DIÁLOGO ENTRE DISTINTAS PERSPECTIVAS TEÓRICO-CLÍNICAS EN PSICOSOMÁTICA

Elsa Noemí Grassano*

La publicación del debate realizado en 1994 en Ginebra, entre especialistas de la escuela Psicosomática de París, colaboradores y discípulos de Pierre Marty y el Dr. André Green (A. Fine, J. Schaeffer, 1998), me permite poner en diálogo sus distintas formulaciones teóricas y técnicas con la perspectiva que desarrollamos en una investigación coordinada por el Dr. Liberman (Lib y col.,1983) y con desarrollos posteriores sobre alteraciones del pensamiento en Psico-somática (Grassano, Woscoboinik, 1990) y alteraciones del vínculo emocional temprano y perturbaciones del pensamiento en psicosomática. (Grassano 1998).

En principio adhiero a la denominación de Winnicott (Winnicott 1958) de patología psicosomática, en la que el guión marca la alteración del enlace adecuado de cuerpo y vida psíquica, enlace particular que se va creando en la compleja intrincación, que los transforma mutuamente en continentes y contenidos: "la vida psíquica que anida en el soma", pero del que el bebé sólo podrá apropiarse en la medida de que logre desarrollar un espacio mental continente que pueda representarlo, como cuerpo propio, en indisoluble conexión con los contactos y afectos emergentes del contacto receptivo con el objeto primario, que va permitiendo la representación del cuerpo en vinculación con el otro.

Representación que conlleva elementos valorativos de partes y funciones corporales, a emergentes de la aceptación o rechazo de movimientos de acercamiento y exploración, connotados como amorosos o agresivos, a partir de la respuesta del objeto. Registros tempranos centrados en experiencias táctiles,

* Psicoanalista, miembro de SAP.

kinestésicas y cinestésicas, unidas a primarias y parciales imágenes visuales y musicalidad sonora del lenguaje ambiental.

El eje teórico de nuestra perspectiva es la necesaria simbolización de todo lo que aunque ya está dado desde antes del nacimiento: el cuerpo, el otro, el mundo, el lenguaje, la temporoespacialidad, será sólo por el trabajo de elaboraciones simbólicas progresivas del aparato psíquico, que podrá ser representado y recibir las transformaciones que lo habiliten para poseerlos virtualmente, diferenciados de lo representado en sí mismo (Liberman y colab. 1983).

Cuerpo y vida psíquica son áreas heterogéneas, como plantea A. Green, que no conforman una unidad interconectada y diferenciada sino que requieren de la creación de un enlace indisoluble y a la vez diferencial, dado que inicialmente necesidad corporal y necesidad emocional están fusionadas, como lo está el objeto con el propio self, y lo están las vivencias de estar cuidado en las necesidades básicas, con la vivencia de poseer o no un objeto que lo ama. Necesidad tan compleja de unir y diferenciar procesos tales como incorporar, con introyectar, desilusionarse con caer al vacío.

Desde nuestra perspectiva, el aparato psíquico está potencialmente preparado para realizar un progresivo trabajo de diferenciaciones y de atribución de sentidos, que en la medida en que cuente con un objeto con capacidad de reverie, de contener el dolor, logrará acceder a la construcción correlativa de la representación del cuerpo, del otro, del vínculo y de la temporoespacialidad, como símbolos (Bion 1972-1978).

Nuestra investigación tomó como eje teórico el trabajo de simbolización. Formulamos en nuestra publicación (Liberman y colab. 1983) que: la representación corporal y la concepción espaciotemporal son símbolos que, en tanto logros inherentes al proceso de simbolización, suponen un desarrollo correlativo entre sí y con la concepción y organización de la representación del objeto. La representación corporal y la temporoespacialidad, como representaciones mentales abstractas, son los emergentes del proceso de simbolización que permite la construcción simultánea de la relación simbólica con la realidad y la construcción del objeto interno como símbolo para el yo (M. Klein, 1962, 1964). Su organización y sucesiva integración estará, por lo tanto, indisolublemente unida a las vicisitudes y alternativas de las relaciones de objeto.

La estructura inconsciente de la geografía corporal está interrelacionada con la concepción sobre la geografía corporal y mental del objeto, con las fantasías dominantes acerca de cómo el sujeto está representado, concebido y ubicado dentro del espacio mental y corporal del objeto. Liberman conceptualizó (Liberman, 1970) al símbolo desde el punto de vista psicoanalítico como "un paquete de información que condensa y sintetiza múltiples estados corporales con distintos objetos, en distintos espacios y tiempos". El factor unificador que condensa experiencias variables es la emoción evocada que actúa como sistema conjuntivo.

La representación del cuerpo, a medida que se integra, permite lograr representaciones cada vez más complejas de la espacialidad; el tiempo en sí mismo inasible, logra estructurarse como una configuración intrapsíquica a partir de cambios corporales, alternancia de estados internos, ritmos biológicos y de la relación interpersonal y sobre todo y con importancia central, de la alternancia de presencia/ausencia del objeto primario-pecho. La atemporalidad del inconsciente se transforma en temporalidad, en función de las sucesivas transformaciones que realiza el aparato psíquico, que es un aparato de transformaciones semánticas que, cuando tiene éxito, logra representaciones del cuerpo, de la mente y del mundo. Representación simbólica fallida, de un modo particular en el paciente psicosomático, a la que denominamos "símbolo fachada", en tanto son personajes que se manejan con una aparente captación del orden simbólico, a la que subyace una incapacidad de vinculación metafórica, que se expresa en serias perturbaciones de su pensamiento.

Sugerimos un enfoque de la enfermedad psicosomática en la que se establece una conjunción constante entre: cronificación de enfermedades corporales y sobreadaptación a la realidad, que toma como único vector de la respuesta al mundo ambiental "el deber ser", desconociendo deseo, posibilidad y necesidad.

Carecen de la capacidad para captar las necesidades esencialmente humanas, tanto en el contacto intersubjetivo, como en la intrasubjetividad.

Desde el punto de vista del juicio y del sentido de realidad, observamos que el amoldamiento rígido, sin cuestionamiento, unido al hecho de que estos pacientes constantemente estimulan a que los demás descarguen responsabilidades sobre ellos, es el vector en el que recae el nódulo de la patología. El segundo vector, la enfermedad en el cuerpo, es la "protesta somática", que denuncia la postergación a la que se ve sometido el self corporal y emocional.

La adaptación rígida a la realidad, en la que se prestigia desmedidamente el Principio de realidad, pero disociado y en abierta oposición con el Principio de placer, nos llevó a afirmar que estos pacientes "padecen de cordura".

