

Alvarez, L. H. y Grinspon, E. A. (2002). Somatosis y empecinamiento químico. ¿Escenario del imperio de la pulsión de muerte? Actualidad Psicológica, 298.

Somatosis y empecinamiento químico

¿Escenario del imperio de la pulsión de muerte?

Liliana H. Alvarez
Eduardo Alberto Grinspon

Palabras clave: perversión narcisista, solución masoquista, solución biológica, empecinamiento químico, imperio de la calma, enfermedad operatoria, pulsión de apego, pulsión de sanar, defensa de la Pulsión de Muerte, fijación dinámica y depresiva, capacidad regresiva, punto de fijación intrasomático, somatosis.

En el año 1988, hemos descripto desde la observación clínica, la emergencia del efecto psicósomático al claudicar la estructura sostenida en el espacio intersubjetivo de una pareja con un código sadomasoquista. A posteriori, habiéndonos conectado con el concepto de perversión narcisista descripto por **P.C. Racamier**, e integrando la posibilidad de la elaboración de un trauma por más de un aparato psíquico, describimos en el año 1999 la articulación que se daba entre un perverso narcisista y un perverso sexual. A partir del concepto de solución masoquista y biológica, desarrollado por **R. Roussillon**, y el apego al negativo, planteado por **D. Anzieu**, hemos descripto un tipo de solución masoquista en la que a pesar de primar un apego al negativo del objeto, se sostenía en acecho la experiencia de satisfacción aún no habida, produciendo un tipo de escisión que genera posiciones subjetivas en paralelo. (Un tipo particular de escisión, UCES, 2001)

En esta oportunidad, partiendo de la comprensión metapsicológica de la vida operatoria planteada por **C. Smadja**, vamos a intentar pensar la emergencia del efecto psicósomático en el momento en que se desarticula el equilibrio interpulsional e intercorporal sostenido en un vínculo entre un perverso narcisista y un paciente con un funcionamiento operatorio, encuadrado dentro de una organización psicósomática. El equilibrio al que nos referimos es un tipo diferente de solución masoquista en la que prima el clima de la calma (expresión de la pulsión de muerte) en lugar de la experiencia de satisfacción en acecho antes mencionada.

El hecho que este número sea dedicado a cáncer nos ha motivado para intentar articular el concepto de somatosis con el de empecinamiento químico. Para intentar despejar lo

enigmático de estos conceptos intentaremos dar especificidad a los diferentes elementos articulados en esta coyuntura clínica en la que predomina el **efecto de la negatividad**, sosteniéndose una tendencia hacia la degradación y la calma, diferente cualitativamente de la posibilidad de haber sostenido la complejización psíquica en un escenario habitado por la experiencia de satisfacción. Suponemos que al primar el imperio de la pulsión de muerte, el clima de la calma es el emergente, imponiéndose las defensas interpulsionales desde esta última ante Eros, terreno en el cual se satisface la tendencia entrópica de la pulsión. En última instancia se llega a la descarga, en un empecinamiento químico que lleva a la muerte de la pulsión, es decir a la muerte de lo vivo. Las defensas de la pulsión de muerte ante Eros pugnan por de-vivir lo más rápida y completamente posible la tensión vital en las fuentes pulsionales y conducir en consecuencia hacia la inercia. Su estrategia defensiva puede apuntar tanto a la descarga inmediata de cualquier tensión libidinal no desexualizada como al vaciamiento del conjunto de las tensiones eróticas (Freud, 1923; Maldavsky, 1992, 1995).

Intentaremos delinear: 1) lo procesal en el monismo psique - soma; 2) apego al negativo – solución masoquista; 3) vida operatoria – depresión esencial y pensamiento operatorio; 4) puntos de fijación posibles; 5) capacidad regresiva, posibilidad de reintrincación pulsional (patomasoquismo), imposibilidad de lograr esta intrincación por la eficacia de la defensa de la pulsión de muerte hacia Eros.

Constructo clínico

A partir de ciertos rasgos fenoménicos que advertimos en un conjunto de pacientes, intentaremos delinear un constructo clínico que nos permita pensar el concepto de somatosis en pacientes en los que se hacen presentes repetidas situaciones de enfermedad neoplásica, ya sea por la aparición de metástasis, complicaciones en el tratamiento, o por la emergencia de otros tumores en el curso de la vida. Desarrollaremos: 1) Antecedentes generales. 2) Un tipo de secuencia que dé cuenta de la aparición en la vida de un paciente, de este tipo de devenir orgánico y los efectos singulares en la economía psicosomática.

1) El tratamiento de nuestro paciente transcurre durante un tiempo suficientemente prolongado a través de un funcionamiento operatorio. Lo llamativo desde el registro contratransferencial, es la presencia de vínculos adhesivos, tóxicos, incestuales, endogámicos, con preeminencia de una dependencia incuestionable, fundamentalmente en términos afectivos y económicos (libidinales y monetarios).

Un elemento a tomar en cuenta es la presencia del sacrificio, como un componente fundamental que garantiza un rédito narcisista y un lugar incuestionable en el espacio de un otro al sostener un derecho subjetivo a la relación. Los vínculos de pareja son relatados desde una posición subjetiva a través de un discurso en el que impera la queja, el reproche, la insatisfacción y la presencia del dolor como testimonio de lo no habido.

En este escenario familiar coexiste otra relación de dependencia dada con un personaje manipulador, dueño de un saber y poder, con quien a través del tiempo y mediante una relación adhesiva, se fue dando un estado de degradación que incrementa la situación de dependencia tanto en términos subjetivos como objetivos. Este personaje manipulador opera como un expoliador de vitalidad y logros subjetivos del otro. Tanto el tipo de vínculo de pareja como esta relación con el personaje déspota¹, lo enunciamos como un tipo de solución masoquista dada por la articulación de un perverso narcisista con un paciente con un funcionamiento operatorio. Por la característica particular de este déspota, en cuanto relación expoliadora de libido del otro, la referimos a un tipo de perversión narcisista.

