

Gladys Tato

CUANDO EL CUERPO HABLA

Centro Médico Psicoanalítico

La selección de los trabajos para este libro, la discusión de las ideas contenidas en él, algunas reformuladas y otras actualizadas fueron realizados en equipo con las psicólogas: Graciela Nicola, Alejandra Baccino, Olga Gómez e Iliana Menini. Gracias a su generosa colaboración este proyecto tantas veces imaginado pudo hacerse realidad.

Nuestro reconocimiento para Cecilia Guggeri nuestra secretaria y amiga por su esmerada dedicación en la ardua tarea de desgravación, tipado y corrección.

PRESENTACIÓN

PRÓLOGO

INTRODUCCION

Cuando el Cuerpo Habla.

PRIMERA PARTE

Medicina y Psicoanálisis.

Una Invitación a Cuestionarse.

Psiquis y Soma: un Dualismo de la Conciencia.

El Lenguaje del Cuerpo. Presentificación Histórica de lo Arcaico.

SEGUNDA PARTE

Aportes de la Clínica Psicoanalítica en Psicósomática.

Adolescencia y Lenguaje Corporal. Comprensión Psicoanalítica de las Fracturas Óseas.

TERCERA PARTE

Estudio Patobiográfico. Reflexiones de ocho años de Experiencia desde la Práctica y la Teoría.

BIBLIOGRAFÍA

PRESENTACION

La cuestión acerca de la relación psique-soma, representada en el guión, tristemente célebre, que une y separa a las dos palabras, ocupa, desde hace muchos años, un lugar preeminente en las discusiones filosóficas y científicas.

La influencia del pensamiento cartesiano consolidó la idea de dos realidades ontológicas, el cuerpo y la mente, configurando de este modo la creencia de que existen dos mundos paralelos, dos substancias, la *res extensa* y la *res cogitans*, que se relacionan de algún modo, nunca adecuadamente comprendido, pero representado mediante el famoso guión, un guión que se ha quedado inexorablemente sin substancia. Forma parte de esta posición del intelecto una cierta jerarquización fundamental según la cual el alma surge dentro del cuerpo, en los casos en que el cuerpo alcanza un grado suficiente de complejidad.

Freud habitó ese mundo intelectual, y la mayor parte de su obra transcurrió dentro de esa epistemología, predominante en su época. Por este motivo el desarrollo psicoanalítico permaneció anclado en un modo de pensar que el mismo Freud llamaría, en uno de sus últimos trabajos, un callejón sin salida. Filósofos, biólogos, neurólogos y psicoanalistas dedicaron, desde allí, una gran parte de su esfuerzo al intento de comprender las relaciones entre el cerebro y la mente, sin lograr aportar esclarecimiento al problema de la articulación cuerpo-mente. Podríamos decir que es imposible explorar el pretendido puente entre el cuerpo y el alma explorando en la orilla que constituye el cuerpo.

Freud escribirá, en 1938, que el psicoanálisis se basa en dos supuestos fundamentales, el segundo de los cuales, afirmando que el psiquismo es en su esencia inconciente, rechaza con energía la hipótesis del paralelismo psicofísico. La tesis freudiana, que se apoya manifiestamente en Kant, substituye el estatuto ontológico del cuerpo y el alma por la idea de que constituyen artefactos de la conciencia.

Si examinamos con cuidado las implicancias de su afirmación, descubrimos que esta idea recorre, de manera implícita, toda su obra, desde sus mismos inicios, y que subyace en el fondo de sus teorizaciones sobre lo inconciente, con frecuencia incómodamente "forzadas" para que cupieran en un paralelismo incapaz de contenerlas.

La verdad de lo que afirmo surge de un encadenamiento conceptual inevitable que se nos hizo evidente luego de muchos años de investigar en la relación entre psiquis y soma desde los postulados del psicoanálisis, y que puede ser mejor expuesto si lo descomponemos en puntos sucesivos.

- 1- Los sueños, los actos fallidos, los chistes, y las "conversiones" histéricas, poseen un sentido que el paciente conscientemente ignora.
- 2- Existe un psiquismo sin conciencia, es decir, un psiquismo inconciente.
- 3- La conciencia ya no es la cualidad esencial del psiquismo, y por lo tanto ya no lo define.
- 4- La cualidad esencial, que define al psiquismo, es el sentido, es decir, la significación.

- 5- Significación es la relación existente entre un signo y su significado.
- 6- Un signo no está allí por si mismo, sino para conducir precisamente a otro. Su particular presencia, en un particular contexto, re-presenta, con precisión, otra particular presencia.
- 7- El signo, re-presentante, es, primordialmente, presente, y el significado re-presentado, está, en el momento de la representación, casi siempre, ausente. En otras palabras: el signo es percibido, el significado es, casi siempre, evocado.
- 8- Aun en los casos en que el signo funciona, predominantemente, para expresar o indicar una presencia, simultáneamente representa, simboliza, evoca, se refiere o alude, a un ausente, y como tal es siempre un símbolo.
- 9- Las relaciones de significación establecidas entre signos y significados no funcionan según el esquema de una cadena lineal, funcionan en una red compleja donde un punto nodal que constituye el significado de un signo, puede ser, según la disposición de la red y su contexto, signo de otro significado, o vínculo significativo entre otro signo y su significado.
- 10- Dado que el signo es fundamentalmente percepción, y el significado fundamentalmente evocación, puede decirse que el signo es en primera instancia material o "físico" y el significado es en primera instancia "ideal", histórico o "psíquico".
- 11- Dado que cualquier punto nodal de la red existente puede funcionar como signo o como significado, la cualidad de físico o psíquico, lejos de ser una categoría propia de cada punto nodal, será una categoría dependiente de la momentánea relación que se establece entre ese punto de la red y la conciencia, conciencia que, al explorar, percibe y evoca.
- El camino resumido en estos once puntos, debe ser recorrido de manera inevitable cuando se exploran con detenimiento las implicancias de las primeras afirmaciones del psicoanálisis, que establecen, por ejemplo, la existencia de un psiquismo inconciente, o que los actos fallidos, los trastornos histéricos, o los sueños, lejos de ser absurdos, poseen un sentido que la conciencia ignora.
- No debe sorprendernos entonces que precisamente este camino nos lleve de la mano a lo que Freud afirma, ya al final de su vida, en lo que considera la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis. Allí vemos que el paralelismo cartesiano es definitivamente abandonado y que el pretendido concomitante somático, que según los psicólogos de la conciencia, "acompañaba" las incompletas series psíquicas concientes, no es otra cosa, para Freud, que el psiquismo que él llama verdadero o genuino, es decir, el psiquismo inconciente.
- Agreguemos entonces, a los once puntos anteriores uno más.
- 12- Material o ideal, físico o histórico, corporal o psíquico, son pues cualidades que no definen a la realidad inconciente y que, por lo tanto no se excluyen entre sí. Da lo mismo ahora decir, según convenga a la ocasión, que el inconciente es físico o es psíquico, o que las finalidades teleológicas que llamamos "metas", son de la función fisiológica o de la pulsión "psicológica", ya que somático y psíquico serán, en adelante, dos categorías que establece la conciencia a partir de dos puertas distintas, la percepción y el recuerdo.

No hubiéramos llegado a comprender el significado cabal de la segunda hipótesis, grávida de consecuencias que el mismo Freud, ya en los últimos años de su vida, no alcanzó a desarrollar, si no hubiera sido porque estaba implícito como inevitable corolario de sus primeras afirmaciones, y porque otros autores, como Groddeck y Weizsaecker, lo comprendieron intuitivamente desde el primer momento. También estaba implícito en la obra de otros pensadores, como es el caso de Maeterlinck, Goethe, Schrödinger, Portmman y otros muchos más.

De hecho, a gracias a la influencia de esos autores, estudiamos la obra de Freud, y realizamos nuestros primeros trabajos, publicados desde 1963 hasta 1972, desde esa perspectiva, antes de haber reparado en la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis.

El libro de Gladys Tato que hoy se publica reúne una serie de trabajos escritos por la autora para distintas ocasiones. Todos ellos se apoyan, de manera más o menos explícita, en la epistemología que acabamos de señalar, pero su contribución al terreno de la psicósomática no se limita a la exposición de la fundamentación teórica, el libro expone también la experiencia que ha realizado en el Uruguay, con un grupo de colegas, acerca del método patobiográfico que desarrollamos en la Argentina, y que nació como un producto de la necesidad de utilizar el psicoanálisis en la urgencia médica.

Este libro es pues el producto de un mérito doble, una labor sostenida en el ámbito de la enseñanza, la divulgación, el intercambio y la discusión científica, y una experiencia clínica surgida del ejercicio de un método cuya realización exige una idoneidad y un esfuerzo que no se sospechan a primera vista.

No es necesario que repita aquí descripciones que el lector encontrará en el libro, sólo me falta agregar que la experiencia que nos han dejado todos estos años de labor patobiográfica, llenos de dificultades y de satisfacciones, ha contribuido grandemente a mejorar también la técnica psicoanalítica con la cual cotidianamente abordamos a nuestros pacientes "de diván".

Luis Chiozza
Agosto de 1999.

PROLOGO

Este libro se enfrenta con preguntas para las que da su cuota de respuestas, relativas, en su raíz filosófica y quizás mística, a la condición esencial del ser humano. Podríamos decir que ya contamos con respuesta oficial, la definición, mencionada en este texto, en la que la Organización Mundial de la Salud apela a la concurrencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales.