La respuesta somática, que irrumpe brusca y violentamente en el aparente bienestar físico y mental, constituye la ruptura de un equilibrio, rígido e inadecuado para la preservación del futuro vital del paciente. El síntoma orgánico, paradójicamente, aunque puede llegar a ser grave, cuando da tiempo, es una señal de alarma que emite el cuerpo del paciente, indicando el momento de fractura con la sobreadaptación a la realidad exterior.

El vector de sobreadaptación constituye el vector de mayor patología; que bajo el aspecto de cordura lleva a cabo una adaptación psicótica, que se organiza sobre la fantasía de inmortalidad. Mientras para el paciente la manifestación somática, en tanto suceso corporal, está desprovista de significado y debería yugularse rápidamente, para nosotros se convierte en un mensaje, que en todos los casos denuncia que el self emocional ha sido forzado más allá de sus posibilidades.

El proceso secundario desconectado de la autobservación lleva al paciente a subordinar su juicio de realidad a un Ideal del yo de características tiránicas, que estrecha la percepción de los diferentes sentidos y significados con que puede "leerse" un mismo suceso exterior. De modo tal que desde el punto de vista de la comunicación intra e intrerpersonal son pacientes con una seria distorsión semántica.

Cuando agudizamos la percepción clínica, observamos que debajo de la aparente coherencia lógica que exhiben, carecen de "sentido común" en sus apreciaciones, fundamentalmente cuando en éstas están involucrados afectos o estados corporales. Desde este punto de vista inscribimos a estas personalidades dentro del grupo de las cenestopatías, por la incapacidad que presentan para registrar estados corporales de tensión-relajación, placer-displacer, bienestar-malestar, descanso-cansancio corporal. Registros que en otro tipo de estructuras de la personalidad, permite al individuo registrar alarmas corporales bajo la forma de señales cenestésicas o kinestésicas, a través del malestar proveniente de variaciones térmicas, registro del dolor y cese del mismo, variaciones del funcionamiento de los órganos del equilibrio.

La desconexión masiva que tienen estas personas con su cuerpo, por la desmentida de sus sensaciones corporales, tiene su máxima expresión, en la muerte súbita, que se presenta en personas "rebozantes de bienestar corporal aparente".

Esta es la primera síntesis de la perspectiva desde la que abordaré, la discusión teórico clínica de A. Green y colaboradores y discípulos de P. Marty (Fine, A.; Schaeff, J.; 1998); comenzaré por las formulaciones de Pierre Marty (Marty, P., 1951) (Marty, M'Uzan, 1963). Lo primero a remarcar, reconocido por A. Green, es el lugar de pionero que le corresponde, en cuanto fue el primero en interrogarse acerca de la cualidad de la organización psíquica particular de los pacientes, que sobre la disponibilidad universal del ser humano de somatizar, la cronifican y desarrollan enfermedades corporales que dañan sus cuerpos y ponen en riesgos sus vidas. Interrogante que lo llevó a una sostenida investigación clínica que le permitió vincular la enfermedad corporal crónica con modos observables en la clínica, de vinculación intra e inter subjetiva (Marty, P., M'Uzan, 1963) y con formas particulares de organizar su pensamiento. Este vértice constituyó historicamente una operación de cambio esencial, dado que hasta ese momento contábamos con pérfiles psicológicos aislados en función de personas que padecían una misma enfermedad. (Alexander, F., 1934) (Dunbar, F., 1943).

A partir de la concepción clínica y de las dificultades que estas personas presentan para la comprensión de la interpretación, delimitó un tipo de alteración del pensamiento, al que denominó, junto con M'uzan, pensamiento operatorio (Marty, P.; M'Uzan, M., 1962). Pensamiento fáctico, ocupado en problemas con el mundo externo relatados de modo monocorde. Dan la impresión una vez relata-

dos los hechos, que "todo esta dicho", no logran ligarlos con connotaciones afectivas u historicas. El analista no es concebido como una persona que puede contener, sino que es solo una "función".

En la investigación encontraron indicios de un tipo de depresión específica, depresión esencial, que se expresa con una falta de tono vital, una desinvestidura libidinal. Son pacientes incapaces de imaginar, de soñar o ensoñar (Marty, P., M'Uzan, M., David, Ch., 1963).

Consideran necesario hacer dos movimientos de diferenciación de la Psicosomática con respecto al Psicoanálisis. Desde el punto de vista teórico formulan una concepción del inconciente, en el que remarcan las funciones de programación, automatización y repetición. En la perturbación del pensamiento dan relevancia a las fallas en la constitución del Preconciente.

En la dimensión técnica deciden realizar psicoterapias "cara a cara", para ofrecer al paciente, a traves de la experiencia gestual del analista, las connotaciones afectivas de las que el paciente carece. El objetivo terapéutico es recuperar la capacidad del paciente de reinvestimiento libidinal.

Tomando como modelo el trabajo psicoanalítico con neuróticos , marcan la incapacidad de este grupo de pacientes, psicosomáticos, para captar niveles metafóricos y la necesidad de adecuarse a su nivel fáctico de comunicación, estableciendo nexos sobre elementos disociados en el discurso del paciente.

Mencionaré brevemente las críticas de A. Green, en la publicación del encuentro de Ginebra (A. Fine, Schaeffer, 1998), para detenerme en algunos puntos que me sugieren aportes posibles desde nuestra perspectiva, a las formulaciones de ambos autores.

Green diferencia entre el descubrimiento clínico de Marty y sus colaboradores, que abre un debate interesante y rico y el garante teórico con el que está en desacuerdo.

1. Green valora el concepto de pensamiento operatorio, que luego se amplia al de vida operatoria, elaborada por P. Marty y sus colaboradores. Coincide con el hallazgo de un estado de depresión esencial en los pacientes psicosomáticos, al que encuentra cercano a su formulación de depresión neutra, en los casos límites (A. Green 1995), que tiene como núcleo diferencial, de otras depresiones, la disminución del tono vital del paciente. También estima el concepto de desorganizaciones progresivas.

2. No acepta el garante teórico de Marty ¿porqué necesita crear una Metapsicología apartada del Psicoanálisis, se pregunta, en lugar de desarrollar el tema de la pulsión, como representante psíquica de las excitaciones nacidas del interior del cuerpo, pero que es sólo en su trayecto de la fuente al objeto, que se vuelve activa psiquicamente? Cuando Marty explica la imposibilidad de la elaboración

psíquica por fallas en la constitución del Preconsciente, cuando formula la insufiencia o indisponibilidad de las representaciones, ¿ se refiere a una carencia de fuerza de la pulsión para atravesar la barrera somato-psíquica? O. ¿Se trata de una forma forclusiva «no quiero saberlo»? ¿ Se trata del reenvío de la pulsión a su fuente, habiendo ya pasado, logrado representación psíquica y rechazada y transformada en representación inconsciente? No, ésto sería represión. En estos casos deberíamos hablar de supresión, pero ¿con qué particularidad? ¿La demanda llegada a lo psíquico implica una fuerte carga destructiva y entonces se produce una suerte de forclusión, de sordera supresiva de lo psíquico que deja al sujeto preso de esta destructividad, volcada entonces en el nivel somático? "En el nivel psíquico nada de esto sería perceptible. He aquí un ejemplo del modelo de la pulsión en el campo psicosomático a condición de hacer jugar el equivalente, para el soma, de lo que es la forclusión para lo psíquico".