A través de un tiempo prolongado de tratamiento las escenas son homólogas, una presencia iterativa de los mismos personajes donde el tránsito a través del tiempo deviene en círculo con la imposibilidad de acceso a un movimiento en espiral, generándose un tipo de tensión tóxica que termina agotándose en sí misma y creando lo que llamamos un clima de calma, entendida ésta como un tipo de estabilidad con el empobrecimiento de la tensión vital. Es necesario remarcar que la solución masoquista lograda en estas dos situaciones puede coincidir dentro de un mismo escenario intersubjetivo.

2) Ruptura del equilibrio y la calma

Imprevistamente algo sucede en el personaje de quien nuestro paciente depende afectiva y económicamente, lo que determina un cambio fundamental y drástico en su tipo de vida, ya sea quedar sin trabajo, quedar degradado ante su propia familia, llegándose finalmente a un empobrecimiento económico inimaginable. El supuesto continuum intersubjetivo y transfusional, que sostiene este tipo de pacientes en su vínculo de dependencia, se rompe. Lo propio cambia de signo, lo familiar se hizo extraño, entramos en el clima de lo impensable, lo inimaginable que no se puede creer. Se inicia a partir de ese momento un proceso de desvitalización, instalándose un enojo tóxico, aparece un silencio pertinaz y la actividad

¹ D. Maldivsky

mundana entra a operar en automatismo dentro de una intensa retracción. Si podemos imaginar que en este tipo de pacientes la adhesividad y actividad operaban como un proceso autocalmante, en estos momentos desde lo contratransferencial se percibe un incremento de la adhesividad acompañado por un tipo de actividad automática y desubjetivante (no acorde a fines, sin rédito subjetivo). Si bien el procedimiento autocalmante persigue el propósito original de imponer a la sexualidad un enlace con la autoconservación y el principio de constancia, casos como el que describimos ponen de manifiesto el fracaso posible en sus objetivos promoviéndose entonces un giro. En vez de neutralizar la pulsión de muerte, estos movimientos cambian de signo y se vuelven agentes del principio de inercia al intentar conducir al vaciamiento total de la energía circulante (D. Maldavsky).

Sin pensar en una idea de causalidad, pero sí pudiendo que ser examinado desde el efecto a posteriori dentro de la economía psicosomática, se presenta un tumor neoplásico. En este período, articulando los recursos aportados por lo médico más los recursos familiares, se transita el acto quirúrgico de un modo exitoso y satisfactorio. Se recupera una capacidad fantasmática y aparecen elementos metafóricos, sobre todo en la posibilidad de imaginar al tumor como aquello en lo que se transformó lo propio y en un tipo de defensa posible. Es notable la mejoría subjetiva y el cambio de las alianzas familiares e intersubjetivas, excepto en el núcleo privado dado con el perverso narcisista, en el que se sostiene una estasis témporo - espacial. Luego de un tiempo, reaparece el mutismo, la retracción, dentro de un enojo del medio familiar por lo inexplicable de esta actitud y por lo imposible, incluso desde la vivencia del terapeuta, de poder movilizar esta situación. Así como en ciertos pacientes aparece esta retracción muda y tensa, hemos notado en un grupo de pacientes un tipo de enojo violento, con un discurso empecinado y concéntrico respecto de un supuesto enemigo, de quien hay que liberarse “porque no quiero tener otro cáncer”. Esta actitud subjetiva promueve situaciones violentas, bruscas, de cortes intersubjetivos hasta ese momento inimaginables, por ejemplo, pelear para siempre con la mejor amiga por un hecho banal².

Luego de un cierto tiempo, se hace presente otro tumor (metastásico o no) y se reedita el mismo proceso hasta ahora descrito. Hemos notado la relación particular en términos de réditos narcisistas que puede tener tanto la quimioterapia como el período de radioterapia, como si por la vía trans-fusional se pudiera recuperar o instalar un tipo de alianza erótica revivificante recuperándose algún tipo de continuum. Al finalizar estos períodos de

tratamiento, a pesar de haberse dado una recuperación subjetiva temporaria, reaparecen situaciones tumorales, pudiendo llevar de diferentes modos y evoluciones hacia la muerte.

Intentamos brevemente delinear un constructo clínico limitado en la cantidad de variables posibles e incluso teniendo que ser pensado tanto desde la comprensión biológica³ así como desde el efecto en la economía psicosomática de un sujeto vivo. Es a este último aspecto al que nos dedicaremos en este trabajo.

El concepto de empecinamiento químico surge de la vivencia contratransferencial ante un estado de porfía, una insistencia concéntrica de un más de lo mismo. En pacientes con un funcionamiento operatorio muchas de las inferencias teórico - clínicas surgen del registro empático de estados afectivos, tóxicos y corporales, captados, imaginados y pensados, desde las sensaciones del propio terapeuta. Queremos dejar planteada la diferencia, ante situaciones homólogas a la descrita, en las que un cuadro somático, por ejemplo un cáncer, que si bien comprometió seriamente la vida, implicó en cuanto situación subjetiva somato – psíquica, un referente témporo - espacial que pudo movilizar una situación mantenida en estasis hasta ese momento.

1) Lo procesal monismo psique ↔ soma

La noción de economía psicosomática y los medios variables para asegurar su regulación en los diferentes momentos de la vida, constituyen un modelo teórico - clínico que posibilita pensar los movimientos progredientes y regredientes dentro del monismo psique ↔ soma. **César y Sara Botella** integran a éste último dentro de “lo procesal”, entendiendo al proceso como posibilidad transformacional de la pulsión que articula permanentemente la capacidad progrediente hacia la psico-lógica conducente hacia la representación, y la capacidad regrediente hacia lo perceptivo alucinatorio, fondo alucinatorio del psiquismo, que subyace a toda representación. Pensamos que la posibilidad de acceso a lo alucinatorio es la interfase entre la última posibilidad de recurso psíquico o de mentalización previo a precipitarse a un “más allá”, hacia el soma como espacio para lograr una solución bio-lógica. El movimiento

² Cuando la marca del desinvertimiento deja un núcleo tóxico por estasis de la necesidad, plasmado en lo “intrusivo”.

