

Mentalización/Desmentalización/Representación

Dr. Jose Maria Franco Vicario

Doctorado en Medicina. Psiquiatra. Psicoanalista miembro de la SPParis (IPA). Psicopatólogo miembro titular de la Asociación Internacional de Psicopatología Pierre Marty (AIPPM) y de la Sociedad de Estudios Psicopatológicos Iberoamericana (SEPIA). Ravella 4,2º,2ª, 08021 Barcelona. Tlno: 932015603/e-mail: jmfran@telefonica.net

El conjunto de psicopatólogos de la llamada “Escuela de París” (IPSO-París) están, en general, de acuerdo en definir el trabajo de la mentalización como una aptitud para tratar y elaborar las representaciones psíquicas de la pulsión, según sus dos dimensiones cualitativa y cuantitativa. Además, la clínica psicoanalítica de los enfermos somáticos mostró que las alteraciones de la cualidad de la vida de representación y de la vida fantasmática orientan la economía psicopatológica hacia salidas no psíquicas, tales como comportamientos o somatizaciones.

La noción de mentalización fue creada por Pierre Marty, siendo Michel Fain el primero que habló de desmentalización. De esta manera, la desmentalización no puede entenderse más que en su relación dinámica con la mentalización y recubre, en “negativo”, el campo de lo que no puede ser tratado mediante medios psíquicos.

Pierre Marty nunca habló de desmentalización pero, sin embargo, desarrolló la noción de “desorganización” que es para él una fuerza destructora que en ciertos momentos traumáticos borra las bases sobre las que se establece la organización psíquica del sujeto. Podríamos decir que, para Pierre Marty, la desmentalización es el borrado de los mecanismos de mentalización (psiquización).

De la misma manera, André Green nunca habló de desmentalización, sino de

“función desobjetalizante”, que supone un movimiento radical y exclusivo de desinversión con pérdida de las capacidades psíquicas de reinvertir al objeto. En este sentido, la desmentalización sería para André Green una forma radical del “trabajo de lo negativo”.

Decía que Michel Fain fue el primero que habló de desmentalización, en el sentido de un inacabamiento pulsional, como un cierto número de líneas que representan otras tantas zonas de vulnerabilidad del funcionamiento psíquico marcado por dicho inacabamiento pulsional. Las fracturas en el equilibrio psicopatológico del sujeto, ocurren preferentemente al nivel de estas líneas de desmentalización.

Pero, ¿qué signos clínicos testimoniarían del estado de desmentalización del paciente?

En principio, todos los signos nos orientan hacia modalidades psíquicas situadas “*más allá del principio del placer*”. Globalmente, los procesos de control substituyen a los de simbolización y lo económico supera en diversos grados al conjunto del funcionamiento psíquico. A este respecto, Michel de M’Uzan definió a estos pacientes desmentalizados como “*esclavos de la cantidad*”.

Entre estos signos clínicos podríamos considerar: el funcionamiento operatorio, la sobreinversión de los procedimientos del



Yo, el narcisismo fálico, la dramatización externalizada, el recurso a la somatización.

1º)-El Funcionamiento Operatorio

En la comunicación del XXIII Congreso de Psicoanalistas de Lenguas Romanas, en Barcelona, en 1962, Pierre Marty y Michel de M'Uzan, presentaron el concepto de "*pensamiento operatorio*" que alcanzará después un éxito internacional. Más tarde, Claude Smadja, en el año 1998, presentó su ponencia sobre "*La vida operatoria*", en el 58 Congreso de Psicoanalistas de Lengua Francesa en Lausanne (Suiza).

En el funcionamiento operatorio hay que distinguir: un aspecto del contenido de ideas, "*el pensamiento operatorio*", y un aspecto afectivo: "*la depresión esencial*".

Pierre Marty teoriza su concepto de pensamiento operatorio desde la primera tópica freudiana, es decir, el sistema inconsciente/preconsciente/consciente. Para él el preconsciente es una pieza maestra, a la vez que un espacio peligroso y decisivo del desarrollo del aparato mental, tanto desde el punto de vista teórico, como desde el punto de vista clínico.