Green concluye que Marty carece de una adecuada conceptualización de la teoría de la representación , opinión que lo lleva a objeciones duras sobre los postulados de Marty.

a) Afirma que Marty desaloja progresivamente el eje semántico y en contrapartida da creciente importancia al eje biológico, por su reformulación del inconciente que tendría, funciones de automatización, repetición y programación. Considera a estas formulaciones metabiología. Crítica a la que C. Smadja responderá explicando que el material psíquico primitivo, que dará lugar a la representación no es excluído por Marty, pero que el vértice de ellos es psicosomático y que desde este vértice hay experiencias muy precoces que implican continuidad soma-psique: son fenómenos de interfaz.

b) Del mismo modo critica la prevalencia del eje económico, que tiene como centro el concepto de mentalización: bien mentalizado, mal mentalizado, de mentalización incierta, dice Marty, marcando grados de patología. Green "grita" desde el texto, ¡no me digan la medida! díganme como y que hacen en su mentalización. En Marty hay un soma y en el otro extremo un mental ¿Y que hay en el medio? Hay un campo más biológico y económico que semántico: exceso, insuficiencia. La noción de cantidad queda ligada a descarga, si hay exceso debe derramarse. De hecho este aparato mental es rudimentario, pero ¿son robots? Dónde está la humanidad de estos sujetos? El pensamiento somático se ha comido al pensamiento psíquico". Frase que a los colaboradores de Marty les aparece "demasiado sangrienta".

Desde nuestra perspectiva, efectivamente el concepto de mentalización de Marty no es feliz, en tanto deja sin explicación una amplia brecha desde el material psíquico inicial hasta el fracaso funcional del Preconsciente, que remiten a fallas en el vínculo materno primario. Pero Green comprende a mi enten-

der de un modo distinto el concepto de mentalización al propuesto por Marty. Mientras Marty parece referirse a mayores o menores garantes representacionales que le permitieran al paciente progresivos acercamientos a la noción de padecimiento psíquico, pobreza en sus vínculos y sus deseos de vivir y por otra parte también a mecanismos de defensa que sostengan al psiquismo y eviten el peligro de exponer al paciente a desorganizaciones autodestructivas (Marty, 1992).

En cambio Green toma el concepto de mentalización, en sus viñetas. Como presencia o ausencia de pensamiento verbal y su expresión y confirma presencia de mentalización en perturbaciones de pensamiento tales como: rumiaciones dilemáticas, estados de confusión, desarrollos deliroides o pensamientos concretos, organizados sobre la base de ecuaciones simbólicas.

El punto 2 del comentario de A. Green, coincide con interrogantes que me formulé. No creo, en efecto necesaria la creación de una Metapsicología apartada del Psicoanálisis, contando éste con el concepto de pulsión. Las preguntas que Green se formula sobre cuál es la perturbación del movimiento de la pulsión al objeto, está aún en vigencia y sin una respuesta unívoca. Pero la crítica es válida, no creo necesario la diferenciación de una nueva discipilina, cada vez que el Psicoanálisis logra nuevas comprensiones de patologías. La respuesta de C. Smadja (Fine, Schaeffer, 1998) acerca de la necesidad de la Psicosomática, para crear un vértice de observación, dado que "nos ocupamos de temas de interfaz somato-psíquicas", no da cuenta de una necesidad genuina dado que el Psicoanálisis, desde Freud en sus inicios (Freud, 1894) y en sus desarrollos posteriores (Freud, 1986), así como autores posfreudianos (Klein, 1962; Bion, 1966; Anzieu, 1987) han trabajado desde este vértice psicosomático e investigado los fenómenos de intrincación y desintrincación.

A. Green cuestiona por qué toman como modelo de comparación para definir la psico-somática, a la neurosis. Esta crítica no toma en cuenta que en la historia del Psicoanálisis, sólo es a partir de 1970 que se despega al enfermo psicosomático, del amplio grupo de las neurosis.

Aunque Freud marco tempranamente la diferencia entre somatización y conversión (Freud 1894), sin embargo en la clínica psicoanalítica se interpretaba al síntoma somático en forma simbólico-metafórica, sin mediar diferencia con la interpretación de fenómenos conversivos. Si bien se vinculaba la somatización con el sistema nervioso vegetativo y con el desarrollo libidinal pre-edípico y la conversión con el sistema nervioso central y la problemática edípica, esto no llevaba a cambio alguno en el trabajo técnico. Prueba de esto es que un analista de alto desarrollo teórico y clínico, como Liberman por ejemplo (Liberman 1962,-1970) ubicaba la enfermedad psicosomática como Personalidad Infantil, variación de modalidad de la depresión neurótica.

Lo mismo podemos observar en los trabajos de Garma (Garma 1969).

La comprensión de que la Psicosomática es algo distinto a la neurosis y también a la psicosis, es un descubrimiento relativamente reciente y no compartido aún, por todo el conjunto de las teorías psicoanalíticas.

En cuanto a la crítica de Green sobre el factor económico que pareciera connotar la hipótesis de P. Marty sobre grados de mentalización, desde nuestra perspectiva preferimos formularlo como alcances de la perturbación simbólica del paciente. En la clínica nos encontramos con grados variables de alteraciones del pensamiento que marcan indicios acerca del pronóstico. La dificultad para pensar sobre la propia experiencia personal se expresa no sólo en el modo de comunicación, sino en la falta de sueños o en la forma en que se vinculan con estos en la sesión.

En un excelente trabajo sobre la función elaborativa del soñar de Fain, M. y David, Ch. (Fain David 1962) expone la peligrosidad de la ausencia de sueños en pacientes psicosomáticos, en tanto los sueños son modos de integración pulsional y cuando éstos faltan, son comunes las crisis corporales severas, durante el dormir. Dentro del grupo de pacientes psicosomáticos que sueñan distinguen entre aquellos en los que el sueño es sólo la reduplicación del resto diurno y no logran asociación alguna más allá del hecho ocurrido en la vigilia, de otros que oscilan entre sueños como los anteriores y otros en los que son evidentes problemáticas pulsionales con alto grado de violencia y destructividad.