En especial la autora encara las respuestas teórico-clínicas de la llamada Psicósomática, contextualizada en la historia y en los aportes de la Medicina y el Psicoanálisis. En este panorama hecho de diversas perspectivas que las consideraciones antropológicas y las epistemológicas buscan depurar, encontraremos retomada la cuestión mente-cuerpo. Aparece traducida en la interrogación sobre el lenguaje del cuerpo -con específica referencia a los síntomas corporales en la enfermedad orgánica- en interjuego con el cuerpo del lenguaje, o el lenguaje corporizado.

"Las diferencias teóricas desde una perspectiva psicoanalítica (escribe la autora) centran sus discusiones sobre el simbolismo del síntoma orgánico y sobre la capacidad simbólica de los pacientes somáticamente enfermos".

Comprender sentidos, analizar fantasías inconscientes y explicar fenómenos en el cuadro de la causalidad, ¿representan una cuestión de planos no asimilables, o remiten a dos vertientes en rigor inseparables, aunque la práctica, la técnica, la ejerzan especialistas diferentes?. A esto se enlaza - como lo hace la autora - la complejidad del objeto, aun su incognoscibilidad.

En ese sentido, también hay que destacar el pendiente abordaje de los problemas sociales, dotados de una objetividad que sin embargo contribuye a constituir al sujeto y que recíprocamente, admite la subjetivación de la realidad. Aquí se palpa el particular relieve del riquísimo tema de lo individual y lo social. Connotado por el diálogo naturaleza-cultura.

Es claro que estas cuestiones de apariencia teórica de amplio grado de abstracción, poseen repercusiones clínicas fundamentales. Como a su turno estas alimentan renovadas teorizaciones.

Esto recuerda -y para no alejarnos, vamos a quedar en la mención- el estimulante aserto de que hay ciencia en el arte, tanto como hay arte en la ciencia.

El libro reúne trabajos que testimonian de un sostenido itinerario intelectual, acompañada la autora por sus referencias teóricas preferidas y por un conjunto amplio de colaboradores. Desemboca en una amplia revisión de las reflexiones sobre la experiencia en la realización de "estudios patobiográficos".

La fuente freudiana de su pensamiento psicoanalítico es explícita. Se acompaña de precisiones e interpretaciones tomadas de los trabajos de Luis Chiozza. Por ejemplo, siguiéndolo en la reubicación paradigmática de la relación psiquis-soma, "diríamos que psiquis y soma no son realidades ontogénicamente diferentes, son categorías de la conciencia, que llama psíquico a aquello que comprende (el mundo de los significados) y somático a aquello que percibe (al mundo de la realidad física)".

Otra fuente de referencia proviene de la obra de Víctor Von Weizsaecker. Este libro puede cerrarse oyendo de la doctora Gladys Tato la promesa implícita de la reafirmación de su obra, de su revisión crítica, de la confrontación con otras corrientes que dan cuenta con diferentes acentos de estos asuntos. Tratándose de una recopilación -después se recopila lo que se escribió antes-, ello no impide advertir una estructuración personal, fuerte y sostenida, en el sentido de la estructura que antes ya del después, está presente y se va arquitecturando y abriendo desde la mayor abstracción, a los esquemas de referencia personales. Esa estructura da cuenta del cruce de las dos vías de aprendizaje y formación: una longitudinal, acumulativa de experiencias y datos; otra transversal o concéntrica, la que vuelve sobre la misma (esquiva) problemática central desde diferentes lugares y distancias. Mientras la autora piensa en su (adivinado) nuevo libro, de este agregaremos que está escrito con fluidez, que es grato de leer y que trata los temas escabrosos que mueven a los psicoanalistas, con decoro, sabiduría y dignidad. Entonces, como en otros tiempos que no desaparecen del todo en los nuevos tiempos, celebremos (con vino nuevo en odres viejos) el aquí bien justificado "Nihil Obstat Imprimatur".

Lic. Marcos Lijtenstein

Setiembre, 1999.

INTRODUCCION

Cuando era estudiante de Medicina y fui ayudante de endoscopia digestiva del Servicio de Gastroenterología del Hospital de Clínicas, recuerdo haber mirado asombrada en los primeros fibroscopios, la imagen enrojecida y sangrante de la mucosa gástrica de una joven paciente con una hemorragia digestiva. Con igual interés realicé la historia clínica de esa misma paciente, y con similar asombro escuché la dolorosa historia de vida de aquella chica.

Tardé mucho tiempo en entender la relación entre la imagen que del «interior» de su cuerpo mostraba el fibroscopio, con el sufrimiento que del «interior» de su alma decían sus palabras. Pero el profundo convencimiento de la existencia de una relación, me guió sin darme cuenta por un camino que me llevó a ser médico, psiquiatra, y luego psicoanalista, como decía entonces para hacer "Psicosomatica". No sabía que ya lo estaba haciendo, porque en mi actitud hacia el hombre enfermo, ya estaba la captación de que enfermedad orgánica, sufrimiento anímico y biografía están íntimamente relacionados.

Cuando 1988 escuché por primera vez al doctor Luis Chiozza en las Primeras Jornadas de Psicósomática, sentí que encontraba en la propuesta de sus ideas, lo que mi intuición había captado. Sus desarrollos teóricos, a punto de partida de lo que es a nuestro entender un cambio paradigmático que reformula la relación psiquis-soma, abre un camino para la comprensión simbólica del síntoma orgánico. Sus cambios en la noción de la enfermedad, la investigación de las fantasías específicas de los distintos trastornos orgánicos, con su hipótesis sobre el funcionamiento de la vida anímica fetal, y el progresivo tránsito de una metapsicología a una metahistoria, configuran una obra de tal magnitud, que tiene hoy el lugar de una escuela dentro del Psicoanálisis.

El entusiasmo que sus ideas despertaron en mí, me llevó no sólo a aprenderlas y aplicarlas, sino a transmitir las a otros. Es así que primero como grupo de estudio y luego desde el año 1991 como Centro: CEMEPSI (Centro Médico Psicoanalítico), nos hemos dedicado junto a un grupo de colegas a trabajar en la atención psicológica de pacientes con trastornos orgánicos desde una perspectiva psicoanalítica.

Nuestra práctica clínica cuenta con la aplicación de un procedimiento técnico original: el Estudio Patobiográfico, especialmente diseñado para la comprensión del «mensaje» oculto tras la enfermedad somática.

Del recorrido de todos estos años fue surgiendo una producción científica y una creciente experiencia clínica. Este libro contiene una selección de trabajos, algunos inéditos, otros con apéndices de actualización, y otros ya publicados pero

integrados, para conformar una secuencia teórica de complejidad creciente. El título del libro, da cuenta de una manera clara, tal como se expone en su sencilla Introducción, lo que es la propuesta central de esta publicación: el cuerpo tiene capacidad de comunicación, tanto en salud como en la enfermedad. «Escuchar» lo que decimos con el cuerpo nos posibilita saber más de nosotros mismos. En la Primera Parte del libro, se suceden trabajos que dan cuenta del recorrido personal antes referido. "Medicina y Psicoanálisis" analiza las dificultades de integración disciplinaria desde la teoría y la práctica, proponiendo cambios de perspectiva para lograr una complementariedad efectiva. "Una Invitación a Cuestionarse", abre un camino, desde una escucha analítica y plantea interrogantes, que culminan en "El Lenguaje del Cuerpo. Presentificación Histórica de lo Arcaico", con las propuestas teóricas en un nivel de mayor complejidad. Los trabajos de los Paneles integran en las viñetas clínicas, aspectos de lo que entendemos la decodificación del síntoma orgánico aporta a la comprensión de los pacientes. Por último, la riqueza de nuestra experiencia clínica, mostrada en esta oportunidad desde el análisis de la "casuística". Es también un adelanto de lo que aspiramos sea nuestro próximo paso, mostrar la clínica dese los "casos".

No es, ni pretende ser, un libro original, en tanto en él se transmiten ideas que tiene profundas raíces heredadas en nosotros, que sólo "las hemos hecho nuestras con el fin de poseerlas". Su valor fundamental para quienes quieran abocarse a su lectura, reside a nuestro entender en que las huellas del camino recorrido sean una invitación, para aquellos que movidos por la misma pasión deseen acompañarnos. Cuanto de nuestro decir y de nuestro hacer pueda constituirse en un aporte personal en torno a la temática y la tarea que nos convoca, serán ustedes capaces de apreciarlo y diferenciarlo mejor que yo.

Aunque me cabe a mí la responsabilidad de este primer libro del CEMEPSI, soy un emergente pero también un representante de todo un grupo, por eso lo siento como una tarea de todos y a todos les pertenece. Quiero agradecer a Susana Balparda por el camino iniciado juntas, y por el que aún seguimos recorriendo cada una en la elección de sus propios pasos. Gracias a los pacientes porque son motivo y destino de nuestra labor. Deseo fervientemente que estas líneas transmitan el entusiasmo, la vocación, y el amor puesto en ellas y en la tarea que realizamos.

"CUANDO EL CUERPO HABLA"*

Toda enfermedad hasta la «más orgánica», guarda relación con nuestros estados de ánimo, con nuestros problemas concientes o inconcientes. Investigar esa relación es tan importante como encontrar la «causa» médica y tratarla.

Enfermarse es un acontecimiento, común, cotidiano, un estado probable de la existencia humana. Pero no debemos confundir común con normal.