Teóricamente, para Pierre Marty, el preconsciente representa un lugar de entrelazamientos funcionales de todo orden, que se efectúa durante el desarrollo. Al mismo tiempo que es un "*reservorio*" cuyos contenidos están más o menos preparados para aflorar a la conciencia. Particularmente, el preconsciente se manifiesta como un lugar de unión entre la sensorio motricidad, las representaciones de cosa y el lenguaje que instala las representaciones de palabra.

Así mismo, el preconsciente es un mundo relativamente estratificado en el que sus capas profundas conectan con el inconsciente, los instintos, las pulsiones, el soma. Mientras que sus capas superiores alcanzan, finalmente, la conciencia.

La calidad del preconsciente depende a la vez del "*espesor*" del conjunto de sus estratificaciones, así como de la "*movilidad*", la "*fluidez*", de las formas de las representaciones que él asegura entre sus diferentes capas, de la "*permanencia*", en definitiva, de su funcionamiento.

Clínicamente, la calidad funcional del preconsciente nos informa durante la entrevista con los pacientes, sobre la presencia, la ausencia, la desaparición o el retorno de la jerarquización funcional más ampliamente psicósomática del sujeto.

Para P. Marty, la calidad del preconsciente testimonia de la salud psicósomática de un sujeto dado. Estudiando esta calidad del preconsciente, estableció los diferentes plazos que conciernen las relaciones entre los traumatismos desorganizadores del preconsciente y el desencadenamiento de las diferentes enfermedades o de las diferentes crisis, según la estructura de los pacientes. También estudió los diferentes plazos existentes entre la recuperación del funcionamiento mental de los pacientes y el fin de las enfermedades o de las crisis.

El modelo teórico de P. Marty sobre el funcionamiento mental, es un modelo evolucionista, y el funcionamiento operatorio para él procede, sea de una inorganización del aparato mental en el marco de lo que él llamó "*neurosis de comportamiento*", sea de una desorganización de ese mismo aparato mental en las "*neurosis de carácter*" (ambas primas hermanas de las "*neurosis actuales*" de Freud).

La pulsión de muerte no tiene para P. Marty (como la tiene en Freud), ninguna independencia en tanto que fuerza pulsional. Está indisociablemente ligada a la pulsión de vida de la que únicamente es su figura inversa, como la corriente contraevolutiva (desorganizadora) sólo es la figura inversa de la corriente evolutiva (reorganizadora). La desorganización para P. Marty es una



fuerza motriz que se atribuye a los movimientos individuales de muerte, pero sin ninguna cualidad de una fuerza de destrucción. Es, simplemente, un movimiento o una corriente de deconstrucción que se activa cada vez que un acontecimiento obstaculiza el dinamismo constructivo de la pulsión de vida. Lo que la caracteriza no es la violencia ejercida contra las estructuras psíquicas y somáticas, su descomposición, sino, más bien, su “borrado” progresivo y gradual, según un orden determinado por el plan de la evolución en su trayectoria inversa.

El funcionamiento operatorio, que representaría el grado máximo de desmentalización es, según P. Marty, la consecuencia de la más amplia y la más profunda desorganización de la que el aparato mental puede ser objeto, traducándose en un “borrado generalizado” de todas las funciones psíquicas quedando, entonces, el paciente operatorio reducido a automatismos de supervivencia. El pensamiento se vuelve “actual” y “factual”. Es un pensamiento lógico, consciente, concreto, sin vínculo orgánico con una actividad fantasmática apreciable, que duplica e ilustra la acción, precediéndola o siguiéndola, en relación inmediata con la sensorio motricidad. Tampoco este pensamiento hace referencia alguna a un objeto interno realmente vivo. Los deseos desaparecen y únicamente subsisten las necesidades elementales. Los comportamientos quedan reducidos a un aspecto mecánico, “funcional”. El individuo en su fragmentación parece limitado a un conjunto de aparatos “sin vida”, como un robot. Todo ello evocaría un mundo psíquico gestionado sin ninguna organización jerárquica, sin programación, únicamente gobernado por el principio de automatización y de sensibilidad del Inconsciente.