3. Green ubica a estos pacientes en el campo de los casos límites (Informe de Londres 1975) en los que dice "sitúo al psiquismo a partir de sus fronteras, entre los topes, ubico a la psique entre el soma de un lado y el real del otro y en el interior del campo psíquico señalo dos mecanismos fundamentales: la depresión neutra y la escisión [...] teniendo ésta una función matricial, en tanto habilitante para discriminaciones. (bueno-malo, interno-externo) a las que pueden agregarse otras como psique-soma del orden de la experiencia normal, pero que puede tomar un giro patológico, esto es lo que observamos en psicosomática". "Lo que Marty dice no dista mucho de lo que digo [...] se asistiría a una especie de reducción del campo psíquico y una sobreinvestidura de lo fáctico y de lo real" y agrega "pero aquí se trata de una cosa distinta más dificil de definir".

Sin embargo no retoma esta frase y en sus viñetas clínicas parecería intentar demostrar la falta de validez de la Psicosomática como entidad específica, sería suficiente con incluir a estos pacientes dentro de su amplio campo de "casos límites", sobre los que formula: "Delirar o morir, tal es el dilema en el que están cautivos los casos límites".

Frase que considero fructífera y expresiva al máximo, si no la cierra en sí misma como opción única. Hay otras variables: hoy en día la clínica nos demanda especificaciones dentro de patologías narcisísticas de borde que estamos tratando de deslindar y la Psicosomática es una. El paciente psico-somático opta

por sobrevivir a costa de un tipo particular de muerte psíquica que se evidencia en la desmentida de su deseo, y de su auténtico ser, en un sentido más abarcativo, optando por "hacer" y "ser sobre la base del deseo del objeto", al que ubica en el ideal del yo, al que se amolda y lo reedita a través de identificaciones miméticas (Meltzer, 1974).

Formulamos que tuvo lugar una claudicación temprana de su deseo, por una falla en la relación primaria, que impidió a la madre otorgar sentido a todo llanto o angustia que no proviniera de una razón "lógica": hambre, sueño, irritación corporal. El bebé inicialmente se conectó vitalmente con el ambiente, pero enfrentado con una reiterada "experiencia" de despojo de sentido de la experiencia emocional; en el inicio de las ansiedades de pérdida, desmiente la percepción de estados del interior corporal y emocional para evitar un dolor intolerable y se transforma, a la vez en un bebé maleable, sin crisis de ansiedad. A costa de volverse hacia su interioridad tan despojante de sentido de las necesidades y emergencias emocionales, como lo que fué el objeto materno en el vínculo.

Este constituye para nosotros el primer punto de fracaso, que ocurre correlativamente con las representaciones primarias del cuerpo, el objeto y el afecto, antes de la problemática del enlace elaborativo con la función Preconciente: estos bebés repudiaron la información de la interioridad corporal-emocional, proporcionada en particular por los receptores proximales, desmintieron las experiencias emocionales y ubicaron el "objeto malo" para el self, en el lugar del objeto idealizado, al que se amoldaron para sobrevivir. La carencia de narcización primaria del bebé desorganizado y angustiado es central, para el movimiento de desmentida de lo emocional y huida hacia el exterior, privilegiando los receptores distales: vista y oído.

Sin embargo no es un bebé con un medio objetal desorganizante: el bebé es respetado y cuidado de modo estable y rígido en sus necesidades de alimento, sueño, limpieza y juego "medido y cronometrado". Es evidente que dentro de esta configuración en que no se toma en cuenta como naturales el amor, el juego, la angustia, las emociones, la vida en su conjunto y en particular los intereses, la investigación, el juego, tomen tonalidades grises, neutras, y que los vínculos con otros comiencen a andar el camino de la incertidumbre, del temor a la cercanía, del temor al descontrol, de la imposibilidad de demandar, del temor de abrumar al otro y ser rechazados en estado de desborde emocional.

La depresión esencial descripta por Marty y la depresión neutra de André Green son un punto de acuerdo fuerte con nuestra teorización. Pero presenta a la vez divergencias; a nuestro entender, el paciente psico-somático ha sufrido fallas en la narcisización materna, porque desilusionó a su madre. La madre sufre una injuria narcisita porque el hijo real, el bebé desorganizable y no programable a voluntad, no coincide con el hijo ideal que está fuertemente instalado en su mundo interno. Pero no es una madre deprimida, es una madre activa, práctica,

fáctica, que está atenta al cuerpo del bebé y desarrolla un permanente trabajo de moldeamiento y educación precoz a las normas de la realidad, imponiendo un desarrollo acelerado que no toma en cuenta el deseo afectivo del bebé, su posibilidad madurativa ni el aprendizaje como proceso. La depresión del bebé, que por otra parte es un bebé especialmente sensible y que se deja moldear para obtener amor, reside en el dolor por no lograr representación valorativa en el interior materno y sufre po la expulsión materna descalificante, en comparación con otro bebé, el bebé ideal, entronizado en la vida psíquica de la madre. Su ser no satisface a su madre, su deseo y necesidad son inapropiadas, a la vez que recibe como mensaje paradojal (Anzieu, 1978) "Tu me eres indispensable pero debes dejar de ser para asimilarte al hijo que siempre desee". Cuando el bebé claudica y se amolda a "no ser, para ser amado y existir para la madre", apelando a la desmentida de la interioridad corporal y emocional, comienza el desarrollo patológico de desunión y desconocimiento del deseo y la necesidad en pro del privilegio del "deber ser y el ajuste a la realidad".

Desde la perspectiva de Green parecería innecesaria la clasificación "Psicosomática" ya que a su entender podría incluirse en el marco de las patologías de límite. No acuerdo con esta posición de eliminar la Psico-somática como conjunción psicopatológica específica. Comparten con las patologías de límite, las perturbaciones de narcisización, las alteraciones de pensamiento y el tipo de depresión neutra, que él vincula con el valioso concepto de la madre muerta. Sin embargo como él mismo dice "hay algo distinto en estos pacientes". Efectivamente el campo de los casos límite es excesivamente abarcativo y contiene organizaciones diferentes que suponen también distintos estilos de abordaje interpretativo. Justamente a la inversa de su posición, considero necesario ir rescatando las diferencias dentro de ese campo y creo que los intentos por definir cada vez más sutilmente modalidades específicas, es indispensable.