³ Por ejemplo: Investigaciones hechas sobre tumores malignos primarios múltiples, tumores sincrónicos, metacrónicos. Función del p53 en la posibilidad de supresión tumoral; relación del p53 con la apoptosis, proceso de muerte celular programada y efecto de la disfunción del gen p53 y su correspondiente proteína en este proceso. *Journal of Neurooncology*, 2001, Klumer Academic Publishers, Malkin David, The role of PS3 in human cancer, etc.

pulsional tanto progrediente como regrediente muestra la no reversibilidad de la dirección pulsional que siempre es en el sentido “por venir”.

Al entender la economía psicosomática dentro de este monismo cae la posibilidad de sostener el clivaje psique–soma, para pensar que la línea de clivaje se transfiere al interior del dualismo pulsional. El efecto psico ↔ somático es producto de la construcción o deconstrucción del juego pulsional, posibilidad singular de mantener un nivel adecuado del masoquismo erógeno guardián de la vida como nivel de resistencia primaria (**Daniel Rosé**). El valor de esto depende de su enlace con la pulsión de autoconservación, de ella como sostenedora del principio de constancia, del mantenimiento de una tensión vital opuesta a la descarga absoluta del sistema. Si se da una falla en este tipo de masoquismo y no se puede apelar a un movimiento regresivo hacia un punto de fijación adecuado, se sostiene un empecinamiento químico dentro de un automatismo aferrado a lo idéntico, en cuanto identidad de percepción, pudiéndose llegar finalmente a un triunfo de la función desobjetalizante que lleve a la descarga y a la muerte de la pulsión. Este desenlace será la consecuencia del triunfo de la defensa interpulsional desde la pulsión de muerte hacia Eros. (Freud, 1924)

2) *Apego al negativo – Solución masoquista*

Intentaremos articular dos conceptos: A) apego al negativo del objeto, B) solución masoquista (**René Roussillon**).

A) **Anzieu** enuncia el apego al negativo como aquello que combina una experiencia negativa del apego y una fijación a objetos de amor que responden negativamente a las demandas de ternura que les son dirigidas. Esto explicaría “por qué se puede continuar en la vida amando a personas que les hacen mal”. (**Didier Anzieu**)

André Green plantea a partir del complejo de la madre muerta, que la falta de respuesta de la madre en los momentos primarios conduce a un estado en el cual “lo negativo es real. La marca de estas experiencias sería tal que se extendería a toda la estructura y devendría independiente de las apariciones y desapariciones futuras del objeto; lo que significa que la presencia del objeto no modificaría el modelo negativo, devenido la característica de las experiencias vividas por el sujeto. Lo negativo se impone como una relación objetal organizada, independiente de la presencia o ausencia del objeto. Esta solución negativista hace salir tanto al objeto de su ausencia como al yo de su nadificación. Sustituye al fracaso de

la satisfacción alucinatoria del deseo que hubiera tenido que ser encuadrante del objeto, por una persistencia dolorosa (previo a la vivencia de dolor), dando lugar en su presentificación a un más allá de toda cualidad masoquista”. Es decir, el apego al negativo describe la posibilidad de haber logrado una situación de apego en un clima donde lo negativo es real.

De todos los fenómenos clínicos que intentamos pensar, lo enigmático tiene que ver con el imperio de la negatividad y de la calma, entendida como testimonio del “imperio de la pulsión de muerte”. **Anzieu** describe que en este caso el psiquismo opera por negación, anulación, denegación, desconocimiento, lo que podemos homologar como una primacía de la abolición o desestimación (D. Maldivsky).

Si en un ser vivo se da un momento inaugural de no investimento, esa situación tiene dos posibilidades: 1) no resiste y muere, ya que la pulsión fue a la descarga en un circuito corto implicando la muerte de la pulsión; 2) pudo resistir logrando un tipo de intrincación pulsional. El modo singular en que cada uno resistió queda plasmado en un núcleo masoquico primario (**B. Rosenberg**), en el cual también quedan marcas presubjetivas y atópicas de lo que podemos enunciar como un dolor sin conciencia, previo a la vivencia de dolor y en un más acá del masoquismo (marca de agonía).

Los rasgos caracteropáticos de estos pacientes los pensamos como lo más propio en su patrimonio subjetivo ya que es el modo como cada uno ha podido sobrevivir al estado de desinvestimiento (neurosis de comportamiento, **Pierre Marty**)⁴.

B) **Roussillon** enuncia al aparato psíquico como un aparato de procesamiento y de creación, de categorización, de combinación, de memorización, de ligadura y de representación simbólica. Por este camino se logra un proceso transformador y creativo de lo dado arcaicamente, informaciones y energías venidas tanto de lo externo como de lo interno, de lo actual como del pasado (Bion). Esto nos posibilita pensar a la solución masoquista como un modo de sobrevivir, en apariencia bajo la primacía del principio de placer – displacer, cuando en realidad se está funcionando en un más allá del principio de placer. Es decir, bajo la primacía de la compulsión a la repetición o automatismo de repetición, “único modo de funcionamiento ante el retorno de lo aún no subjetivado”.

⁴ Tanto el desinvestimiento como el sobreinvestimiento del recién nacido, lo entendemos como resultado de la complicidad fantasmática de la pareja parental respecto al modo en que se articula la función amante y genitora dentro de la función paterna.

A las soluciones tanto masoquista como biológica las enuncia como “autocuras”, es decir soluciones que no proceden de inicio de una forma de interiorización simbolizante de la experiencia subjetiva sino que muestran al sujeto intentando tratar aquello a lo que ha sido confrontado, sin poder pasar por el trabajo de la simbolización y de los duelos que esto engendra necesariamente. No son modalidades propiamente autoeróticas (ya que no hubo un acceso a la posibilidad alucinatoria) sino que pertenecen a formas de autosensualidad (**Tustin**) o procesos autocalmantes (**G. Szwék**).