Podemos enfermarnos de una gripe, un infarto, o un cáncer, como también deprimirnos, ponernos ansiosos, o perder la razón. Pero, podríamos decir que nos enfermamos sólo del cuerpo, o sólo del alma o la mente?. Creo que no, que cuando nos pasan algunas de las cosas que mencioné nos sentimos íntegramente mal. Así comprendida, la alteración en el cuerpo o en el ánimo es un modo de expresar algo que pasa en la totalidad de nuestra persona, y que además se refleja en la relación con los demás, es decir en lo social. Producto de una división en parte inevitable, pero también consecuencia de un malentendido, concurrimos «sólo al médico» cuando tenemos una alteración física, o «sólo al psiquiatra o al psicólogo» cuando estamos mental o anímicamente mal. Con esta separación perdemos de vista la inespecífica pero también integradora vivencia: «me siento mal». Siguiendo el camino de esta infeliz división de nuestra persona, lo habitual ante un padecimiento que reconocemos como físico, es como decíamos antes, concurrir al médico quien hará un diagnóstico y buscará una causa para plantearnos un tratamiento. La mayor parte de las veces la enfermedad mejora y todo vuelve «aparentemente» a la normalidad. Otras veces, continuando con los malentendidos el médico «no nos encuentra nada», y entonces sí, reaparece en escena nuestro ánimo y nos dicen «es nervioso». Esta forma de concebir la enfermedad está sostenida en el prejuicio de que cuando el médico no ve nada, tiene tendencia a pensar que al paciente no le pasa nada, lo que no es lo mismo. Como si fuera posible estar enfermo, sólo cuando otros pueden percibirlo. Absurdo, pero así sucede. También parecería que «lo nervioso» se opusiera a lo físico y nuestro ánimo fuera importante cuando en nuestro cuerpo «no se ve nada». En otras oportunidades se piensa que el estado de ánimo es consecuencia de la enfermedad orgánica que padecemos. Pero en el íntimo conocimiento de nosotros mismos, todos hemos reconocido tras una «oportuna gripe», el motivo conciente que nos permitió aflojar en momentos difíciles, o en el «dolor de estómago», algún problema que no pudimos digerir. Sin embargo tenemos tendencia a olvidar rápidamente estos hechos, y ceder al convencimiento de que «estamos realmente enfermos»; lo que es cierto. Pero tan cierto como la gripe o la gastritis es el problema, o el conflicto que tenemos pendiente.

La enfermedad se tiene o se hace?.

Todos hemos sentido o manifestado: «fulano hizo un infarto» dando cuenta en el uso del verbo, de la participación de la persona en la producción de su

* Publicado en Informe Médico. Rev. Mensual al Servicio de la Salud. Año I. N° 1. Mdeo. 1999.

enfermedad. Más aún, la mayor parte de las veces tenemos una idea de la problemática que dicha persona estaba transitando. Para decirlo claramente, los virus, las bacterias, la herencia, el tabaco, o el alcohol no alcanzan para explicar por sí solos los motivos de una enfermedad. Todos, hasta el más «orgánico» de nuestros trastornos guarda relación con nuestros estados de ánimo, con nuestros problemas concientes o inconcientes.

Se trata de preguntarnos qué está pasando en mi vida, qué no sé, o intuyo pero me cuesta ver de mí y lo expreso enfermándome. Encontrar respuestas a estas preguntas es tan importante como buscar las «causas» médicas y tratarlas.

Comprender es un instrumento para cambiar, y en este caso se trata de «sanarnos», es decir de ser sujetos participantes de nuestro proceso de recuperación. Dicha participación no implica una culpa, sino una responsabilidad que no es lo mismo.

Se nos destaca por la importancia de todo lo dicho, que toda enfermedad, sea física o anímicamente expresada, es una oportunidad para saber más de nosotros mismos. Por qué?, porque el cuerpo también habla.

PRIMERA PARTE

MEDICINA Y PSICOANÁLISIS*

Pensar la relación entre la Medicina y el Psicoanálisis es abordar los problemas del encuentro entre disciplinas, lo que sin duda presenta numerosas dificultades pero como dice Mitscherlich (1954), la posibilidad de encontrar la solución a un problema, se vincula en gran medida al modo de plantearlo.

Podríamos preguntarnos en primer lugar, qué nos lleva a sentir como necesaria la integración entre Medicina y Psicoanálisis. Encontrar respuestas al enigma del por qué de la enfermedad, es un estímulo importante en esta necesidad, porque tanto la Medicina como el Psicoanálisis han abordado diferentes aspectos del enfermar. Pensamos también que la búsqueda de respuestas de la Medicina y del Psicoanálisis se ha sostenido durante mucho tiempo en antropologías y epistemologías comunes que les hicieron avanzar «en paralelo» y que de la insuficiencia o el límite a esa posibilidad de avance, surge lo que entendemos como la crisis actual de ambas disciplinas y el auge de la «Psicosomática».

La clínica que es soberana, ha mostrado que la Medicina en su profundización atomizada del hombre, no ha contribuido a lograr un ser humano menos enfermo. El hombre sigue igualmente enfermo aunque de distintas patologías. Por otro lado el Psicoanálisis parecería volver a recrear su historia, enfrentándose hoy, a la posibilidad de significación de la enfermedad somática como se enfrentó en otra época a la necesidad de comprender otras perturbaciones corporales y propuso el simbolismo del cuerpo al modo histérico.

Como abordaremos la problemática de la integración desde diferentes ángulos, necesariamente alternaremos entre las características y la forma de trabajo de la Medicina y el Psicoanálisis, para plantear en primera instancia encuentros y desencuentros entre ambas, e intentar posteriormente proponer una forma de diálogo e integración posible.

Haremos un recorrido que comprenderá:

- 1º - Características de la curación primitiva y la epistemología subyacente en la relación psiquis - soma.
- 2º - Desarrollo de la Medicina y el Psicoanálisis a nuestro entender «en paralelo».
- 3º - Crisis del funcionamiento aislado y el surgimiento de la "Psicosomática".
- 4º - Pre-juicios que determinan oposiciones entre Medicina y Psicoanálisis.
- 5º - Propuestas antropológicas y epistemológicas para una verdadera integración disciplinaria.

* Este relato corresponde a la primera reunión científica en ocasión de la inauguración del CEMEPSI el 31/8/91.

1º) - Características de la curación primitiva y la epistemología subyacente en la relación psíquis - soma

Ellenberger (1976) en "El Descubrimiento del Inconsciente", hace un recorrido en el cual describe las características de la curación primitiva. En relación al tema que nos ocupa quisiera rescatar algo que él expresa: "En las sociedades primitivas la distinción entre cuerpo y mente no era tan clara como en nuestra cultura, y él hombre-medicina" (llama hombre-medicina al curandero primitivo), "puede muy bien ser considerado como un psicopatólogo"(p.62). Nos resulta realmente elocuente.

En esta primera etapa de la medicina primitiva, un curandero era capaz de aplicar tanto medios físicos, como mágicos (lo que diríamos hoy hacer uso sin saberlo de diferentes formas de hipnosis). Por el uso simultáneo de ambas técnicas se puede inferir la actitud terapéutica que tenía frente a la enfermedad. El hombre primitivo dice Ellenberger se permitió captar la intrincada relación entre "lo psíquico y lo corporal". Creemos que la insuficiencia de su razón no le permitió desarrollar lo que su sensibilidad y su intuición le permitió captar. No queremos con esto hacer una apología de la medicina primitiva, sino destacar lo que entendemos el aspecto de pérdida que tiene toda ganancia.

Posteriormente a esta etapa se empieza a separar progresivamente este hombre-medicina primitivo, en lo que se denominaba "curandero" que luego va a ser el psicoanalista (aunque no por eso hayan dejado de existir los curanderos), y el médico dedicado al tratamiento físico. Nos interesa destacar este origen de un tronco común y a pesar de que en la curación primitiva se va perfilando una cierta especialización, lo que se desarrolla en primer lugar es el camino de la Medicina y es recién con el advenimiento del Psicoanálisis que la división se hace más tajante.

2º) - Desarrollo de la Medicina y el Psicoanálisis a nuestro entender «en paralelo»

Hasta el advenimiento del Psicoanálisis, aún con grandes dificultades la Medicina va avanzando y ganando terreno en el reconocimiento de su estatuto científico.

En los primeros escritos de Freud es evidente su empeño en diferenciar bien lo que era la Medicina de lo que él comenzaba a proponer con el Psicoanálisis, y al mismo tiempo reivindicar para sí un estatuto de reconocimiento similar a la científicidad médica. Esta actitud se relacionaba con la necesidad de precisar la especificidad psicoanalítica, pero también era una respuesta a los ataques y resistencias que despertaban sus revolucionarias propuestas. El costo de esta precisa división implicó una división no sólo de las disciplinas, sino también de las patologías, y por sobre todo del ser humano.

La medicina queda ubicada y limitada a los trastornos somáticamente comprobados con o sin causa identificable, proponiendo la cura por medio de la eliminación de la causa; y durante mucho tiempo con la ilusión de una restitución «*ad integrum*». En aquellos casos en que no se había hallado aún una causa, la terapéutica se basaba en la mejoría sintomática respaldada por el conocimiento fisiopatológico. La era de los antibióticos y de los corticoides marcaron dos hitos en los avances terapéuticos por la magnitud de las mejorías logradas con ellos.

Ganaba así terreno el camino de la cura por el conocimiento de la causa, y/o la desaparición del síntoma.

