neurosis del comportamiento o neurosis mal mentalizada, que el paciente sea capaz invertir su propio pensamiento, lo que pretende lograr un mejor funcionamiento mental del paciente. Más allá de las diferencias que se puedan guardar con el término “mental” o “mentalización”, se debería intentar genera un enriquecimiento del mundo representacional del paciente permitiría reestablecer la comunicación entre los sistemas preconscious e inconsciente

Bibliografía

Freud, S. (1895a): Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. En *Obras Completas*, Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1895b): A propósito de las críticas a la “neurosis de angustia”. En *Obras Completas*, Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1900): La interpretación de los sueños I. En *Obras Completas*, Vol. V. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1915): Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. En *Obras Completas*, Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1925): Presentación autobiográfica. En *Obras Completas*, Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1926): Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996): *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós (orig. 1967).

Marty, P. (1992): *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1990)

Marty, P. (1998a): Los sueños en los enfermos somáticos, en de Calatroni, M. (Comp.), *Pierre Marty y la psicósomática* (pp. 79-99) Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1984)

Marty, P. (1998b): Disposiciones mentales de la primera infancia y cánceres de la edad adulta, en de Calatroni, M. (Comp.), *Pierre Marty y la psicología* (pp. 245-258) Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1988)

Marty, P. (1998c): Génesis de las enfermedades graves y criterios de gravedad psicología, en de Calatroni, M. (Comp.), *Pierre Marty y la psicología* (pp. 281-299) Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1990)

Marty, P. (1998d): Psicología y Psicoanálisis, Pierre Marty, en de Calatroni, M. (Comp.), *Pierre Marty y la psicología* (pp. 151-161) Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1990)

Marty, P. (1998e): Depresión esencial y enfermedades somáticas graves, en de Calatroni, M. (Comp.), *Pierre Marty y la psicología* (pp. 100- 110) Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1991)

Marty, P. (1998f): Mentalización y Psicología, en de Calatroni, M. (Comp.), *Pierre Marty y la psicología* (pp. 110-127) Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1991)

Otero, J. y Rodado, J. (2004): El enfoque psicoanalítico de la patología psicología. *Aperturas psicoanalíticas revista internacional de psicoanálisis* (16) Visitado el 12/08/09 disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282&a=El-enfoque-psicoanalitico-de-la-patologia-psicologia>

Parat, C. (1998a): El trabajo Habitual del psicólogo, en de Calatroni, M. (Comp.), *Pierre Marty y la psicología* (pp. 182-198) Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1993)

Parat, C. (1998b): Sobre la supresión, en de Calatroni, M. (Comp.), *Pierre Marty y la psicología* (pp. 128-149) Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1991)

Remor, E. (2006): Psicología psicoanalítica: una visión holística del sujeto. *Revista Recre@rte* [Revista electrónica] (6) Visitado 03/09/09 disponible en <http://www.iacat.com/Revista/recreate06.htm>

Smadja, C. (1998a): Pierre Marty, breve historia de su obra en de Calatroni, M. (Comp.), *Pierre Marty y la psicología* (pp. 25-35). Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1994)

Smadja, C. (1998b): El modelo psicológico de Pierre Marty, en de Calatroni, M. (Comp.), *Pierre Marty y la psicología* (pp. 199-219). Buenos Aires: Amorrortu Editores (orig. 1995)

Spagnuolo (s.f.): Capítulo de Medicina Psicológica Tratado de Psiquiatría Publicado por la Asociación Argentina de Psiquiatras Editado por el Grupo Guía S.A. Visitado el 03/09/09 Disponible en http://www.enigmapsi.com.ar/medpsicosom.html#_ftn9

Ulnik, J. (2000) Revisión Crítica de la Teoría Psicológica de Pierre Marty en Aperturas Psicoanalíticas *Revista Internacional de Psicoanálisis* (5) Visitado el 20/09/09 disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000121&a=Revision-critica-de-la-teoria-psicosomatica-de-Pierre-Marty>

Yasky, J. (2008): Investigación teórica: Una teoría de las afecciones psicológicas a partir de la obra Freudiana. Plan de tesis del Programa de Doctorado en Psicología, Universidad Nacional de San Luis,.Sin publicar. San Luis, Argentina.