4. Green enfatiza mucho en su discurso, la critica a Marty por no haber integrado el pensamiento de M. Klein, Winnicott, Bion, pero encaminado a oponerse , el tampoco toma a Winnicott en esta disociación psique-soma "que trata de una cosa distinta, dificil de definir". En Winnicott podría encontrar alguna respuesta, alguna otra categoría que no sea sólo "delirar o morir". Winnicott se refiere desde distintos momentos de su trayectoría a bebés que no lograron verse reflejados en el rostro de la madre, que opacando su mirada (y por ende la narcisización del bebé) se reflejaron a si mismas. Son bebés que padecen un vínculo que rompe tempranamente la necesaria ilusión de unidad con el objeto y el sentimiento de continuidad consigo misma. Experiencia que arroja en estados de dolor insoportable equivalente a "una muerte psíquica", son personas que ya experimentaron la experiencia de morir y que resultan "sobrevivientes" en función de una defensa paradojal "morir como ser, para sobrevivir a través de hacer para el objeto y

mantener así una falsa ilusión de unión (Winnicott, 1960) (Roussillon, R., 1984). Green trabaja muy claramente esta posibilidad en su excelente trabajo sobre la madre muerta (Green, 1986).

La contradicción de Green entre la crítica a Marty, de tomar en cuenta a los anglosajones y su crítica a ciertas descripciones fenomenológicas de la Escuela de París es notable. Cita la importancia de M. Klein y a la vez crítica que incluyan en la evolución del paciente fracasos en la sensoriomotricidad y en la motricidad, en la relación temprana con los padres. Dice que esto es un tema "ajeno" al Psicoanálisis, "Nódulo Piagetiano". Del mismo modo se irrita con la descripción de la Escuela de Paris sobre la forma en que usa el cuerpo el paciente en el consultorio. Eso toma relevancia y es descripta por lo extraña, en relación con otros pacientes y común al grupo de éstos: la estereotipia, la tensión, la falta de expresividad facial, la falta de espontaneidad gestual.

Tampoco está de acuerdo con la búsqueda del origen del "antes psíquico". "Yo no lo busco porque no lo voy a encontrar". Y concluye de ambas críticas que en Marty se dá una deriva a la exterioridad y una busca del antes que lo lleva a lo pre-psíquico.

¿Dónde está Klein que tanto reclama Green, en estas afirmaciones? Las fallas de la sensoriomotricidad están describiendo fenomenológica-mente un punto central de la metapsicología Kleiniana, que el vínculo madre-hijo se constituye punto a punto en la forma de tratar y cuidar el cuerpo del bebé. El "pecho" es un término teórico que condensa los cuidados maternos, llevados a cabo con empatía y amor, o con rechazo y odio, en correlación con las posibilidades de amor y de odio del bebé.

El "antes" no es un hipotético comienzo al que se accede por deducción abstracta, el antes está en el ahora, claro, no es fácil decodificarlo, y más difícil transmitirlo, de modo que para el paciente abra una nueva perspectiva de sentido: pero, ¿esa extraña neutralidad gestual y afectiva de estos pacientes, el hecho de que nunca sufran ansiedad pero sí aumentos de tensión, esa convición acerca de que el analista nunca tendrá afectos solidarios o empáticos con él, porque sólo cumple una función?... ¿Todo esto no nos "relata" una relación carente de mutualidad y empatía? No es una deriva al exterior, es el "antes" en el ahora que nos deja perplejos como analistas y aburridos o cansados, como barrera defensiva que atempera la impotencia frente a datos que "están a la vista" pero demandarán un trabajo muy arduo para que adquieran algún sentido para un paciente, que nos creería locos por meternos con "su forma de ser".

Hay un eje semántico que atraviesa este ahora neutro, hasta un antes relacional, dando una escenificación de un antes carencial y mortífero, pero tan disociados el uno del otro que se necesitaría de un largo proceso, en el que el paciente tolere y que la enfermedad de tiempo, para que se abra como sentido, desde la interioridad del paciente y no como un doble registro de interpretacio-

nes apresuradas, que el paciente no comprende.

¿Dónde está Bion en Green, que tanto lo invoca? Bion (Bion, 1972-1978) (Grinberg, Sor, Tabak, 1973) es más drástico que M. Klein respecto al fracaso de la función de *rêverie* materna, no me voy a referir a la teoría general de Bion pero sí a dos afirmaciones fuertes; Si el bebé es en extremo sensible y la función de reverié de la madre le devuelve un terror sin nombre, las consecuencias son serias. 1) Pueden explicar la muerte súbita de bebés en el primer mes de vida, o 2) pueden llevar a un bebé fuerte que lucha por vivir a recurrir a un *splitting*, por el cual se queda con lo material, el alimento, pero desmiente que éste proviene de un objeto vivo.

Estos dos modelos podrían estar en la base del antes psicosomático, en historias clínicas de niños es usual encontrar internaciones por deshidratación severas negadas por el medio. En muchos casos son sobrevivientes que se aferran desmedidamente a lo material, sin medir necesidad de contacto, deseo ni posibilidad, buscando tener «todo» aunque esto lleve a la muerte prematura.

Donde más abandonado está Bion, tanto por Marty como por Green, es en cuál es la falla central del pensamiento. La descripción del pensamiento operativo, fáctico, sin lugar para la imaginación, la fantasía y los sueños, creo que es un verdadero hallazgo. Hemos encontrado fallas similares en el juego de los niños, que interactúan con juguetes pero no logran otorgarles connotaciones afectivas. No logran penetrar en el área de ilusión del «como si».

Este pensar sobre lo real, la deriva al exterior no es de Marty, es de los pacientes, y priva al pensamiento de su función central: pensar sobre la propia vida emocional, para luego encadenarla con sucesos en el mundo y arribar a conceptos y en un proceso de transformación progresiva habilitar para pensar en los propios procesos de pensamiento.

Aquí llegaríamos al tema de la mentalización, denominación poco feliz porque lleva a grandes equívocos. ¿Qué es mentalizar?, se pregunta Green, y expone excelentemente su teoría de las representaciones. Pero luego suscita equívocos con su concepto de sobrementalización, con el que desdice su propia formulación del representar como actividad abstracta, que trae al presente virtualmente experiencias del pasado y del por-venir.

Cae en términos como sobrementalización que distan mucho del foco del pensamiento elaborativo, refiriéndose a funcionamientos mentales sobrecargados de cosas en sí mismas, elementos beta, que no logran el procesamiento del trabajo de sueño alfa y por lo tanto están en el polo opuesto del pensar transformador. Son sobrecargas de elementos aptos sólo para ser evacuados en acting-out, pudiendo ser el cuerpo, en tanto extraño no reconocido un espacio tan apto para la identificación proyectiva destructiva como el mundo externo o la mente del otro (Bion, 1972) (Grinberg, 1993).

Sin duda, Green no desconoce esta especificación. En la presentación del

caso de Colette Jeansen, cuando la paciente atraviesa por el momento de confusión mental, la locura a nivel psíquico puede ser abordada. Es un momento óptimo de evaluación en psicosomática. Seguramente a esto se refiere Green con la sobrementalización, pero no lo explicita.