El Psicoanálisis también dio sus primeros pasos en forma similar, porque Freud en una primera instancia buscaba la causa traumática como causa primera para explicar el origen de la neurosis, con la ilusión de que el hallazgo de esa causa traumática modificara el proceso y lograra la desaparición del síntoma. Posteriormente cobra fuerza el conflicto inconsciente, y la causa traumática pasa a ocupar un lugar contingente: la cura radicaba en la posibilidad de hacer conciente lo inconsciente y seguía orientada a la desaparición del síntoma.

Ambas disciplinas estaban y creemos que siguen en gran medida estando sustentadas por epistemologías dualistas, donde psiquis y soma son dos existencias ontogénicamente diferentes vinculadas entre sí por la noción de psicogénesis y somatogénesis.

En los clásicos tratados de Medicina, en la clasificación etiológica de las patologías se ubicaban y aún se ubican en un apartado especial: «las causas psíquicas de las enfermedades». Freud en sus primeros escritos, habla de la «organoneurosis», desde una perspectiva también causal.

La concepción psico y somatogenética delimitó áreas de trabajo y pensamos que contribuyó a que la Medicina y el Psicoanálisis creyeran que podían ser capaces de dar respuestas aisladas al por qué de las diferentes enfermedades.

Pensamos que en esta ilusión se aislaron aún más y nuevamente la clínica les muestra la insuficiencia de este aislamiento porque continúan ambas enfrentándose aún hoy, al enigma del padecer humano.

Fue así que durante mucho tiempo se produjo un avance de ambas disciplinas a nuestro entender «en paralelo», aunque atravesadas y sostenidas por una epistemología y antropología común, que como decíamos antes es en su esencia dualista, y causal*. Se fue perdiendo progresivamente el rico origen de aquel tronco común y paradójicamente a mayor desarrollo de ambas, mayor incompatibilidad entre ellas.

Como veremos a continuación aparecen progresivamente en las dos, síntomas de insuficiencias y limitaciones por este aislamiento.

3) Crisis del funcionamiento aislado y el surgimiento de la "Psicosomática"

Freud que en una primera época proponía al trastorno histérico como aquel sin alteración somática detectable, tuvo necesariamente que modificar esta perspectiva, porque un síntoma no puede definirse de histérico y por lo tanto de simbólico o no, por su grado de alteración somática. A modo de ejemplo en el historial de Dora, se enfrenta a la necesidad de realizar una comprensión de los significados de síntomas como el flujo, la tos o la apendicitis.

* Nos referimos a los aspectos teóricos de las mismas que dominan en el consenso y se reflejan en la práctica clínica más habitual.

Por su lado la Medicina encuentra sus limitaciones en el tratamiento de «algunas afecciones» en las que reconoce una evidente alteración psíquica concomitante a la patología somática. Estos son algunos ejemplos que muestran a nuestro entender el germen de la necesidad de un abordaje "Psicosomático".

Este germen "Psicosomático" tiene características también comunes en la Medicina y el Psicoanálisis. Desde el Psicoanálisis, F. Alexander (1943) uno de los pioneros en el tema, reconocía como "psicosomáticas" siete enfermedades. Para la Medicina, "psicosomáticas" eran aquellas enfermedades en las cuales no se hallaba una causa física identificable y era evidente también la alteración psíquica concomitante. La crisis continúa además, porque la Medicina se enfrenta a que aumente el número de enfermedades en que no identifica una causa que asegure una cura. Y más aún, muchas enfermedades de causa demostrada van resultando refractarias a las terapéuticas inicialmente exitosas.

En el Psicoanálisis se asiste a un creciente interés por comprender el simbolismo de más expresiones patológicas. Esto no se explica solamente por el avance de los desarrollos teóricos, porque las teorías dan cuenta la clínica y aunque en parte la condicionan (por la particular lectura que realizan), no la crean. Todo lo cual nos lleva a pensar que para avanzar en el conocimiento del inconsciente hay que develarlo en disfraces más sutiles.

La gradual constitución de equipos multidisciplinarios es a nuestro entender otro reconocimiento de las limitaciones del trabajo aislado de ambas disciplinas. Pero nuevamente es en la dinámica del funcionamiento en equipo donde se recrean las dificultades y características de las concepciones dualistas y causales. La multicausalidad es la manera en que se intenta superar la competencia somato-psicogenética, pero el problema central antropológico y epistemológico retorna con más fuerza aún.

Los progresivos fracasos de los primeros equipos multidisciplinarios y la ampliación cada vez mayor del área de la "Psicosomática" profundiza la crisis intra e interdisciplinaria.

Observamos en los equipos actitudes de "competencia", en el doble sentido del término: según su clasificación en enfermedad física o psíquica, se efectuaba una división de las áreas de trabajo, pero cuando se catalogaba a una afección de "psicosomática" qué atención se privilegiaba?. En otras situaciones el área de competencia (y aún hoy sucede) era determinada por descarte, si no se encontraba causa física el médico decía "no tiene nada" y lo atendía el psiquiatra o el psicólogo, y si un paciente con atención psicológica presentaba elementos de organicidad su padecimiento pasaba automáticamente a ser físico y de atención médica, con «componente» psicológico.

El panorama general llega así a su máxima escisión: existen patologías médicas, patologías psíquicas, y patologías psicosomáticas.

4) Pre-juicios que determinan oposiciones entre Medicina y Psicoanálisis

Como su nombre lo indica prejuicio es un "juicio u opinión sobre algo antes de tener verdadero conocimiento de ello"(Larousse 1994). Creemos que es inevitable tenerlos en todo proceso de conocimiento, pero no es lo mismo cuando les damos el estatuto de una opinión "juicio probable, modo de ver las cosas", que cuando utilizamos los juicios con carácter de certeza que obtura el proceso de conocimiento.

Los elementos que analizaremos funcionan en el consenso Médico Psicoanalítico con carácter de certezas, que creemos necesario reubicar como "un modo de ver las cosas" para abrir un camino posible de diálogo e integración.

Retomaremos algunas de las dicotomías destacadas por Dr. L. Chiozza (1980), en relación al tema que nos ocupa.

- Mano - palabra

La mano es la representante privilegiada de la técnica médica, y la palabra de la técnica psicoanalítica. Esta división está sostenida en el convencimiento de que la materia sólo puede ser modificada por el ejercicio de la mano y los significados por la palabra. Este prejuicio refuerza la epistemología dualista. Olvidamos así dos cuestiones importantes: la palabra es una técnica terapéutica tanto médica como psicoanalítica, y no sólo en su valor de ensalmo. Freud (1890) resaltó la importancia de la cura por la palabra tanto para las perturbaciones anímicas como corporales. Una alteración de la materia es capaz de modificarse tanto por la acción de la mano, como por la acción de la palabra. De la misma forma toda modificación de la materia ejercida por la mano, tiene un determinado significado y modifica el ser humano integralmente. Si la palabra modifica la materia, y la mano en su exploración y transformación de la materia, también modifica el sentido de los sucesos, mano y palabra, como materia y significado "se influyen mutuamente".

- Causa y Significado. ¿Por qué?

Desde siempre el hombre se ha interesado por el por qué de los acontecimientos humanos. Preguntarse por el por qué de una enfermedad abre dos posibles caminos de respuesta. ¿Por qué llora una persona?, porque se produjo una estimulación de sus conductos lacrimales que originó una secreción acuosa, o porque está triste. Las dos respuestas son ciertas y posibles, pero se originan en organizaciones conceptuales diferentes. Una respuesta es del orden de una causalidad física, y otra de una significación histórico vivencial. Nadie diría en estos ejemplos que son opuestos sino todo lo contrario. No obstante la Medicina y el Psicoanálisis han abordado los fenómenos humanos oponiendo causalidad a significación.

Superar esta oposición es tan importante como reubicar la noción de causalidad. La presencia de una causa no equivale a asegurar la producción del fenómeno que ella es capaz de originar. Es así que todas las causas son "condiciones necesarias pero no suficientes". Si de una enfermedad se trata, el virus de la hepatitis será una condición necesaria pero no suficiente para producir la enfermedad.

- Realidad material - Realidad psíquica

Realidad viene de "res": "cosa", que tiene "existencia efectiva" (Corominas, 1987). La definición etimológica se centra en la efectividad de la existencia no en la cualidad de la misma. Sin embargo el uso habitual homologa realidad a lo material, a aquello que se percibe con los sentidos. ¿Pero acaso no existen los significados y somos también capaces de comprenderlos y percibirlos aunque de una manera diferente?. Existe la bandera, pero existe también la patria.

Pero el mal entendido radica en otro aspecto en lo que a Medicina y Psicoanálisis se refiere.

Ambas disciplinas aceptan la existencia de estas dos realidades pero las oponen, como si una pudiera existir sin la otra y además pudieran no estar necesariamente relacionadas. Olvidan que no hay realidad material que no posea un significado, como no existen significados que no se correspondan en una materialización que los "encarne" y los represente.

Podemos preguntar entonces, son realidades diferentes o son cualidades diferentes de un mismo existente?.

- Cuerpo biológico - Cuerpo fantaseado

Es habitual asistir con insistencia a la separación entre ambos cuerpos, a tal punto que parecerían dos cuerpos diferentes. La Medicina se ocupa del cuerpo biológico y el Psicoanálisis del cuerpo erógeno o el cuerpo del deseo. Pero la erogeneidad es una capacidad del cuerpo vivo y esa erogeneidad mueve al encuentro con un objeto que satisface el deseo. Basta pensar en la realización del placer sexual genital, para que se nos haga inimaginable dividir la experiencia, y separar el placer del cuerpo biológico, del placer fantasmático que integra de manera indisoluble la contracara del suceso. Si la "fantasía es un guión imaginario basado en el modelo de los procesos fisiológicos"(Laplanche,1980), entonces función somática y fantasía, serán dos modos de representación o de existencia de los fenómenos humanos.