Suponemos en estos pacientes una experiencia traumática primaria cuya huella mnémica presubjetiva, preontológica y atópica⁵, queda conservada en sectores clivados de su subjetividad. Estas huellas sometidas a la compulsión de repetición, van a ser regularmente reactivadas al ser alucinatoriamente reinvestidas. Su reinvestimiento alucinatorio amenaza a la subjetividad y al yo a un retorno de la experiencia traumática. Lo clivado tiende a retornar, pero al no ser esto último de naturaleza representativa, se produciría en acto, reproduciendo el estado traumático en sí mismo. Por lo tanto, el clivaje solo no alcanza, va a ser necesario organizar defensas contra el retorno del estado traumático anterior. Estas defensas complementarias puestas en juego por el aparato psíquico, intentando ligar y coagular de manera estable la posibilidad del retorno de lo clivado, son la característica de cuadros clínicos donde se imponen defensas narcisistas, siendo la solución masoquista una de las opciones. En las coyunturas clínicas que estamos pensando, la solución masoquista da cuenta de un tipo de vida operatoria que articula una depresión esencial instalada muy prematuramente, a partir de un estado de inorganización y un tipo de contrainvestidura particular, dada por el pensamiento operatorio y los procesos autocalmantes.

Debemos diferenciar dentro de esta solución masoquista dos posibilidades: 1) la que sostiene de un modo desesperado la posición de sujeto en un escenario donde impera la queja y el reproche dirigido hacia un otro articulado y no articulable que opera como deudor. Aquí la relación imaginaria está centrada en poder quedar “ligado desde mi sufrimiento y siendo mi dolor el testimonio de tu ausencia”. La solución masoquista tiene así jerarquizada y estabilizada la desinvestidura y la posibilidad atemporal de sostener la queja, mediante la cual sería posible sostener la transformación de carencia en falta.

El contrato narcisista que subyace a la solución masoquista representa para el sujeto vivo “el precio a pagar para asegurarse el investimento de objeto y estar así protegido del

⁵ UCES, “Un tipo particular de escisión. Posiciones subjetivas en paralelo”, 2001.

retorno del traumatismo primario”. En esto último suponemos una fijación patógena introductora del caos, que no permite disponer de los recursos plásticos y dinámicos necesarios para procesar la incitación aportada por la economía pulsional y la realidad mundana. Es así que la viscosidad libidinal no encuentra término anímico al cual enlazarse y puede quedar expuesta a una forma de apego a un objeto externo tal como un personaje psicótico o perverso (D. Maldivsky).

“La solución masoquista no se sostiene pues si no es por medio de una relación de complicidad con objetos que necesitan mantener la expoliación perversa de la subjetividad”. Este último comentario de **R. Roussillon** nos relaciona directamente a la segunda opción de la solución masoquista.

2) Esta opción que sostiene el lugar de objeto, es lo específico de este tipo de solución en la relación de una organización psicosomática con un perverso narcisista. (pacto relación de complicidad) **Racamier** plantea, hablando de la perversión narcisista, que es aquella en la que el objeto es tratado como un utensilio y es por esta razón que lo más logrado de esta perversión (perversidad) se da fundamentalmente en la acción y no en la fantasía. Siempre la manipulación perverso narcisista es a expensas de un otro, en detrimento de personas reales.

En el equilibrio intersubjetivo e interpulsional que se instala en este tipo de alianza, el perverso narcisista obtiene, con la expoliación perversa de la vitalidad de un otro, la libido necesaria para mantener obturada la brecha de una herida narcisista transgeneracional.

En este tipo de alianza intersubjetiva asentada en un clima donde imperó la calma y por no quedar sostenida en acecho la experiencia de satisfacción aún no habida, se da la necesidad de mantener un investimento de objeto mediante un continuum pulsional dado por el equilibrio interpulsional e intercorporal. El sujeto sostiene la posibilidad de ser alguna vez objeto del deseo de otro, saliendo de este modo de la identificación con un objeto alucinado negativamente y sostenido en un cuerpo real. Ante el fracaso de la solución masoquista y al no poder apelar a lo propio del recurso alucinatorio, queda como última posibilidad acceder a la solución bio- lógica (Roussillon), la cual tiene limitada su eficacia por estar en un espacio donde impera la negatividad, quedando quizás la muerte como último recurso, equivalente pervertido del nacimiento subjetivo nunca habido.

3) *Funcionamiento operatorio*

Si “vida operatoria” es referida habitualmente a la depresión esencial y al pensamiento operatorio, creemos pertinente intentar especificar qué matices de estos últimos priman en la situación clínica cuyo desenlace puede ser la somatosis dentro del empecinamiento químico.

Tanto el pensamiento operatorio como las conductas autocalmantes son defensas ante el registro doloroso de una falla que afecta al narcisismo. Desde esta óptica, **C. Smadja** enuncia a la vida operatoria como una enfermedad del narcisismo, segunda tópica, con preeminencia de un narcisismo negativo y dándose una tendencia a la desintrincación pulsional y a la desobjetalización.

Es importante hacer una diferencia entre la enfermedad operatoria que estamos enunciando (desintrincación psicósomática), y los estados operatorios habituales en cualquier momento de la vida (regresión somática). En la enfermedad operatoria, el narcisismo queda afectado al ser el yo, en cuanto objeto de investimento del ello, el que queda sometido a un proceso de desobjetalización. En los estados operatorios, son los objetos del yo los que son afectados por los procesos de desinvestimiento.

En la enfermedad operatoria “el objeto no entra en cuenta”⁶, la depresión esencial es el testimonio clínico del tipo de problemática narcisista operante. Se produce un desinvestimiento del yo, en cuanto objeto psíquico, y una degradación consecuente de las posibilidades libidinales masoquistas al operar la fuerza desobjetalizante de la pulsión de muerte. El pensamiento operatorio, los comportamientos autocalmantes, la conformidad a los ideales colectivos y a la realidad del “socius”, forman un conjunto plasmado en el aferramiento al perverso narcisista y evidencian un modo de supervivencia. Al darse un apego al negativo del objeto a partir de un estado de inorganización, el pensamiento operatorio es un tipo de contrainvestidura posible frente a esta depresión esencial. Ambos configuran una vida operatoria desarrollada prematuramente, y sostenida hasta la vida adulta. Esto explica lo que habitualmente describimos como rasgos caracteropáticos en los pacientes que describimos. En este clima de negatividad el funcionamiento operatorio garantiza la adhesividad de un modo concéntrico al núcleo de creencia⁷ sostenido por el perverso narcisista (C. Smadja)

La estructura de la solución masoquista que estamos enunciando, opera como una mezcla de depresión anaclítica (Spitz), por el efecto devastador de la ausencia del objeto objetivo en el momento de estructuración de la corriente de apego y de caparazón autista (Tustin), en

⁶ Sin miramiento por el objeto. Freud, 1917.