Yo creo que a pesar de que Green reconoce en la frase que mencioné anteriormente, que en "Psicosomática se trata de una cosa distinta, difícil de definir", aunque la ubica dentro de su categoría de casos límite, en sus viñetas clínicas, que, se lamenta, no fueron tomadas en cuenta, tiene el propósito y lo enuncia, de descartar la necesidad de una entidad llamada Psicosomática.

Cito a Green: «Voy a presentar dos tesis, en la primera mostraré una mentalización importante en una paciente que produce desórdenes psicosomáticos y en segundo término presentaré ausencia de somatización en pacientes, que teniendo en cuenta su funcionamiento yo esperaba una» (que no se dio).

Si Green quiere demostrar que el paciente psicosomático puede ser analizado y no como piensa Marty que se debe reforzar la relación y no la transferencia y que prefiere el cara a cara para recuperar para el paciente la fallida relación maternal y la investidura que necesita le otorgue el analista al paciente. En este caso estoy de acuerdo con Green acerca de la posibilidad de analizar al paciente psicosomático. En cambio la explicación de Marty me resulta muy concreta, la función materna se recrea por la posibilidad del analista de readjudicar sentido al sentido del que despojó la madre a la interioridad del bebé.

Pero me inclino a pensar que el objetivo de Green es borrar la diferencia entre la Psicosomática y ubicarla en el gran grupo de casos límite. Posición con la que no estoy de acuerdo, como ya fundamente anteriormente.

Green lamenta que sus viñetas clínicas no hayan sido tomadas en cuenta en la discusión. Desde mi perspectiva considero que no se trata de pacientes Psicosomáticos, con una axcepción, la única paciente psicosomática es la paciente de Colette Jeansen, que describire en detalle luego de una breve revisión de las viñetas anteriores.

En el caso A, la paciente está lejos de ser psicosomática, es una paciente reivindicatoria, fabuladora, que crea permanentes enfrentamientos entre el medio familiar y Green. La ubicaría en una transferencia perversa en la que prefiere mantener la enfermedad con tal de cumplir una reivindicación: hacer perder al analista «mi mal es más fuerte que tu bien».

Cuenta que tuvo un acceso de rectocolitis y encontró un gastroenterólogo "con estilo poético" que le dijo «sus intestinos lloran sangre». Me hubiera dado tiempo para verificar si le ocurrió y, si hubiera sido, lo consideraría un progreso analítico, finalmente a través de su cuerpo traería la reivindicación, «el entripado», pero, me lleva más a duda sobre la veracidad del episodio su curación espontánea, por una exorcización verbal «nunca más tendré un acceso de rectocolitis» y no lo tuvo, dice Green. Este giro me convence más de un nuevo falseamiento de

la verdad, atacante de la mente del analista.

El segundo paciente presenta asma y eczema. Tiene una tendencia a somatizar que dada la gravedad del caso, responde a su parte más conectada con el cuerpo. Mientras que la primacía de la patología se centra en el masoquismo extremo y el riesgo de suicidio, que clínicamente se expresa como un dolor clínico psíquico casi permanente, rasgo totalmente opuesto a la vida operatoria del psicosomático.

Lo que más me llamó la atención es que el caso presentado por Press, de la Escuela Psicosomática y supervisado por Green, tampoco es un psicosomático. Es un caso sumamente interesante y supervisado brillantemente por Green, pero se trata de un paciente en que su cuerpo esta involucrado, pero de un modo distinto. Él padece una grave afección (riñón poliquístico) heredado de su madre. Presenta el interesante tema de cómo absorbe el psiquismo una enfermedad grave heredada de la madre, al que se le agrega un vinculo primario con una madre deprimida, que da lugar a un material riquísimo clínicamente. Pero no es un paciente psicosomático en sentido estricto, corresponde al campo de la Patoneurosís (Ferenczi, 1947-48).

El único caso de psicosomática es el de Colette Jeansen que la terapeuta maneja de modo excepcional trabajando en la justa paradoja que estos pacientes nos plantean, ya desde la indicación institucional, cuando le es derivada en el servicio asistencial en el que trabaja, con la siguiente prescripción: «nada de interpretaciones, salvo eso, dé libre curso a su intuición».

Efectivamente como describe Green, Katia presenta en el vínculo terapéutico las cualidades operatorias, fácticas y la desmentida del dolor emocional y de la enfermedad física misma «Todo está bien. no tiene recuerdos, ni sueños, cuando éstos se hacen presentes todo es blanco y hay espejos y espejos que sólo reflejan lo blanco. Dolorosa transmisión del vacío, de un continente mental y correlativamente vacío de un continente materno, que no refleja en su función de espejo narcisizante a Katia. Es un interior materno que se refleja infinitamente a sí mismo.

La sensibilidad de la terapeuta le permite ir vislumbrando lo que desde nuestra perspectiva denominamos alteraciones simbólicas, su cuerpo no logra representación adecuada, no logra diferenciarlo del cuerpo de la madre, la diferenciación entre interior y exterior, realidad y fantasía sufre borramientos, las experiencias oníricas se diluyen en hechos reales. A la vez se hace evidente una relación de apego a una madre intrusiva, con un tipo de simbiosis en que la paciente percibe algún peligro de parasitación, pero muy incierto, no pensable.

La decisión de la terapeuta es la indicada, no imponer interpretaciones a una paciente tan alejada de las vivencias emocionales, sino sólo ligar, relacionar ideas entre sí. Respeto a la privacidad de la paciente y al nivel simbólico en el que transita, ligar ideas de Katia, hasta que pueda surgir desde su interior la

posibilidad de otorgarles sentido. Es desde esta contención, con una madre no intrusiva que Katia puede mostrar la violencia pulsional y el peligro de muerte. Hay una evidente alarma, ¿morir? ¿matar? ¿reconoce su señal interior o es un "cartel" como cualquier otro del mundo exterior?

El acontecimiento de mayor riqueza ocurre en el episodio de Navidad. En la investigación clínica que realizamos (Liberman y colab. 1983) encontramos en los procesos de transformación simbólica un hallazgo clínico, que no habíamos registrado a solas en nuestros consultorios: en un momento dado el paciente sufre una desorientación temporoespacial y atraviesa por una experiencia oniroide en vigilia, con alto monto de ansiedad. Observamos que estos son momentos claves: corresponden al quiebre, por efecto del proceso analítico, de la defensa caracterológica extrema, y deja al descubierto y ante la "mirada del paciente", al self genuino, en estado de desamparo objetal, desorientado, un niño pequeño desconsolado en busca de su mamá. Marca un punto clave porque reaparece el self infantil con el nivel de simbolización precaria, pero genuina, al que accedió en su evolución temprana.