Claude Smadja amplió las bases teóricas de P. Marty sobre el funcionamiento mental del paciente psicossomático.

Así como la concepción pulsional de P. Marty es “monista” (la pulsión de muerte no existe por sí misma, sino que es una disminución de la pulsión de vida, la libido), la concepción pulsional de Cl. Smadja es “dualista”, como lo es en Freud.

Para Cl. Smadja, el funcionamiento operatorio es “una enfermedad del Yo segunda tópica freudiana”, basándose en dos observaciones clínicas:

-Que el funcionamiento operatorio procede de una “violencia inaudita” que se ejerce al mismo tiempo sobre la vida psíquica y sobre las funciones orgánicas del paciente cuando se desarrolla una somatización.

-Que el conflicto entre las pulsiones de destrucción, del que es testigo el funcionamiento operatorio, así como el carácter evolutivo de la enfermedad y las pulsiones de vida, que se expresan en las capacidades de transformación psíquica del paciente, permanecen activas hasta el final de la vida.

Es decir, que para Cl. Smadja hay “destrutividad” (pulsión de muerte) psíquica y, a veces, somática en el funcionamiento operatorio, así como “conflictividad” entre la destructividad y la creatividad psíquica (pulsión de vida) que surge de lo erótico.

La hipótesis que formula Cl. Smadja desde la segunda tópica freudiana es: “Que a lo largo de los acontecimientos psíquicos que conducen a un estado operatorio, el Yo es objeto de un proceso de desdiferenciación que le aleja de la realidad externa al contacto con la cual se desarrolló, lo que hace retornar al Yo hacia un Ello-Yo indiferenciado”.

Los estados operatorios, decíamos más arriba, representan el máximo nivel de desorganización del Yo (desmentalización/despsiquización), a la vez que preludian habitualmente las enfermedades somáticas de mayor gravedad.



Claude Smadja llama al pensamiento operatorio “*pensamiento huérfano*”, desprovisto de autor, a la manera de Bion cuando hablaba de “*un pensamiento en busca de un pensador*”.

La depresión esencial es el aspecto afectivo del funcionamiento operatorio. Acompaña regularmente a éste. Fue descrita por Pierre Marty en la introducción al VIII Seminario de Perfeccionamiento del Instituto de Psicoanálisis de la SPParis (IPA), el 30 de enero de 1966.

Hasta entonces se la llamaba “*depresión sin objeto*”: “*Constituye la esencia misma de la depresión, es decir, la caída del nivel del tono libidinal, sin contrapartida económica positiva alguna*”, dice P. Marty. Es una de las manifestaciones clínicas importantes de la presencia del instinto de muerte.

No se acompaña, como en otras depresiones, de una sintomatología positiva, neurótica o psicótica. Se distingue por “*la falta*”, “*lo negativo*”: falta de deseos, de interés en la vida afectiva y social, conductas automáticas y mecánicas, ausencia de simbolismo y de metáfora en el discurso. No hay ni culpabilidad, ni auto reproches. El paciente lo expresa en frases como: “*estoy de baja forma*”, “*me falta energía*”, “*me siento sin ganas de nada*”, “*todo me pesa, me cuesta*”, “*no tengo esperanza ni ilusión*”. Para él se trata de una interrupción dolorosa del sentimiento de continuidad de la existencia, una experiencia de fractura psíquica, como una catástrofe interior.

Para Pierre Marty, la depresión esencial testimonia un proceso de desinvestidura radical del Yo, con “*borrado*” de todas las funciones psíquicas (borrado del preconscious y del inconsciente). Corresponde a lo que André Green describe como “*función desobjetalizante*” de la pulsión de muerte, donde las formaciones psíquicas (representaciones mentales, instancias) pierden su

cualidad, es decir, su diferenciación (Claude Samdja). La consecuencia más importante es la pérdida de las representaciones de cosa del Inconsciente, el cual sólo conservaría contenidos mentales más o menos indiferenciados. P.Marty decía que en esta situación “*el Inconsciente recibe pero no emite*”.