⁷ Concepto desarrollado en “Por amor, creencia fetiche para un tipo de complicidad perversa”, Actualidad Psicológica, 1999.

cuanto modalidad defensiva prematura del yo. La cápsula autista es una organización defensiva del funcionamiento psíquico destinada a proteger del retorno de experiencias catastróficas, que hemos enunciado como marca de agonía. Existe una homología entre el sobreinvertimiento de sensaciones descrito por Tustin y el sobreinvertimiento perceptivo. Este último, consecuencia del sobreinvertimiento del juicio de existencia a costa del juicio de atribución, implica un aferramiento a lo percibido como un real indemne a toda proyección, asistiéndose al límite de la negación de la realidad psíquica. Este signo constante en el funcionamiento operatorio es dado por una falla en el acceso a la realización alucinatoria del deseo, y por estar alterada la posibilidad de representación del objeto.

El sobreinvertimiento perceptivo deviene contrainvestidura antitraumática, ya que contribuye a paliar la ausencia traumática de la representación del objeto. La realidad operatoria, monótona e indiferenciada, permite instalar un continuum objetal que sustituye la discontinuidad de los objetos individuales. Lo traumático no es tanto por la pérdida del objeto sino por la pérdida de la representación del objeto, siendo el estado de no representación lo que acerca a la angustia (**C. y S. Botella**).

Es útil recordar el modo en que **C. Smadja** resume al pensamiento operatorio descrito: “respecto a la conciencia como un pensamiento fáctico, respecto a la acción como un pensamiento motriz, respecto al inconsciente como un pensamiento asimbólico, respecto al tiempo como un pensamiento actual, respecto a los afectos como un pensamiento blanco, respecto al socius como un pensamiento conformista. El deseo se declina hacia lo negativo, el sujeto está desubjetivado, sometido al orden de la psicología colectiva y la débil frontera de su psiquismo son subvertidos hacia el rédito de dos espacialidades supuestamente extrañas: la realidad exterior y el soma. La realidad operatoria en su adhesividad a la psicología colectiva da la matriz para la adhesividad de nuestros pacientes a la creencia del perverso narcisista. El estado operatorio no resulta simplemente de un proceso regresivo, es el resultado de una distorsión profunda y la ausencia de expresión afectiva es ausencia de libido, “no se expresa porque no hay”, al estar en una confluencia de negatividad libidinal”.

4) Diferencias en los puntos de fijación posibles.

El punto de fijación posible en el movimiento regresivo refiere al modo singular en que se estructuró en cada ser vivo el núcleo masóquico primario (supra pág.5). Es cualitativamente diferente si hubo un acceso a la línea alucinatoria mediante la cual se pudo constituir una

estructura narcisista suficientemente lograda, permitiendo: 1) alcanzar adecuadamente el destino del doble retorno y la posibilidad del acceso al goce en la pasividad. 2) la realización alucinatoria del deseo y la posibilidad de apropiarse de los autoerotismos accediendo a la capacidad fantasmática. 3) El poder alucinar negativamente al objeto en cuanto anticipación y búsqueda como actividad objetalizante, conducente a una experiencia de satisfacción dentro de la égida del principio de placer.

En los pacientes que estamos describiendo al imperar la línea traumática, el desarrollo pulsional conduce a una estructura distorsionada, pervertida (pere – version). El narcisismo primario lleva la marca de la falla de la función maternante como medio de lograr un apego suficientemente bueno. Al darse el apego al negativo resultaría, al decir de **Anzieu**, “una alianza de la pulsión de apego a la pulsión de muerte más que a la de autoconservación”. En las pulsiones de autoconservación se conservan las huellas de aquellos traumas que generaron quiebres en la ensambladura de la pulsión de sanar, difíciles de superar. En este terreno como en otros concernientes al cuerpo, núcleo de la vida pulsional y subjetiva, es necesario prestar atención a procesos que atraviesan las fronteras singulares conduciendo a alojar en la propia intimidad un sector extraño, ajeno, a menudo hostil al resto. (D. Maldavsky)

Es el tipo de desinvertimiento materno (desobjetalizante o anobjetalizante) lo que conduce a los distintos modos de apego al negativo. Ante esta situación, se produce en el recién nacido la posibilidad de una repetición autocalmante que opera como defensa contra los efectos de la propia pulsión de muerte no ligada, dejando una marca en el tipo de masoquismo erótico. A posteriori, en el momento traumático de la ruptura del equilibrio interpulsional e intercorporal se inicia un momento de desorganización y descomplejización, desmantelando los recursos psíquicos pudiendo llegarse hasta lo somático. Al ponerse en marcha el mecanismo regresión – fijación se buscará el acceso a un punto de fijación que pueda poner un límite al proceso de desorganización. Si esto último es posible, se dará un fenómeno paradójico facilitado por la emergencia de un momento de recuperación subjetiva coincidente con la aparición de una enfermedad somática (paradoja psicósomática, **C.Smadja**). Para evitar caer en generalizaciones e ir acercándonos a lo específico de la situación que intentamos delinear, vamos a esbozar distintos tipos de regresión a distintos puntos de fijación posibles.

Desde la clínica podemos enunciar tres observables:

1) En el curso de la vida se dan cuadros somáticos, benignos, temporarios, reversibles que pueden dejar marca o no, pero que no han comprometido la vida. Lo descripto, que implica

una regresión somática, podría corresponder a los estados operatorios de la vida cotidiana donde prima el mecanismo de desinvertimiento y se compromete la libido objetal.