- Muerte real - Muerte simbólica

Incluimos nosotros esta dicotomía en la lista de prejuicios por varios aspectos importantes. Como decía en otro trabajo (Balparda;Tato,1990), "criticamos la omnipotencia de los médicos, sin embargo la utilizamos, desligándonos de la muerte y dejándola a su cargo". El lugar habitual de la práctica psicoanalítica está lejano a enfrentar la posibilidad de muerte por enfermedad, y ha contribuido a mi entender a aumentar la resistencia a abordar psicoanalíticamente a los pacientes con trastornos somáticos.

Es cierto como decía Freud (1926) que la palabra puede dañar, pero lo importante es que puede actuar. Que su acción derive en un beneficio y no en un daño, es el objetivo que guía el decir de la interpretación.

La imposibilidad de representación inconciente de la muerte, ya señalada por Freud (1920), por la imposibilidad de registro de un acontecimiento no vivido,

contribuyó también a una absurda división: la muerte «real» es del área de la Medicina, y la muerte «simbólica» (angustia de castración) es del área del Psicoanálisis. Queda así el analista fuera de la muerte como fin de la existencia, alejado de un acontecimiento tan inherente a su propia condición humana. Los psicoanalistas desplazan la irrepresentabilidad inconciente de la muerte a otros sucesos humanos entre los que ubican la enfermedad orgánica, y convierten a ambos en asimbólicos, cuando son dos situaciones diferentes.

5º) - Propuesta antropológica y epistemológica para una verdadera integración disciplinaria

La O.M.S. postula al ser humano como una "unidad biopsicosocial"*. Cómo es posible una unidad de tres aspectos diferentes?, ¿qué estatuto debemos otorgarle a lo bio, lo psico y lo social para que esta unidad no sólo sea un dicho sino un hecho que se haga realidad en nuestra práctica?. ¿Qué concepción del hombre sostiene nuestra teoría y nuestra práctica?.

Como desarrollamos antes, la Medicina a pesar de la tan proclamada unidad humana, divide con la causalidad psico-somatogenética una y otra vez al hombre. El Psicoanálisis (en su práctica más habitual) a pesar de postular la existencia del inconciente, parece reconocerlo relacionado con todo menos con el cuerpo enfermo. Afortunadamente tanto desde la Medicina como desde el Psicoanálisis surgen autores con propuestas diferentes.

La concepción antropológica de Lain Entralgo (1984), propone la existencia de un sistema básico psicoorgánico tanto en salud como enfermedad; pero aclara específicamente "que todos los trastornos son unitariamente orgánicos y psíquicos en su constitución real, pero preponderantemente orgánicos o psíquicos en la efectiva cualidad de su operación"(p.969). Así concebidas las enfermedades no serían psíquicas o somáticas, sino que lo somático o lo psíquico son las cualidades expresivas de la enfermedad.

Tanto Freud (1890) como Lain Entralgo (1984), destacaban la relación recíproca entre lo anímico y lo corporal proponiendo la noción de "correlato". A nuestro entender este "correlato" puede ser comprendido desde epistemologías diferentes. Nos resulta más claro lo expresado por Chiozza (1986) cuando propone que "todo hecho vital tiene un registro doble, de manera que aquello que desde un ángulo se percibe como forma, función, trastorno, evolución o desarrollos corporales, desde el otro es experimentado como una determinada fantasía, es decir como un significado específico inherente a ese particular existente material"(p.32).

* Social: deriva del latín, significa compañero, que a su vez deriva de compañía que etimológicamente es: "comer del mismo pan".

Lain Entralgo (1984), no considera a «lo social» en el mismo estatuto que «lo psíquico o lo mental». Para él «lo social», es una cualidad del hombre que define la condición de su existencia. "La existencia humana es constitutivamente coexistencia". La etimología reafirma esta línea de significación, el alimento como símbolo de la materia necesaria para la existencia es una y la misma para todos y proviene en el origen siempre de otro.

En relación a la enfermedad, propone este autor a lo social como un aspecto cualitativo, relacionado con el modo de enfermar de los diferentes grupos humanos.

Esta nueva propuesta de integración entre la Medicina y el Psicoanálisis, necesita reubicar en un nuevo paradigma: la relación psiquis - soma. Siguiendo a Chiozza (1989), diríamos que psiquis y soma no son realidades ontogénicamente diferentes, son categorías de la conciencia, que llama psíquico a aquello que comprende (al mundo de los significados) y somático a aquello que percibe (al mundo de la realidad física).

A esta altura del recorrido por las ideas que venimos exponiendo, resulta absurdo retomar la discusión sobre si existen algunos pacientes o algunas afecciones psicósomáticas y otras que no lo son. Como decíamos en otro trabajo (1988): "el hombre es por esencia una unidad armónica psicofísica, por su realidad existencial un cuerpo, y por su cualidad de sentir y comprender: un psiquismo"(p.124). Hacer y pensar psicósomáticamente es una manera de comprender al hombre, que se reflejará en nuestro modo de ser médicos o de ser psicoanalistas. Llegamos así a una integración posible, y necesaria para comprender la enfermedad como un fenómeno único, integrando los conocimientos aportados por la Medicina, con la comprensión del Psicoanálisis en el contexto social e histórico vivencial de cada paciente.

Esta forma de ver las cosas, abre una nueva dimensión al trabajo en equipo, no hay competencia hay complementariedad, todos ven el mismo fenómeno desde una perspectiva diferente, que al integrarse nos permite acercarnos cada vez más a comprender el siempre enigmático enfermar humano.

La especificidad entonces de la Medicina y el Psicoanálisis no está en la teoría, sino en la técnica. En la conferencia 34^a Freud (1933) expresa: "como procedimiento psicoterapéutico el análisis no está en oposición con los otros métodos de esta disciplina médica, no los desvaloriza y no los excluye. En teoría, sería muy posible que un médico que se titulara psicoterapeuta aplicara a sus enfermos el análisis junto con los otros métodos, según la especificidad de cada caso... en la realidad es la técnica la que impone la especialización..." (p.141).

UNA INVITACIÓN A CUESTIONARSE

El trabajo "Las dos caras de un mismo problema" (Balparda; Tato, 1990), presenta singularidades que nos llevaron a «incluirlo» pero en una versión actualizada. Afectivamente su versión original, fue importante porque inauguró un recorrido propio, lleno de preguntas e inquietudes sobre muchas ideas que para nosotros eran nuevas. Si bien seguimos reconociendo en él muchas semillas que ya han dado fruto, y son puntales de los desarrollos teóricos que aplicamos, el camino recorrido nos habilita a una mirada crítica que nos permite reconocer, la falta de claridad de algunas de las interrogantes allí expresadas.

Reformular aquellas preguntas y decirlas al modo en que podemos hacerlo hoy, tiene para nosotros el sentido de rescatar el valor de la capacidad de cuestionarse, y es una invitación a que otros, con inquietudes similares a las nuestras, deseen animarse a la aventura de la búsqueda de respuestas y por supuesto de más y más preguntas.

Fue escrito además para psicoterapeutas desde nuestro lugar de tales, pero también desde nuestra condición humana y por lo tanto enfermable. Va en esta nueva versión nuestra manera de decir hoy, lo que hemos sentido importante y valioso desde entonces.

Introducción

La relación «psiquis-soma», es una problemática de interés para todos los psicoterapeutas. Pensar en ella es enfrentarse a muchos aspectos enigmáticos y controvertidos. En primer lugar el uso y abuso del término "Psicosomática", es motivo de malos entendidos porque se emplea habitualmente suponiendo significaciones comunes, pero cuando leemos trabajos sobre el tema o participamos en intercambios de ideas al respecto, se despliegan enormes diferencias. Tampoco podemos desconocer las concepciones epistemológicas y antropológicas que sustentan todas las teorizaciones que intentan dar cuenta de problemáticas inherentes a «lo humano». Las diferencias teóricas desde una perspectiva psicoanalítica centran sus discusiones sobre el simbolismo del síntoma orgánico, y sobre la capacidad simbólica de los pacientes somáticamente enfermos. Coincidimos en la importancia de esta discusión, pero creemos que los aspectos antes señalados también están comprendidos en el tema que nos ocupa, y diríamos más, están para nosotros en la base de los desarrollos teóricos tan divergentes. Pretendemos plantear las interrogantes que nos han surgido en nuestro acercamiento a estas temáticas, tanto desde nuestro lugar de terapeutas como también desde nuestra condición de pacientes en terapia.