2º)-La Sobreinvestidura De Los Procedimientos Del Yo

Tales como la motricidad, la racionalidad, la valoración excesiva de la autonomía en detrimento de una dependencia agradable con los objetos. Desde el punto de vista teórico, estos procedimientos del Yo coinciden con el concepto de “*Yo prematuro*” desarrollado por Michel Fain y con la existencia de un Yo ideal hipertrofiado, desmesurado, con una función de “*supresión*” (“*lo sé, pero me da igual*” o aplastamiento consciente del afecto ligado a la representación), en lugar de la existencia de un Superyo post-édipico, guardián del incesto, con función “*represiva*” (“*lo sabía, pero no me acuerdo*”, o empuje al Inconsciente de la representación conflictual mediante una contrainvestidura efectuada desde el Preconscious. Al mismo tiempo, el afecto ligado a la representación conflictual, es desplazado [transferido] a otras representaciones menos conflictuales).

3º)-El Narcisismo Fálico

Se trata de un rasgo del carácter que consiste en la valorización de la actividad para todo y en todas las circunstancias. Esta hiperactividad que marca con su sello el conjunto de la vida del paciente, implica una ineptitud para poderse replegar periódicamente en una posición pasiva agradable (regresión narcisista restauradora).

Para Michel Fain, el narcisismo fálico es una perversión narcisista que priva al



paciente de los efectos de restauración psíquica y, sobre todo, somática que ocurren en una buena regresión narcisista (como en el dormir), pudiendo conducirlo a un auténtico agotamiento psicosomático.

4º)-Dramatización Externalizada

Al revés de la dramatización interna histórica, asociada a la vida de las representaciones y de las fantasías individuales del sujeto, la dramatización externa se nutre de las percepciones. Es decir, es muy frecuente que el sujeto viva conflictos entre sus ideales y las exigencias de la realidad colectiva, confirmando a la realidad del paciente un carácter vivo, coloreado, que guarda el sello de la sensorialidad.

5º)-El Recurso A La Somatización

Es una de las vías posibles de las que dispone el sujeto en un momento dado de su existencia para hacer frente a todo tipo de conflictos que tenga que tratar. El cortocircuito del funcionamiento psíquico y el uso de las vías cortas hacia la escena somática constituyen uno de los parámetros clínicos de los estados operatorios.

Respecto a la contratransferencia que estos pacientes provocan en el psicoanalista, es frecuente encontrar en mayor o menor grado:

a)-aburrimiento: debido a una desinvestidura progresiva del paciente, al encontrarse el analista fuera de juego ante un discurso concreto, excesivamente racional, actual y factual, hablando más bien de problemas que de conflictos.

b)-fatiga: es la consecuencia de la imposibilidad, por parte del analista, de mantener una “*atención flotante*”, regrediente, con este tipo de pacientes que le obligan, por su discurso tan concreto, a un esfuerzo constante de mantenimiento de una actitud pro-

grediente de vigilancia intelectual. A ello se suma, seguramente también, la proyección por parte del paciente de una violencia desorganizada.

c)-ausencia de contratransferencia: en casos extremos donde el analista se ve privado del desarrollo de una contratransferencia. En esta situación la relación es puramente funcional. El analista es desposeído de representaciones contratransferenciales que podría utilizar y proponer a sus pacientes. Aquí estamos fuera de la posibilidad de un trabajo analítico en la sesión y, como diría Marilia Ainsenstein, el analista tendrá que poner en práctica un “*verdadero arte de la conversación*”, usando la riqueza y la polisemia de las palabras para desmenuzar la elocución desbordante, conformista, mecánica y desafectada de su paciente.