2) En determinadas situaciones ante un hecho traumático, luego de un período de vida operatoria, aparece un cuadro orgánico grave que compromete la vida pero que permite una recuperación subjetiva. En este caso nos encontramos ante una desintrincación psicósomática. El mecanismo operante es un mecanismo de desobjetalización, que afecta al yo como objeto, pero dándose la posibilidad de que desde un punto de fijación eficaz se haya puesto un límite a la desorganización, pudiendo obtener una recuperación narcisista y un buen efecto de intrincación pulsional.

3) Cuando se presenta la evolución descrita en el inicio de nuestro trabajo, nos encontramos ante una somatosis sin acceso a una capacidad regresiva ni a un punto de fijación eficaz para la reintrincación pulsional. En esta situación, el estado de desorganización se articuló con un estado de inorganización primaria, y si bien en un primer momento se cumple un “como si” de la paradoja psicósomática, al poco tiempo se retorna al estado de calma. Suponemos que esto último implica la necesidad de definir un tipo de punto de fijación en el que imperan las defensas interpulsionales (Freud, 1924), desde la Pulsión de Muerte hacia Eros.

De parte de la pulsión de muerte, esta defensa se evidencia por una tendencia al vaciamiento general de la energía de Eros, para conducir a un estancamiento de la sexualidad y de la autoconservación, alterándose el criterio dominante en esta última, lo que es determinante en las evoluciones que estamos pensando ya que al estar comprometida la autoconservación, la pulsión de sanar o curación sufre las consecuencias (Freud, 1933). Esta pulsión que aspira a restablecer una armonía vital perturbada (necesaria en el momento del mecanismo de regresión/fijación) resulta de la combinación entre autoconservación y narcisismo, este último apoyado en anaclisis en la primera. La estasis en la autoconservación conduce a una alteración de la pulsión de sanar, por lo cual queda entronizada una necesidad de estar enfermo (Freud 1940). Este cambio en las aspiraciones vitales lleva a una potenciación de situaciones tóxicas que se tornan duraderas en las cuales, en lugar de darse la lucha por sostener una constancia de la tensión vital (D. Maldavsky), opera un modo de restablecer la calma.

Paul Denise divide las fijaciones en dinámicas y depresivas (referidas a la depresión esencial). Las fijaciones dinámicas son puntos de refugio posibles, en cuanto lugar psíquico de reaprovisionamiento libidinal. Los fenómenos de repetición posibles en función de estas

fijaciones son repeticiones analógicas, donde al sostenerse lo mismo, se mantiene algo de lo nuevo opuesto a lo idéntico. Junto a Eduardo Pérez Peña planteamos a la repetición como petición de la diferencia, ya que es en lo igual que se sostiene la diferencia (al ser A igual a B sólo puede ser idéntico a A). Las fijaciones llamadas depresivas, entendidas por nosotros como una fijación al negativo en el imperio de la negatividad, “no son un lugar de aprovisionamiento sino de residencia, no subyace la repetición analógica sino que es una tensión que busca una repetición hacia lo idéntico, donde lo nuevo queda excluido y banalizado.

René Roussillon, plantea que la muerte o la vida no serían un objetivo propio en la intencionalidad pulsional sino algo relativo a ciertos registros. “Cuando la pulsión tiende a producir lo idéntico, al tender a la identidad de percepción y a la alucinación perceptiva, la pulsión es de muerte”(subyace la idea de muerte de la pulsión).

El punto de fijación dinámica es un lugar de intrincación pulsional e implica un núcleo masóquico, portador de satisfacción y con posibilidades de funcionamiento autoerótico del psiquismo. Es el testimonio de que hubo una relación objetal alguna vez suficientemente presente y adecuada a fines (Winnicott) produciendo un objeto interno eficaz .

Si seguimos rastreando el modo en que distintos autores se han conectado con este lugar tan enigmático del imperio de la pulsión de muerte y la posibilidad de una fijación al negativo del objeto, encontramos que **Gerard Szwek** considera que existe desde el origen una doble potencialidad en cada función orgánica primitiva, una conduciría a la subversión erótica y a la constitución de una zona erógena; la otra conduciría a la prevalencia de una actividad regida por la pulsión de muerte en una subversión autocalmante de una función, con insuficiente intrincación pulsional. La subversión autocalmante es fruto de la distorsión particular de una función del mosaico primario y testimonio de un esbozo de diferenciación prematura del yo alrededor de huellas sensoriales de experiencias traumáticas precoces, impresas en el yo – ello aún indiferenciado. En este caso lo autocalmante es una repetición mecánica que va camino a la autoconsunción, al autoagotamiento, siendo esta descripción similar al clima que intentamos describir. La subversión calmante se pudo haber dado frente a un estado de desobjetalización o de anobjetalización, o sea es una marca de desinversión posterior a una objetalización eficaz o directamente lo es por haber tenido que sobrevivir a situaciones de anobjetalización, quedando un defecto de ligadura impreso en el núcleo masóquico primario.

El momento de recuperación subjetiva coincidente con la aparición de una enfermedad somática implica el hecho de que una enfermedad pueda servir para la conservación del individuo y su reconstrucción subjetiva al darse una reorganización regresiva. Es regresiva por haber podido apelar a la capacidad regresiva y reorganizativa por haber logrado poner un límite al proceso desorganizativo.

Las características de este límite dependen del tipo de punto de fijación desde donde se pueda acceder a las posibilidades de intrincación.

Cuando el movimiento regresivo no puede apelar al recurso alucinatorio, el proceso regrediente sigue hacia un “más allá”, hasta alcanzar un punto de fijación intrasomática desde donde se pueda dar la posibilidad de recuperación narcisista, siempre que este último opere como punto de fijación dinámica.