Discusión

La mayor parte de las teorías psicoanalíticas dicen sustentar una concepción antropológica del ser humano como biopsicosocial, por tal motivo dicen basarse en epistemologías unitarias, no obstante a la hora de abordar psicoanalíticamente al paciente con una afección orgánica, la condición de psicósomáticos queda

restringida, ya no algunas enfermedades como para Alexander (1943) pero sí a algunos pacientes. Entonces, si enfermar nos enfermamos todos y psicósomáticos somos todos, en qué está basada esta reducción discriminatoria?. Las respuestas que hemos encontrado a esta contradicción proponen que hay algunos pacientes que se enferman porque no pueden lograr una expresión psíquica de sus conflictos, y que este déficit de simbolización los lleva a somatizar. Nuevamente encontramos en este planteo otra contradicción: ¿si el ser humano es uno, cómo es posible dividirlo a tal punto que lo que pase en una parte de él, «la psiquis», sea la causa de lo que expresa otra parte de él, «el soma»? ¿Cómo explicaríamos este supuesto déficit de simbolización en nosotros, terapeutas, qué también nos enfermamos, y que por nuestra condición analítica hemos desarrollado nuestra capacidad simbólica?. Podríamos, es cierto, fallar nosotros también, pero esta respuesta no contesta por qué esa falla atañe específicamente al simbolismo corporal. Y es en este punto nodal donde entramos de lleno a la discusión de la capacidad simbólica del síntoma orgánico.

La propuesta de algunas teorías es que el simbolismo corporal es el de la histeria (el del cuerpo erógeno), pero que «el cuerpo real» enfermo no tiene capacidad simbólica. Cuando se relaciona de esta manera la histeria con la enfermedad orgánica, se hacen a nuestro entender, comparaciones desde organizaciones conceptuales diferentes. La histeria es un tipo de neurosis cuyo conflicto central gira en torno a la sexualidad y se expresa en una alteración corporal. Dicha alteración «habitualmente funcional» revierte con la comprensión de su significado. Pero diríamos que la histérica no está somáticamente enferma, porque no encontramos lesión orgánica?. Con los avances de la medicina en muchos síntomas tipificados como funcionales se encuentran hoy alteraciones lesionales. Pero la cuestión de fondo es más importante aún, ¿cuando la histérica está parálitica es su «cuerpo imaginario» el que no camina?, ¿o es su «cuerpo real»? El cuerpo imaginario se opone al cuerpo real, o es otra forma de existencia de «lo corporal»? Para Laplanche (1980) "la fantasía es un guión imaginado basado en el modelo de los procesos fisiológicos" (p.109).

¿Debemos restringir el simbolismo corporal, sólo al simbolismo al modo histérico?; o habrá otras formas de simbolización corporal?.

El Psicoanálisis avanzó mucho con la comprensión del simbolismo del juego, del acto y hasta del delirio. Tal vez la diferencia entonces, no esté en simbólico, versus no simbólico sino en diferentes formas de simbolización y en diferentes modelos metapsicológicos para tratar de explicarlas y entenderlas. Habilitar la hipótesis de la expresión corporal al modo histérico y de otras posibles formas de simbolización corporal, es realmente pensar desde una epistemología unitaria, porque es relacionar siempre las expresiones de nuestro cuerpo con nuestra vida anímica inconsciente. Negar la capacidad simbólica del cuerpo enfermo es escindirlo de la vida inconsciente, y es entonces, nos guste o no reconocerlo, ser dualistas.

Negar *a priori* la capacidad simbólica del cuerpo enfermo es también una resistencia, y decimos resistencia porque todo lo que se opone a la investigación debe ser tomado como tal. Es aquí donde debemos detenernos a pensar qué pasa con el discurso de la enfermedad en la sesión analítica. No estará ocupando el lugar de punto ciego?. Por qué, si cualquier motivo que ocasione la falta a una

sesión de tratamiento, es automáticamente analizada como una resistencia, la enfermedad no lo es?. Podrá responderse que la enfermedad es real, y entonces nos preguntamos: acaso la empleada que no vino, el ómnibus que pasó tarde, o la reunión que se prolongó, no son reales?. Por qué *a priori* en estos casos aceptamos ubicarnos como sujetos activos de nuestros actos y en la enfermedad como sujetos pasivos?. ¿Se podrá decir que la enfermedad tiene una «causa» que la explique, y acaso las otras situaciones no?. Nos encontramos nuevamente frente a otro prejuicio que sostiene esta contradicción, parecería que causalidad y significación fueran opuestos; ¿será realmente así, o serán complementarios?. Si nos habilitamos a ser partícipes activos de nuestras enfermedades, además de preguntarnos por sus causas, podemos investigar su significado. De la misma manera escucharemos el discurso de la enfermedad de un paciente, como material analítico de pleno derecho, y no lo dejaremos fuera de la sesión, pensando que del cuerpo enfermo debe hablársele sólo al médico.

Retomando la cita de Laplanche, si la fantasía es un guión imaginado basado en el modelo del proceso biológico, el proceso biológico alterado será la base de otro guión imaginado, seguramente distinto del anterior pero indisolublemente ligado a él. Tal vez en la enfermedad orgánica suceda que la función alterada exprese directamente el guión que ella contiene.

Comprenderlo así haría posible practicar plenamente el legado freudiano que entendía por "Tratamiento psíquico"(1890): "tratamiento tanto de las perturbaciones anímicas o corporales". Si la palabra, nuestro principal recurso terapéutico, es capaz de modificar una perturbación corporal, deberíamos aceptar la hipótesis de que el guión imaginado y la función normal o alterada poseen un mismo núcleo inconsciente de significación común.

PSIQUIS Y SOMA UN DUALISMO DE LA CONCIENCIA* ¹

Reflexionar sobre mente y cuerpo en o desde el Psicoanálisis, es una propuesta altamente compleja, pero a la vez la posibilidad de hacerlo implica la hipótesis de que es una tarea posible.

Para quienes trabajamos específicamente en áreas del Psicoanálisis en las cuales el cuerpo y sus perturbaciones adquieren una presencia significativa, esta tarea se torna además, necesaria.

Parte de la complejidad a la que aludíamos nos involucra, porque mente y cuerpo son constitutivos de nuestra existencia, lo que nos convierte en sujeto y objeto de la temática que nos ocupa. (Mitscherlich, 1954)

Resulta además compleja la transmisión de nuestras ideas, pues, como dice Weizsaecker, no es posible decir de una manera fácil lo que en su naturaleza es difícil.

Durante mucho tiempo las reflexiones en torno a una vinculación de psiquis y soma fueron consideradas del terreno de la Filosofía; o separadamente, el cuerpo sólo podía ser pensado desde la Medicina o disciplinas afines y lo psíquico o lo mental, desde el Psicoanálisis.

Considerarlas del área de la Filosofía, implicaba habitualmente un matiz peyorativo dada la connotación especulativa que se adscribe a lo filosófico.

No compartimos estas apreciaciones; en primer lugar, por el respeto que nos merece la Filosofía y, en segundo lugar, porque especulativas en el sentido de construcciones teóricas que intentan dar cuenta de una realidad, lo son todas.

Concientes de que utilizamos modelos para explicar una realidad, comunicamos aquellos que sentimos de utilidad teórica y clínica.

Nos parece importante realizar algunas precisiones en cuanto al significado (Larousse, 1994) y etimología (Corominas, 1987) de los términos que utilizamos:

Mente: del latín "*men mentis*", potencia intelectual del alma. Designio, pensamiento, propósito, voluntad.

* Presentado en las Jornadas de Psicoanálisis y Epistemología. Abril de 1993.

¹ Agregado de 1999 - Aunque no está explícitamente mencionado, subyace en la temática abordada el término «Psicosomática».

«La Psicosomática» sería una forma de pensar el padecer humano. Desde la Medicina pensamos y hacemos en actitud «psicosomática» cada vez que (Chiozza, L., 1995) "incluimos en cada juicio clínico y en cada acto médico, los elementos que puede aportar el psicoanálisis con respecto a lo que sucede en el enfermo y en las distintas vicisitudes de sus relaciones con el médico, la familia y la sociedad" (p.14).

Para el Psicoanálisis, desde el momento en que como disciplina se inicia con la comprensión simbólica de una perturbación corporal, pensar psicósomáticamente es inseparable de pensar psicoanalíticamente. Así concebido, hoy no diríamos que es un «área del Psicoanálisis», porque abordar el enigma del enfermar humano, involucra al psicoanálisis todo y a todos como psicoanalistas. Hemos sí, psicoanalistas que optamos por investigar específicamente en la comprensión simbólica de los trastornos orgánicos.

Psiquis: "alma", vida mental tanto conciente como inconciente.

Alma: "ánima", sustancia espiritual capaz de entender, querer y sentir que constituye junto con el cuerpo, la esencia del hombre.²

Examinando comparativamente el significado de estos términos, vemos que psiquis involucra la vida inconciente y que lo mental queda más inscripto en el registro de la inteligencia, la conciencia o la voluntad. Alma y psiquis están íntimamente relacionadas, lo que nos recuerda a Freud (1890), en "Tratamiento Psíquico", cuando hablaba de "tratamiento del alma o desde el alma". Entender, querer, sentir, son todas cualidades que están contenidas en la capacidad de «significar», específica del psiquismo que incluye pero trasciende el mero pensar.

Cuerpo: "*Corpus*", lo que tiene extensión limitada e impresiona nuestros sentidos.

Soma: "Cuerpo animal o vegetal".

Cuerpo y soma presentan también matices en su significado que nos parecen valiosos. Vemos que cuerpo está más en relación con la existencia física en el espacio; soma integra la cualidad vital de esa existencia.

Por todo lo expuesto, «alma o psiquis y soma» nos parecen las expresiones que guardan mayor identidad, con lo que psicoanalíticamente, pretendemos expresar. Pensar en la psiquis y el soma es necesariamente pensar una «interrelación teorizable» y creemos que todas las disciplinas, incluyendo el Psicoanálisis, en forma explícita o implícita, tienen una concepción de esta vinculación³. Lo que podemos preguntarnos es, desde qué lugar y con qué instrumentos es pensable desde el psicoanálisis esta interrelación.