Toda la vida de Teresa estuvo jalonada de hechos traumáticos: <<*Vivo con la muerte en los talones y, sin embargo, aún estoy viva, me siento muy frágil, pero cuando se trata de sobrevivir, no sé de donde saco tanta fuerza*>>.

Ya en el vientre de su madre, el avión que debían de coger sus padres de Roma a París, y al que llegaron tarde porque la madre tuvo una indisposición, se estrelló sin supervivientes. Toda su infancia y adolescencia estuvo plagada de continuos cambios de país. A sus veinte años tiene un accidente de coche que conducía su novio, el cual muere y ella queda muy maltrecha. Es rescatada indemne de dos incendios y sobrevive a un terremoto que destruye la ciudad donde vivía. Supera una septicemia que se le declara después de serle practicada una cesárea para sacarle su único hijo nacido/muerto. Sale viva de un ataque con arma blanca, cuando dos drogadictos penetran en su vivienda a las tres de la madrugada y donde su compañero es brutalmente apuñalado. Consigue lanzar literalmente de un ascensor a un hombre que pretendía violarla etc.etc. Y



para acabar... el cáncer de mama, que aparece a los cuatro años después de la muerte de su padre y tras haber pasado dos años por un periodo que ella describe como de un gran sufrimiento: angustia difusa, pérdida del sentimiento de esperanza, pensamiento concreto focalizado a hacer y rehacer constantemente su testamento a favor de sus sobrinos (los dos hijos de una hermana mayor que le supera 16 años en edad), fatiga permanente y dolores imprecisos, erráticos, por todo el cuerpo, apragmatismo, bloqueo de sus capacidades sublimatorias artísticas (es pintora y escultora), fantasías hipocondríacas de tener un cáncer de laringe o de colon (padece de colon irritable desde el primer incendio del que escapó. Por entonces tuvo también un episodio puntual de recto colitis ulcero hemorrágica).

<<Ahora también me he salvado por los pelos, porque me cogieron a tiempo. El tumor estaba circunscrito y no había ganglios afectados...otra vez con la muerte en los talones>>, dijo Teresa en la primera entrevista conmigo.

Como ocurre casi siempre, paradójicamente, el cáncer la había sacado del estado de “*depresión esencial*” en el que se encontraba desde la muerte del padre y que le impedía hacer un verdadero duelo. Es como si la enfermedad física sirviera para “*rementalizarla*”, libidinizarla y rescatarla de la “*miseria*” psíquica en la que se encontraba, pudiendo reinvestir de nuevo los objetos: *<<Me encuentro mucho mejor ahora que antes de la operación, como si me hubiera quitado el monstruo, el mal de dentro. Mi primera reacción, cuando me dijeron que tenía cáncer, fue de miedo, luego pensé que el monstruo era pequeño y que, además, lo habían cogido a tiempo. Ahora tengo ganas de hacer muchas cosas, siento que mi mente vuelve a funcionar, me siento más viva. Antes del cáncer me sentía vacía, con la mente seca, me abandoné a mí misma, nada de la*

vida me interesaba y me daba igual si me moría; tenía como una angustia difusa. Es como si el cáncer hubiera despertado mi cerebro>>. Teresa no podía describir mejor su estado de “*depresión esencial*”, tal como la describió Pierre Marty.

Michel de M’Uzan definió, en 1976, su concepto de “*travail de trépas*” (la elaboración del tránsito a la muerte), refiriéndose al trabajo del sueño y del duelo en pacientes afectos de una enfermedad en principio mortal. Trabajo de elaboración que puede comenzar muy temprano, incluso antes de que el paciente tenga ninguna información médica sobre la enfermedad, ya que el aparato mental es capaz de localizar los procesos patológicos que se desarrollan en el cuerpo y contarlos después simbólicamente, “*como un sueño destinado al olvido*”, dice M. de M’Uzan.