La fijación intrasomática articula la espacialidad corporal y el sadomasoquismo intracorporal (Freud, 1924). Constituye una solución biológica que logra el entrelazamiento pulsional, conformando una interfase transicional somato - psíquica al promover desde lo orgánico lo conservador de la pulsión. En esos casos, la solución biológica operó como contrainvestidura posible al fallar el equilibrio sostenido por el pensamiento operatorio como contrainvestidura. Es el modo posible para un sujeto vivo, dentro de la economía psicosomática y lo procesal, de recuperar la agresividad necesaria con su tendencia objetalizante.

En cambio, si el punto de fijación corresponde al apego al negativo, en el momento de la regresión – fijación, en lugar de lograrse una reorganización regresiva sostenedora de la tendencia complejizante que garantiza el proceso vital (principio de constancia), nos encontramos ante un tipo de límite que sostiene la tendencia a la calma (principio de inercia). A esta última la podemos enunciar como una progresiva degradación o descomplejización mediante la cual silenciosamente una o más funciones somáticas se van desorganizando o desregulando perdiéndose la unidad y la funcionalidad somatopsíquica. Frente a una somatosis “el proceso de desintegración de la ensambladura de las pulsiones de vida (por pérdida de la alianza con la autoconservación) parece no tener término y conduce en cambio a un desmoronamiento progresivo que pasa por aceleraciones bruscas e impredecibles, imposibles de contener.” (D. Maldavsky)

En situaciones de enfermedad neoplásica que implican la muerte de un órgano o parte de él para seguir viviendo, entendemos que dentro de la economía psicosomática se apeló a un objeto intracorpóreo, matando una parte para salvar al todo. Es diferente lo que sucede en las

regresiones somáticas ya que al ser de evolución más benigna se apela a una función somática más que a un órgano objeto.

El bucle procesal es exitoso en la medida en que la pulsión llamada de muerte fue canalizada en parte hacia procesos autocalmantes y en parte como petición de intrincación libidinal adecuada. Si bien este tipo de descripción sostiene diferencias, queremos dejar establecido la permanente posibilidad procesal de ir a una u otra alternativa.

Intentando dar especificidad a lo que estamos planteando, podríamos decir que ante la desorganización, se produce un alerta, que es dado por una huella química del empobrecimiento tóxico de libido narcisista en cuanto pérdida de energía de reserva. Al producirse el efecto de la defensa de la pulsión llamada de muerte, se da un trabajo activo de quiebre de las aspiraciones inherentes a Eros. La erogeneidad se pone del lado de la pulsión de muerte contra la autoconservación. Ocurre una implosión en los fundamentos de la economía de Eros que genera un drenaje de la energía de reserva disponible que pierde así su meta y objeto. Ante esta alerta se produce en un primer momento un incremento de la adhesividad y actividad, como proceso autocalmante, intentando expulsar la pulsión de muerte, dándose al mismo tiempo una mayor degradación. Esto crea un mayor empobrecimiento narcisista hasta que la pulsión de muerte “ocupa el lugar ausente del yo” recuperando el rol de la destructividad originaria. El desarrollo de una destructividad funcional inicial, inherente a los procesos metabólicos (nutrición, respiración, regulaciones químicas e inmunitarias) en el interior del organismo, parece ser un modo inicial en que la pulsión de autoconservación se vuelve eficaz con la libido en anaclisis (D. Maldivsky).

La somatización opera como punto de partida de un proceso en el cual la función médica, operando como “socius”, que asume desde lo colectivo la función maternal supletoria. Lo consideramos como aportes de libido narcisista fundamentales, que vienen a reforzar la capacidad deficitaria de ligadura para recuperar un nivel de masoquismo erótico.

Si lo que opera como límite posible es un punto de fijación al negativo del objeto, en un primer momento se dará una recuperación subjetiva y narcisista homóloga a la descripta, pero a posteriori se reeditará el clima de la calma y el retorno a lo idéntico en un empecinamiento químico (somatosis).

El objeto potencialmente contenido en el concepto de pulsión es el agente intrincador por el cual el yo se defiende de las fuerzas de desintrincación y desobjetalización. El movimiento de desorganización va arrasando progresivamente al objeto, continuando luego con el yo, como

objeto y reservorio de libido, con la consecuente pérdida de posibilidades masoquistas de ligadura.

Ante la falla de la actividad alucinatoria, como interfase posible al operar la vía traumática a expensas de la capacidad alucinatoria, se llega al sadomasoquismo intracorporal como última opción de recuperación. Es en esta instancia que es determinante el modo como se pueda resolver el conflicto dado por las defensas interpulsionales.

Todo factor perturbador de la ensambladura entre los componentes de Eros deja a la economía de las pulsiones de vida expuesta a la defensa de la pulsión de muerte.

Ante la ruptura de vínculos sostenidos desde la solución masoquista, si la regresión fracasa en su función de ser un recurso para la contrainvestidura defensiva, se puede culminar en una aceleración del proceso disgregante de la economía de Eros. Un fenómeno antilibidinal y antipulsional fija a la psiqué en modos de funcionamiento arcaicos y mortíferos, yendo al punto de fijación que corresponde al negativo del objeto. Los movimientos desorganizadores se articulan con un momento de inorganización primitiva donde la inaptitud para utilizar las huellas de experiencias anteriores parece constituir un tipo de roca biológica a la que denominamos un factor anti regresivo (**A. Fine**), que llevaría a la muerte de la pulsión en un empecinamiento químico.

5) Capacidad regresiva

Alain Fine plantea a la regresión como una posibilidad de recuperar la anaclisis dentro de la espacialidad somática, un modo de re- anaclisis.