El episodio de Katia tiene una riqueza semántica enorme, pero no es aún semantizable para la paciente, son hechos que pueden entusiasmarnos mucho como analistas a dar interpretaciones, pero esto cerraría el campo, abriría nuevamente la brecha entre el niño pequeño, que atravesó una situación traumática de pérdida abrupta del sistema defensivo-mamá y elucubraciones frías y disparatadas de un analista que no atiende a ese desvalimiento reciente que lo dejó "en carne viva".

El elemento que produjo mayor resonancia en mí, es la tranquilidad que sintió Katia, cuando descubrió "el lugar en el que perdió los objetos tan deseados". Esta es una lógica particular, una lógica paradojal (Grassano, Woscoboinik 1990) que contiene un profundo sentido, que deberá abrirse paulatinamente desde la interioridad de la paciente.

Su mente "descubre", "constata", con el encuentro de la bolsa vacía, que alguna vez ella contó en su vida con la experiencia de objetos apetecibles a los que ella reconocía y sabía seleccionar y aprovechar y también registros táctiles y térmicos de contactos corporales suaves, acariciantes. En esa época de su vida ella tenía deseos, satisfacciones emocionantes expectativas por la espera del reencuentro con esos objetos. Pero esa experiencia alguna vez se perdió y tanto el objeto como su mente quedaron vacíos y perdidos ¿Dónde, cuándo, cómo ella perdió esas experiencias vitales y potencialidades de sentir?

En la "puesta al exterior" ella realiza en actos un proceso que siente se ha ido produciendo espontáneamente con su analista, ha hecho el recorrido inverso, desde el presente al pasado, y algo en la contención que recibe, en el placer de intercambiar palabras, en el espacio del consultorio "despertó", "avivó", esta potencialidad que había perdido. Pero la tuvo, no fue una ilusión, la bolsa está

allí, esto es tranquilizante. Quizás podría volver a tenerlo... Evidentemente crece, surge la posibilidad de desprenderse de los padres y la concreción de la vivencia de pérdida, a través del desasosiego, los agujeros en su memoria. No sabe dónde están los objetos. Vivencia concreta de la pérdida por la ruptura de la fusión con los padres, pero es ya una vivencia mental.

En una sesión, en un estado cercano a la desesperación, no sabe lo que le falta, no sabe dónde están los objetos. Ahí la analista comprende el nivel exacto de concretismo simbólico de la paciente y le dice: "Creo que falta el estante inferior en el armario y que el martillo quedó en el reborde de la ventana..."

Retoma el relato concreto de Katia, cuando estaba entusiasmada y esperanzada por la separación de los padres y contaba paso a paso, los arreglos del nuevo departamento. Katia se calma. "Era eso" dice... "eso" es todo lo que bordea la impensable angustia de separación, "eso" es un conglomerado indiferenciado de dolor insoportable por la defusión con su madre, "eso" es el miedo de estar sola.

Pero cuando la analista retoma el discurso concreto de Katia, anterior a esta desesperación por la defusión, le sucede como con la bolsa vacía "su analista mantiene el registro de sus palabras, ella está representada en la interioridad de su analista, lo acaba de constatar, ahora con sus oídos, ella recuperó a alguien dispuesta a continuar un maternaje que tuvo y en algún lugar-tiempo perdió". Nuevamente atraviesa por una experiencia de calma.

Las controversias que surgen, con estos pacientes, acerca de la efectividad del método analítico, asientan en el impacto que produce en el analista un particular desencuentro de cosmovisiones. El encuentro marca un particular desencuentro, que si no constituye el foco del trabajo analítico se transforma en valla insalvable y deviene en desesperanza para el analista. Este desencuentro que surge desde la base misma de la propuesta analítica, como analistas, cualesquiera sea nuestra línea teórica, ofrecemos la creación de un espacio, para desplegar un diálogo, que tendrá como centro la vida emocional del paciente. Hacemos esta propuesta a un paciente para el que, por su estilo de vida y por la red vincular en la que ha evolucionado, las emociones y la reflexión sobre ellas, son "objetos suntuarios". Para estas personas designar un espacio y dedicar tiempo para hablar de la vida emocional, es una experiencia inédita, en un sentido mucho más tajante, de los novedoso que pueda resultar el diálogo psicoanalítico, para cualquier paciente.

Este desencuentro básico constituye el entramado sobre el que comenzará el encuentro. Esta situación constituye a mi entender una pieza nodal, para la apertura del juego psicoanalítico. Es el fondo en el que se contextúa la relación, fondo que debería ser figura central de la interpretación, en el inicio de la relación analítica (Anzieu, 1978). El paciente psicosomático está perplejo frente a la propuesta analítica, porque ésta entra en abierta oposición con su intención y

mandato, de establecer relaciones "descarnadas de connotaciones emocionales" (Grassano, E., 1984).

También el analista esta perplejo por un tipo de lógica particular de esos pacientes que presentan un pensamiento paradojal (Watzlawik, 1963); (Anzieu, 1978). En la clínica encontramos tres órdenes de situaciones paradojales:

1) Antagonismos entre las secuencias del relato y las conclusiones a las que llega el paciente, por ejemplo, que los exigen por que los valoran, que los martirizan con celos porque los aman.
2) Planteo de dilemas bajo la forma de falsos problemas. Plantean antagonismos entre mensajes que no se ubican en el plano de una contradicción natural. Uno de ellos es una verdad emocional, el otro una verdad de consenso, que anula y descalifica a la otra, por ejemplo, no se si estar triste por la enfermedad de mi mamá o pensar que son cosas de la vida.
3) Un tipo particular de descalificación de la interpretación del analista. El paciente le atribuye al analista una intención de que el paciente pase a la acción, en estos casos el analista, que ha interpretado un sentimiento recibe una respuesta violenta del tipo de ¿qué querés que haga? Constituyen momentos de personificación en la transferencia del objeto interno tiránico y arrogante (Anzieu 1978).

Pienso que los pacientes psicosomáticos pueden beneficiarse psicoanalíticamente, cuando la enfermedad da tiempo, sin mediar transformaciones del método. Deberá, sí, mediar un cambio en la posición interna del analista, que necesitará estar disponible para desarrollar funciones de auténtico maternaje simbólico, es decir agudizar la receptividad para re-unir la trama del dolor de la "no existencia", que se repite, devela y oculta en la transferencia. Necesitará ser un "paciente artesano" para reconstruir el tejido conectivo entre cuerpo, emoción y pensamiento, suturando la herida de una desilusión precoz que el paciente ignora (Winnicott, Roussillot; 1986).

Sin duda, para comprenderlos debemos revisar con ellos las fallas de su narcisización: su ser no conformo a su madre. En la transferencia no conforman a su terapeuta, lo aburren lo cansan, lo irritan con su tono monocorde y sus narraciones. ¿Qué se espera de él?: El analista propone un encuadre, él lo cumple; pide que hable, lo hace, pero además espera algo más, que llene sus relatos de afectos, de sueños, de imágenes. Se cambió la programación respecto del pedido primario al que se amoldó. (Grassano, Elsa; 1999).