Teresa había soñado, mucho antes de que se le declarara la enfermedad, con el monstruo/cáncer, por eso, cuando apareció en la realidad, acabó diciendo: *<<Es más pequeño que en los sueños y lo puedo controlar mejor>>*. Un sueño que se repetía una y otra vez antes de que le diagnosticaran el cáncer: *<< Estábamos en una habitación mi madre, mi abuela y yo, y apareció un monstruo, una mujer horrible, una mujer serpiente que cerró la puerta y dijo: “Ahora vais a ver, moriréis las tres”. Viendo el peligro, cogí un cuchillo y me lancé sobre el monstruo con una violencia inusitada, acuchillándolo y matándolo...era de una violencia terrible>>*.

En “*Lo mismo y lo idéntico*” (1969), Michel de M’Uzan distingue una repetición benigna de lo mismo, de lo parecido, por así decirlo, que enriquece el proceso psíquico a través de las pequeñas diferencias que acaban por tener un sentido, de otra repetición maligna, de lo idéntico, que congela la imagen y la figura de la muerte, triste atributo de lo que él llama los “*esclavos de la canti-*



dad”, es decir, sujetos bloqueados entre la vida y la muerte a causa de traumatismos, en estado de desamparo, y para quienes el tiempo del sentido y el sentido del tiempo han desaparecido, mientras que lo único que funciona es la “*carabina a repetición*” de la descarga motora (F. Duparc).

Todo lo que Teresa explica (recuerdos, sueños, situaciones diversas etc.), está cargado de sensorialidad: luz, color, forma, sonido, olor etc. etc., hasta el punto que uno puede perfectamente imaginarse el “*escenario*” que está describiendo como en una “*realidad virtual*” llena de figurabilidad. Ello da un carácter de “*tiempo congelado*” a su relato. Escuchándolo, tengo la impresión de que el terremoto, el incendio, el accidente con el novio etc., está ocurriendo en ese preciso momento, reproduciendo así el primer tiempo del traumatismo originario, lo que la coloca en una “*neurosis actual*” permanente.

La vía figurativa es un medio que sirve también para ahorrar al sujeto una escisión del Yo del tipo descrito por Freud: “*Mi padre ha muerto pero, ¿por qué no viene a cenar esta noche con nosotros?*” (S. y C. Bottella).

Teresa vivió con este tipo de escisión hasta los 11 años, lo que le permitía evitar el trauma de las pérdidas, de la separación, pero también le imposibilitaba el elaborar cualquier duelo. Hasta esta edad, su madre, que tenía frecuentes hospitalizaciones por operaciones abdominales, la dejaba en casa de los tíos, de la abuela etc., para que se cuidaran de ella. Así mismo, su madre se ausentaba largos periodos para “*reposarse*” en países diversos. La propia Teresa fue enviada a distintos países de Europa, América etc., para su formación. El padre, un hombre de negocios, viajaba sin parar.

La decisión de tener a Teresa por parte de sus padres, tuvo que ver con una “*prescripción*” médica. El médico de cabecera aconsejó a su madre que se embarazara para

que así se le pasaran “*sus males*”. De esta manera nació Teresa, cuya hermana mayor era 16 años mayor que ella. Enseguida se convirtió en la “*maraquita*” de la familia, es decir, en la niña “*terapeuta*” de todo un clan familiar que no había hecho el duelo del exilio. Pesada carga para una niña pero que, a su vez, le reforzaba el sentimiento de omnipotencia.

La latencia de Teresa fue una “*pseudo-latencia*”, como la describe J. Bergeret (1974) en pacientes donde hubo “*traumatismos afectivos*” importantes con riesgo de pérdida de objeto, antes de que se produzca la estructuración edípica. Ello provoca un bloqueo en la evolución del sujeto. Se trata de una latencia más precoz y más duradera que la latencia normal, con fijaciones y congelaciones de las investiduras de objeto que se encuentran frecuentemente en la clínica de las patologías narcisistas que evolucionan en silencio.

La hipertrofia de lo sensorial y de lo perceptivo va en detrimento de lo representacional. Así, Teresa se defendía de representaciones excesivamente traumáticas, ligadas a la conflictiva de la castración edípica, mediante la regresión formal del pensamiento, es decir, la figurabilidad. Esta figurabilidad aparecía en las sesiones, no solamente en el relato de sus sueños sino, también, que su lenguaje era permanentemente figurativo. A veces, incluso, lo acompañaba de sonidos onomatopéyicos que creaban como una “*banda sonora*” de fondo.