² Agregado de 1999 - Para Weizsaecker, citado por Chiozza (1995) "la vida es una contradicción que tiene sentido". La enfermedad oculta a si misma los conflictos de nuestras contradicciones. En su "pentagrama pático", propone las cualidades de aquello "por lo que padecemos", la esfera en la cual se produce la enfermedad: poder, querer, tener que, estar permitido, deber. Estas cualidades están íntimamente relacionadas con los significados del término «alma». Sabiamente Freud (1890) hablaba del Tratamiento Psíquico como un tratamiento del y desde el alma, para comprender y tratar la enfermedad.

Los significados del término "mente" se relacionan más con lo que el mismo Weizsaecker (1950), propone como características de lo "óntico", lo que somos, lo común a todos, lo más objetivo.

³ Agregado de 1999 - Decimos «interrelación teorizable» por cuanto, si «psiquis y soma» son dos formas de existencia conciente, producto de una misma fuente inconciente, los significados y los existentes materiales, deben guardar alguna relación entre si. Lo que esta epistemología unitaria propone, es que si la fuente es común, las modificaciones en el cuerpo, también implican modificaciones en los significados y viceversa.

Si precisamos aún más, nuestra forma de decir a la luz de la propuesta epistemológica que desarrollamos, sería más correcto decir «lo que desde nuestra conciencia llamamos psiquis y lo que desde nuestra conciencia llamamos soma», porque en la medida que son categorías de la conciencia también son conceptos de la conciencia.

A nuestro entender, la misma será concebible desde el registro de la significación, estará signada por el descubrimiento del inconciente y sólo será abordable desde la conciencia.⁴

El psicoanálisis cuenta en sus orígenes, a propósito del estudio del síntoma histérico, una primera aproximación teórica a la relación psiquis-soma. Desde la perspectiva terapéutica, Freud (1890) consideraba posible tratar psicoanalíticamente tanto "perturbaciones anímicas como corporales". Estas escuetas citas intentan dar cuenta de la importancia que Freud dio al tema, algo que se refleja a lo largo de toda su obra.

Intentaremos retransitar los pasos recorridos por Freud en el desarrollo de la comprensión de la histeria, para hacer explícita la epistemología que a nuestro entender subyace en la relación psiquis-soma en los diferentes momentos de dicha evolución.

El ordenamiento cronológico en que seguiremos el desarrollo de las teorizaciones sobre la histeria, no guarda una simetría exacta con un orden temporal. (Notas A y B)

Los primeros conceptos de Freud para la comprensión del síntoma histérico y a la luz de la teoría traumática, pusieron el acento en los mecanismos de producción del mismo.

El término "Conversión" es representativo de esa etapa freudiana.

Según el diccionario (Larousse, 1994), «convertir» es "mudar o volver una cosa en otra".

El fenómeno histérico impresionaba a la conciencia del observador como dos perturbaciones que alternaban entre sí. A esta llamativa alternancia, Freud la describió como "el misterioso salto de lo psíquico a lo somático".

Esta descripción pone el acento, como decíamos anteriormente, en la observación del fenómeno realizada «desde y por» nuestra conciencia.

Aunque Freud ya había postulado la existencia del inconciente, es en una etapa posterior que destaca la importancia del mismo en el síntoma histérico. Es así que gana terreno, el síntoma como producto transaccional, emergente de un conflicto que esconde tras sí, una fantasía inconciente que lo sustenta.

⁴ Agregado de 1999 - Pensar «lo psíquico», es pensar en términos de significados, de significados inconcientes. Significar es simbolizar. Coincidiendo con Jones (1980) en que el verdadero simbolismo, es el simbolismo del inconciente, la cualidad simbólica es entonces un patrimonio del inconciente, e inconciente tenemos todos. Por lo tanto simbolizar, simbolizamos todos. Como propone Chiozza (1980), elegiría para definir la totalidad del psicoanálisis en "la existencia de un sujeto signifiante inconciente cuyo lenguaje utiliza como medios tanto a la palabra o el gesto como el síntoma, el trastorno, la forma, la función, o el desarrollo"(p.133). Esta definición comprende tanto la normalidad como la patología. Simbólico es todo lo que emerge a la conciencia desde lo inconciente, la diferencia está en las distintas formas en que las personas disponen de su capacidad simbólica, de ahí las diferentes estructuras psicopatológicas, las diferentes metapsicologías propuestas para las mismas y las diferentes formas de simbolizar. Pensar que lo corporalmente expresado no es simbólico, es escindir el cuerpo, no sólo de la vida anímica inconciente, sino como dije en otro trabajo, sería como pensar que el inconciente existe «in vitro», y no «in vivo».

En esta segunda instancia, la perturbación somática corporal es el emergente de una fantasía inconciente reprimida. Si bien hay un dualismo de psiquis y soma, parte de ese "misterioso salto" se va develando.

Además, aquí la importancia no está en la conversión de una cosa en otra, sino en la relación entre una perturbación somática conciente y la fantasía inconciente.

Posteriormente, Freud pone el énfasis en la simbolización. En esta última etapa postula cómo una fantasía o conflicto inconciente es capaz de expresarse o simbolizarse en un trastorno corporal. "El misterioso salto" continúa desplegándose.

Podríamos pensar que partimos de un Freud que parece tomar el término "conversión" en un sentido literal, pero que progresivamente lo va desplazando a un sentido metafórico.

Según Murray Turbayne (1974), todo decir es un decir metafórico pero "hay diferencia entre utilizar una metáfora y tomarla en su sentido literal, entre utilizar un modelo y confundirlo con la cosa misma a la que se aplica dicho modelo"⁵. (p.15)

No habría algo que se convierta en otra cosa, sino que habría distintas maneras concientes de expresar conflictos inconcientes.

Siguiendo con la histeria y para clarificarlo en un ejemplo (cuyo reduccionismo está en aras de la comprensión), una fantasía inconciente es capaz de emerger a la conciencia como una parálisis histérica, o como angustia.

Observando el fenómeno en el registro de la conciencia, veríamos su alternancia, es decir, cuando está la parálisis hay una «bella indiferencia» y viceversa, cuando la paciente es capaz de angustiarse y expresar su conflicto, desaparece la parálisis. Parálisis y angustia tienen la misma fuente inconciente⁶.

⁵ Agregado de 1999 - Murray Turbayne (1974) plantea que muchos de los grandes pensadores sucumbieron a sus propias metáforas, entre los que incluye a Freud. Es evitable o inevitable sucumbir a los modelos teóricos y olvidar su cualidad metafórica?

Nosotros pensamos como dice Chiozza que cuando algo nos convence es porque la realidad nos ha vencido. Cuando como psicoanalistas un modelo se nos impone por su cualidad pragmática para comprender la clínica y cuando además adquiere por ese hecho la fuerza del consenso, sucumbimos a la metáfora y lo pensamos como hecho. Ilustre ejemplo de esto es el Complejo de Edipo, modelo teórico para comprender la neurosis, pero de tal fuerza que parecería que le damos estatuto de hecho. Tal vez por eso Freud, le llamó "bruja" a la metapsicología porque cuando los modelos convencen, «embrujan». Pero creemos que es además de posible, necesario, como planteamos en el trabajo, rescatar el «como si» de las teorías para poder reformular los modelos tantas veces como sea necesario.

⁶ Agregado de 1999 - Lo que Freud denominó "salto" desde la observación conciente, es lo que Weizsaecker (1950) describe como «alternancia del funcionamiento conciente», y de ahí su metáfora de la "puerta giratoria".

Al modo de una gestalt en las alternancias fondo-figura, cuando desde la conciencia Freud ponía atención en la parálisis ignoraba su significado, para comprender el significado debió dejar de prestar atención a la parálisis. Comprendido el significado, retomó su atención a la parálisis, logrando así en los sucesivos giros de esta alternancia observar y comprender la modificación del fenómeno en su conjunto. Percibir y comprender son entonces las dos formas del funcionamiento

En el historial de Elizabeth Von R. es donde pensamos que Freud (1893) comunica claramente esta diferente comprensión del síntoma a la que hacíamos referencia. Expresa: "la histeria acierta cuando restablece para sus inervaciones más intensas el sentido originario de la palabra. Y hasta puede ser incorrecto decir que se crea esas sensaciones mediante simbolización; quizá no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo sino que se alimenta junto con él de una fuente común"(p.193).

Dicha fuente común a la que alude Freud es el inconciente que puede emerger en una perturbación corporal o en un discurso verbal.

Este análisis intenta mostrar una propuesta que nos resulta interesante en la relación psiquis-soma a lo largo de la obra de Freud.

Chiozza (1989) piensa que Freud se apoya en distintos momentos de su obra en epistemologías diferentes que serían básicamente dos y que podríamos sintetizar así.

1. "Una epistemología dualista, donde psiquis y soma serían dos realidades ontogénicamente diferentes", cuyo ejemplo claro lo encontramos en "La perturbación psicógena de la visión" (1910) cuando expresa "lo anímico descansa en lo orgánico", o en el término "conversión" tomado en sentido literal.

2. En el historial de Elizabeth Von R. (1893), trastorno corporal y lenguaje, observables desde el registro de la conciencia y cualitativamente diferentes entre sí, se alimentan de una misma fuente inconciente. Podríamos plantear que, desde esta perspectiva, "psiquis y soma son categorías que la conciencia establece en su contacto con la cosa en sí, en última instancia incognoscible".