La regresión es consecuencia y no causa de la desintrincación; el retorno regrediente intenta volver a un punto de fijación posible y no hacia Tánatos. Por lo tanto, podemos enunciar dos posibilidades: 1) Que haya una inaptitud para la regresión, lo que daría un frenesí hacia un más de lo mismo, un acelere concéntrico hacia la muerte; 2) Que haya una aptitud para la regresión, una posibilidad de articular lo progrediente y lo regrediente, lo más antiguo y lo más reciente, lo más arcaico y lo más evolucionado, lo más organizado y lo más desorganizado dentro de lo procesal. Esto constituye **un espesor regresivo que potencializa los elementos eróticos y la lucha contra aquellos movimientos en los que surge la preeminencia de la pulsión de muerte. El espesor regresivo y el tipo de punto de fijación determinan las posibilidades de evolución de cada sistema.**

Un trauma contingente es un hecho generador de una fuerte tensión endógena en el aparato psíquico, que desestabilizaría su equilibrio inestable. El organismo vivo es un sistema abierto, siendo la vida el mantenimiento de una diferencia con un equilibrio, donde hay una necesidad del desequilibrio para buscar un nuevo equilibrio. Este sistema en red (equivalente a la red inmunitaria), es un modo de pensar los movimientos progredientes y regredientes. La situación estable de un sistema abierto no es un equilibrio, sino un cuasi equilibrio, es un equilibrio dinámico. La vida, tanto psíquica como somática, se asimila a mantener los desequilibrios sin cesar, adaptados a situaciones internas y externas, accediendo paulatinamente a un grado más elevado de libertad. En estos desequilibrios permanentes, la desorganización en su funcionalidad es un ritmo de estabilidad que permite una reorganización a otro nivel, y esto implica una auto-organización (**A. Fine – I. Prigogine**).

Ante la desintrincación pulsional se produce un estado de implosión que iniciaría el mecanismo regrediente. La regresión puede estar al servicio de una desorganización reguladora y limitante que posibilita la reintrincación de la carga implosiva, o al servicio de una desorganización progresiva y larvada que conduce a una somatosis. En el primer caso de la desorganización transitoria y reguladora se recupera la agresividad objetalizante desde lo erótico, en una recuperación del desequilibrio hacia una complejización creciente.

Es vital poder aceptar frente a la situación traumática la pasividad (**M. Fain**) capaz de amortiguar y utilizar las huellas de experiencias anteriores. El núcleo masóquico primario funciona como un atractor, al operar la pulsión de sanar en su función de ir hacia un estado de armonía anterior. La memoria en estos casos no es lo traumático sino aquella huella mnémica (presubjetiva, atópica y preontológica) que opera como patrimonio singular, al cual se pueda recurrir ante situaciones límites del desequilibrio psicósomático. El repudio de esta posibilidad es “un tipo de roca biológica” que ya enunciamos como factor antiregresivo.

Lo expuesto en este trabajo articula el modo de pensar de un grupo de psicoanalistas, desde la subjetividad clínica, a partir del concepto de dualidad pulsional y de la eficacia de la pulsión llamada de muerte enunciada por Freud. Este desarrollo nos permitió acercarnos al borde de un escollo clínico que para nosotros resulta el efecto sobre un ser vivo de lo que enunciamos como somatosis o empecinamiento químico. Intentamos con esto dejar abierto un espacio de interrogantes y seguir pensando este fenómeno. Creemos fundamental articular el modo en que David Maldivsky retoma y despliega, a partir del concepto de pulsión de sanar, el interrogante que deja planteado Freud al final de *El yo y el ello*, respecto al efecto producido

por las defensas interpulsionales. Desde la óptica freudiana, podemos decir que es un triunfo de la eficacia de la defensa de la pulsión de muerte ante Eros, lo que genera el clima de la negatividad, de la calma, en relación directa con la subversión autocalmante acaecida en un momento precoz de la existencia del individuo.

Bibliografía

- Anzieu D.: *Créer Détruire*, Paris, DUNOD, 1996.
- Botella, C. y S.: *Pour un monisme sexuel psyché-soma*, Revue Française de Psychanalyse N° 5, Paris, PUF, 1998.
- Eiguer, A.: *Le pervers narcissique et son complice*, Paris, DUNOD, 1996.
- Fain, M.: *Mentalisation et passivité*, Revue Française de Psychosomatique N°19, PUF, 2001.
- Fine, A.: *La régression comme “orgaknisateur” de l’économie psychosomatique! Questionnemen*, Revue Française de Psychanalyse N°4, Paris, PUF, 1992.
- Freud, S.: *Conferencia 32° en “Nuevas conferencias...”* (1933), en A. E., Vol. 22, 1981.
- Freud, S.: *El problema económico del masoquismo* (1924), en A. E., Vol. 19, 1981.
- Freud, S.: *Duelo y melancolía*(1917), en A. E., Vol. 14, 1981.
- Freud, S.: *El yo y el ello* (1924), en A. E., Vol. 19, 1981.
- Grinson, E. – Neves, N.: *Por amor, creencia fetiche para un tipo de complicidad perversa*, en Actualidad Psicológica, 1999.
- Grinson, E. – Alvarez Melero, L. – Burstein, B.: *Un tipo particular de escisión. Posiciones subjetivas en paralelo*, UCES, 2001.
- Grinson, E. – Pérez Peña, E.: *¿Qué repite el efecto psicossomático?*, en Revista de Psicoanálisis, Tomo XLV, n° 5, Buenos Aires, 1988.
- Guillaumin, J. et al.: *L’invention de la pulsion de mort*, Paris, DUNOD, 2000.
- Maldavsky, D.: *Lenguaje, pulsiones, defensas*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.
- Maldavsky, D.: *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1995.
- Prigogine, I.: *La Nouvelle Alliance*, Paris, Gallimard, 1986.
- Recamier, P. C.: *Le génie des origines*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot, 1992.
- Rosé, D.: *L’Endurance Primaire*, Paris, Presse Universitaires de France, 1997.
- Rosemberg, B.: *Masochisme et maladie*, Revue Française de Psychosomatique N°18, PUF, 2000.
- Rosemberg, B.: *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, Paris, Presse Universitaires de France, 1991.
- Roussillon, R.: *Agonie, Clivage et Symbolisation*, Paris, Presses Universitaires de France, 2001. (2° édition)
- Roussillon, R.: *Le plaisir et la répétition. Théorie du processus psychique*, Paris, DUNOD, 2001.
- Smadja, C.: *La vie opératoire. Études psychanalytiques*, Paris, PUF, 2001.
- Smadja, C.: *Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique*, Revue Française de Psychanalyse N° 5, Paris, PUF, 1998.
- Szwec, G.: *Les galériens volontaires*, Paris, PUF, 1998.