Teresa hablaba de un padre que jugó más un papel protector, superyoico, que seductor, lo que le hubiera permitido, quizás, acceder a un buen nivel de histerización. Un padre únicamente protector, y no seductor, impide el normal acceso a la castración simbólica y a la constitución de un Superyo sano, guardián del incesto y representante de valores éticos. En su lugar, se crea un Superyo patológico, hecho a expen-



sas de sus predecesores: el Yo ideal y el ideal del Yo, donde lo que domina es la convicción, la idealización, los valores absolutos, la falta de matices etc. El deber substituye al placer, el masoquismo moral al masoquismo erótico etc. “*La censura del amante*” (M. Fain) no funcionó en este caso y Teresa nunca se pudo librar de un imago materno con el que tenía una relación simbiótica: <<*Si con la muerte de mi padre sufrí tanto, y aún sufro, ¿qué será si se muere mi madre? (tenía entonces 93 años), la siento como una parte de mí misma, estamos tan unidas, tan*

*ligadas la una a la otra...>> (hace el gesto de intrincar una mano con la otra), me decía Teresa en una sesión. Era el mismo modelo de relación que mantuvo con su hijo nacido/muerto mientras estuvo en su vientre: <<*Mi hijo tendría ahora 17 años. Cuando lo tuve en mi vientre nunca me sentí más segura. A pesar de que su padre me pegaba unas palizas de muerte, el bebé me sostenía. Yo que normalmente tengo mucho miedo a ir en avión, con mi bebé dentro, me daba fuerza y me quitaba todos los miedos*>>, decía en otra sesión.*

Referencias:

- Ansermet, François (2006), “*A cada cual su cerebro plasticidad neuronal e inconsciente*”, Katz Ed., Buenos Aires.
- Bergeret, Jean (1974), « *La personnalité normale et pathologique, les structures mentales, le caractère, les symptômes* », Dunod, Paris.
- Botella, Cesar y Sara (1994), “*Lo alucinatorio y lo negativo*”, en “*Más allá de la representación*”. Ed. Promolibro. Valencia, 1997.
- De M’Uzan, Michel (1969), « *Le même et l’identique* », en « *De l’art à la mort* ». Gallimard (Itinéraires psychanalytiques), Paris, 1977.
- (1976), « *Le travail du trepas* », en « *De l’art à la mort* »...
- Duparc, François (1998), « *Le temps dans l’œuvre de Michel de M’Uzan* », en « *L’Art du psychanalyste* ». Ch.5 Ed. Delachoux et Niestlé.
- Franco Vicario, José María (2000), “*Con la muerte en los talones*”, en Revista Iberoamericana de Psicología, Ed. Sociedad de Estudios Psicológicos Iberoamericana (SEPIA), nº1, Bilbao.
- Green, André (1983), « *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort* ».Ed. Minuit. Paris.
- (1993), « *Le travail du négatif* ». Ed. Minuit.Paris.
- Marty, Pierre (1980), « *L’Ordre psychosomatique* », en « *Les mouvements individuels de vie et de mort* », Tome 2, Payot, Paris.
- (1981), « *Les processus de somatisation* », en « *Mentalisation/Démantisation* », Revue Française de Psychosomatique, nº 19, pag. 161. PUF, Paris.
- (1998), “*Pierre Marty y la Psicología*”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Smadja, Claude (1995), “*Le processus de différenciation du Moi, hypothèse à propos du fonctionnement des états opératoires* ». Conférence S.P.Paris, mardi, 21 nov., 1995.
- (2005), « *La vida operatoria* »Ed. Biblioteca Nueva, S.L., Madrid.
- (2013), “*Le modèle pulsionnel de la psychosomatique* ». Conférence S.P.Paris, sept. 2013.