Comprometen mucho al analista como persona, aunque no lo saben, y esto de dos maneras: a) en tanto bordean el límite de vida y muerte, el analista debe tolerar la incertidumbre acerca de si la enfermedad va a dar tiempo para la elaboración psicoanalítica y b) por que cuando recrudece el síntoma y la negación del cuerpo y la emocionalidad fracasan, ofrecen un material que permitiría relacionar por analogía, simultaneidad sucesión, el empeoramiento con senti-

mientos de malestar en la transferencia. Todo puede «estar a la vista» pero no es pasible de registro para el paciente. El analista deberá acudir a su paciencia para no interpretar metafóricamente y mostrar esos hechos, que han coincidido, para que el paciente comience a registrar esa «coincidencia», hasta que otras realizaciones similares «despierten» la curiosidad por su subjetividad y logre desde su interioridad concatenarlos y darles un sentido no casual, sino interno y multicausal.

Bibliografía

Alexander, F. 1934 "The influence of psychologic factors upon gastrintestinal disturbances. A. Symposium Psychoanal. Quarterly. 1952. *La medicine psychosomatique.* Payot, París, 1977.

Anzieu, D. (1978). *La transferencia paradojal.* Ficha interna Asociación de Psicoanálisis de Buenos Aires (ApdeBA).

Anzieu, D. (1987). *El yo piel.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Berenstein, I. (1993). Presentación de la tercera edición del libro, Liberman, D. y colaboradores. *Del Cuerpo al Símbolo.* Buenos Aires, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (ApdeBA).

Bion, W. R. (1966). *Volviendo a pensar.* Buenos Aires, Hormé.

Bion, W. R. (1972). *Elementos de Psicoanálisis.* Buenos Aires, Hormé.

Bion, W. R. (1978). *Seminarios de psicoanálisis.* Buenos Aires, Paidós.

Dunbar, F., 1943. *Psychosomatic Diagnosis,* Hoeber, 1943.

Fain, M. y David, Ch. (1962). *Aspects fonctionnels de la vie onirique.* Congreso de Psicoanálisis de Lenguas Románicas. Barcelona. Vol. 51, número especial, *Revue Française de Psychoanalyse.*

Fine, A.; Schaeffer, J., 1998. *Interrogation Psycosomatiques.* Presses Universitaries. *Interrogantes en Psicosomática.* Amorrortou editores, Buenos Aires, 2000.

Ferenczi, O.,1947-1948. "Hysterie and Pathoneurosen" Internat. Psych. Bibliotek, n°2.

Freud, S., 1984. "Manuscrito E", Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Amorrortu editores, Tomo I, Buenos Aires, 1996.

Freud, S., *Obras Completas,* Amorrortou editores. Buenos Aires, 1996.

Garma, A. 1969. *Psicoanálisis de los ulcerosos,* Paidós, Buenos Aires, 1969.

Grassano E. & Woscoboinik, P. (1990). Modelos de interpretación en psicosomática - comunicación paradojal. Montevideo: *Actas del Congreso de Epistemología y Psicoanálisis.*

Grassano, E. N. (1995). Consideraciones sobre comunicación y pensamiento en psicosomática. 3ª edición*Del cuerpo al símbolo.* Asociación de Psicoanálisis de Buenos Aires (ApdeBA).

Grassano, E. N. (1985). *El niño psicosomático:* Apertura Congreso Sudamericano de Psicoanálisis. Mar del Plata, Argentina.

Grassano, E. N. (1984). La cura en el paciente psicosomático. *Asociación de Psicólogos de Buenos Aires.*

Grassano, E. N. (1995). La enfermedad psicosomática desde una concepción unitaria.

Claves en psicoanálisis y medicina.

Grassano, E. N. (1998). El eclipse del cuerpo: Alexitimia, cognición y psicosomática. Rev. Mudanças, Año VI, n° 10, 1998. São Paulo. Brasil.

Green, A. 1990. La metapsicología, revisitada. Amorrortu. Buenos Aires.

Green, A. (1993). "La madre muerta" en Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires: Amorrortu. Ediciones Minuit (1983).

Grinberg, L., Bianchedi, E. T. & Sor, D. (1973). Introducción a las ideas de Bion. Nueva Visión. Buenos Aires, 1973.

Grinberg, L., 1993, Prólogo a la terceras edición "Del cuerpo al símbolo" de Liberman y colaboradores. Editorial Ananké, Chile.

Klein, M. (1962). *Obras completas: Vol. 2 y 3.* Buenos Aires, Paidós.

Liberman, D. (1962). *La comunicación en terapéutica psicoanalítica.* Buenos Aires, Eudeba.

Liberman, D. (1970). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico.* Buenos Aires, Galerna.

Liberman, D., Grassano, E. N., Dimant, Pistiner, & Woscoboinik, P. (1983). *Del cuerpo al símbolo, sobreadaptación y enfermedad psicosomática.* Buenos Aires, Kargieman. (Chile, Ananké, 1993).

Marty, P., 1951 "Aspect psychodynamiques de l'étude clinique de quelque cas de cephalalgies. *Revue Française de Psychoanalyse,* vol. 15, n°2.

Marty, P., M'Uzan, M., 1962 "La pensé operatoire". *Revue Française de Psychan.* Vol. 27, número especial 1963.

Marty, P., M'Uzan, M., 1963. *L´investigation psichosomatique,* París, Presses Universitaires de France.

Marty, P., M'Uzan, M., 1963. *L´investigation psychosomatique.* Puf. París.

Marty, P. (1995). *La psicosomática del adulto.* Buenos Aires, Amorrortu editores.

Meltzer, D. (1974). *Identificación Adhesiva.* Conferencia en la William Alanson White Psychoanalytic Society (Sept. 29). Ficha interna de APdeBA.

Roussillon, R. 1984 "Paradoxe et continuité chez Winnicott. Les defenses paradoxales". *Bulletin de Psychologie.* Tomo XXXIV, n°350.

Segal, H. (1961). *Introducción a la obra de M. Klein.* Buenos Aires, Paidós.

Watzlawick, P. et al., (1993). *Teoría de la comunicación humana.* Buenos Aires. Biblioteca de Psicología, Ed. Herder.

Winnicott, D. (1958). Mind and its relations to the psyche-soma. *Collected Papers.* Tavistock, Londres. (New York: Basic Books).

Winnicott, D. (1960) "Deformación del ego en términos de verdadero y falso self". El Proceso de maduración en el niño. Editorial Laia. Barcelona,1965.

Winnicott, D. (1986). *Realidad y juego.* Buenos Aires: Gedisa.