La diferencia entre lo psíquico y lo somático sería el resultado de la categorización que establece la conciencia que los separa como diferentes porque los percibe diferentes (Chiozza, 1980).

Todas nuestras ideas y teorizaciones estarán atravesadas en su percepción y formulación por el dualismo inherente a la cualidad de la conciencia. A nivel inconciente, tal diferenciación no sería posible. El inconciente contaría dentro de sus propiedades, la imposibilidad de establecer categorías. Su registro sería de otro orden, para nosotros esencialmente un registro de significaciones. Esta perspectiva guarda relación con la forma en que cada teoría psicoanalítica postula las hipótesis sobre las cualidades, características y funcionamiento de la vida anímica inconciente.

Estos desarrollos no pretenden plantear la solución de un problema sino, como dice Mitscherlich, desarrollar un probable camino.

conciente que alternan entre si. Es decir: «hay que ponerse distintos lentes para ver el mismo fenómeno».

Aspirar a una solución definitiva o «verdadera» sería olvidar el sentido metafórico que tienen las teorizaciones. Por más útiles que éstas resulten, el continuo movimiento dialéctico que existe en todo proceso de conocimiento sostendrá su validez hasta que puedan ser sustituidas por otras que nos resulten más pragmáticas.

Notas

A. No hacemos una diferencia entre «cuerpo real y cuerpo erógeno», porque a nuestro entender el cuerpo erógeno es inseparable del cuerpo real y el cuerpo representado está sustentado en la realidad de su existencia física.

De la misma manera, diríamos que el cuerpo real simplemente por el hecho de estar vivo lleva implícita su erogeneidad.

B. No nos detenemos en la diferencia entre «cuerpo sano y cuerpo enfermo» (aunque obviamente existe) porque desde el recorrido en que intentamos seguir a Freud la vinculación sería planteable tanto en la salud como en la enfermedad. Desde el psicoanálisis siempre trabajamos con representaciones del cuerpo (para nosotros tanto sano como enfermo). Las sustanciales diferencias estarán en la metapsicología que propondremos para la comprensión de cada uno de los trastornos con expresión somática (histeria , hipocondría o enfermedad somática).

EL LENGUAJE DEL CUERPO PRESENTIFICACION HISTORICA DE LO ARCAICO*

"Aniquilamos a los enfermos no sólo cuando los diagnosticamos de incurables, sino también, cuando los declaramos incomprensibles"

Dr. Alexander Mitscherlich (1954)

En "Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci", Freud (1910) compara los recuerdos infantiles y el nacimiento de la historiografía entre los pueblos antiguos y dice: "La historiografía, que había empezado por registrar al paso las vivencias del presente, arrojó la mirada también hacia atrás... Era inevitable que esta última fuera más una expresión de las opiniones y deseos del presente que una copia del pasado, pues muchas cosas se eliminaron de la memoria del pueblo, otras se desfiguraron, numerosas huellas del pasado fueron objeto de un malentendido al interpretárselas en el sentido del presente, y además la historia no se escribía por los motivos de un objetivo apetito del saber, sino porque uno quería influir sobre sus contemporáneos, ...Ahora bien, la memoria conciente de un hombre sobre las vivencias de su madurez es de todo punto comparable a aquella actividad historiográfica, y sus recuerdos de la infancia se corresponden de hecho, por su origen y confiabilidad, con la historia de la época primordial de un pueblo, recompuesta tardía y tendenciosamente" (p. 78).

Este rico fragmento tomado como metáfora, habilita a plantearnos que en toda conferencia, trabajo o ponencia como en este caso, los deseos del presente convocados por temáticas como las de esta Jornada, animan nuestro deseo de saber. Pero también nosotros queremos influir en nuestros contemporáneos, animarlos con nuestras ideas y vivencias y, para eso, miramos al pasado, fundamentalmente a Freud, en una reconstrucción siempre opinable e inevitablemente tendenciosa, entendiendo por tendencia "toda fuerza que nos impulsa a dirigirnos a un punto" (Larousse, 1994).

Los ingleses poseen en su idioma dos palabras diferentes para designar la historia: "**story**" para el relato atemporal, cuya secuencia está guiada por la significación de los acontecimientos; y la "**history**" para la ordenación cronológica de una secuencia pretendidamente objetiva. Creo que coincidimos en que, la pretendida objetividad está muy lejos del quehacer analítico y del modo de dar cuenta de las teorías en psicoanálisis. El relato de la historia de la humanidad, el de nuestra vida, como el de estos fragmentos de historia que son nuestros trabajos, son "**story**" y no "**history**", ya que su selección está pautada al modo descrito por Todorov (1982), por la significancia que le otorgamos a cada uno de los eslabones de la secuencia que elegimos para construir el relato.

* Presentado en las IX Jornadas Psicoanalíticas de APU. Montevideo. 1995.

Historización "es un relato de hechos y acontecimientos dignos de memoria" (Larousse 1994). Etimológicamente significa "búsqueda, averiguación, sabio, conocedor" (Corominas, 1987). Vemos que no todo suceso acontecido es digno de memoria. La aludida dignidad, creemos que es un atributo dado por el significado, por la importancia que hace que un mero acontecimiento adquiera cualidad de histórico.

Como psicoanalistas, no escuchamos los recuerdos de la memoria conciente como datos de lo que realmente sucedió, sino que nos interesa el pasado que está vivo resignificado en la forma de vivir el presente. Siguiendo a Chiozza (1986) dejamos planteada una hipótesis que intentaremos desarrollar: "un hombre se enferma tanto psíquicamente como físicamente porque se oculta a sí mismo una historia cuyo significado le es insoportable, su enfermedad, es además una respuesta simbólica que procura inconscientemente alterar el significado de la historia, o lo que es lo mismo, su desenlace" .(p. 64).

En el fragmento inicialmente citado, Freud hace referencia a una época primordial que se corresponde "de hecho" a los recuerdos de la infancia. Con esta posibilidad de una correspondencia "de hecho" parecería aludir a una forma de expresión de la atemporalidad. En la 13ª Conferencia (Freud, 1916), nos dice que cada individuo "repite abreviadamente en su infancia, de alguna manera, el desarrollo todo de la especie humana, también esta otra prehistoria filogenética" (p. 182). El centro de la repetición serían las temáticas, típicas universales y sempiternas, "story" en tanto arquetipos, que se representan una y otra vez en cada individuo a lo largo del escenario de los tiempos. Es así que lo arcaico, lo antiguo, lo primitivo, "lo que existe desde hace mucho tiempo", (Larousse,1994) se actualiza y puede ser reconocido más allá de las variaciones individuales en su carácter típico universal y atemporal.

La posibilidad de actualización de lo arcaico, nos lleva a dos cuestiones de suma importancia. El concepto de arcaico, va desde una perspectiva transgeneracional indisolublemente ligado al concepto de herencia filogenética, lo que a pesar de las variaciones individuales y generaciones es posible de ser reactualizado, formas de "reaccionar de particular manera frente a ciertas excitaciones, impresiones y estímulos" (Freud, 1939 - p. 94).

El otro aspecto de esencial relevancia consiste en que, la herencia arcaica sólo puede pensarse como una forma de transmisión simbólica inconsciente de un "saber originario que el adulto ha olvidado" que "se abre paso por encima de la diversidad de las lenguas..."; "que no sólo abarca predisposiciones sino también contenidos, huellas mnémicas de lo vivenciado por generaciones anteriores" . (Freud,1939 - p.p. 95 y 96).

Reformulando la hipótesis planteada anteriormente diríamos que: **«nos enfermamos como un modo de defensa frente a algo intolerable, esencialmente un afecto, (como luego veremos), que resignificamos históricamente en una enfermedad somática actual, sirviéndonos de un lenguaje arcaico y simbólico que al modo de los símbolos universales filogenéticamente heredados funciona para nosotros como algo cuyo significado nos es desconocido»**. Creemos que es posible que el psicoanálisis pueda reconocer e interpretar esa historia olvidada, no sólo en el síntoma psíquico,

en el gesto, en el acto, o en el discurso verbal, sino también en la enfermedad orgánica (Chiozza, 1980).

Nuestra conciencia por medio de la percepción sabe que la vida tiene un límite temporal. La organización del conocimiento proveniente de la física nos permite reconocer una cronología que se expresa en un principio y en un fin. Lo temporal es "opuesto a lo eterno, es lo que pasa con el tiempo" (Larousse, 1994). Pero también nuestra conciencia percibe otro tiempo que es el de la vivencia, el del instante presente cuya cualidad reconocemos por el afecto comprometido; ese tiempo que se empeña en sostener una inmortalidad en la que nadie cree. Nuestra conciencia convive con esta «doble percepción de lo temporal», la cronológica y la atemporal o vivencial; doble percepción que complejiza el trabajo analítico, doble percepción que es en sí misma un drama que se acrecienta con el paso de los años. Nuestra vida anímica es una sucesión de presentes. El pasado y el futuro serían "ilusiones tenaces" como decía Einstein, "construcciones mentales" (Chiozza, 1991), en las que nos refugiamos frente a la frustración actual. Podríamos pensar al recuerdo como una fantasía actual. El deseo insatisfecho y nuestra impotencia para modificar el presente, nos lleva a ubicar lo deseado en un pasado al que quisiéramos o no regresar, según depositemos en él cosas buenas que sentimos perdidas o cosas traumáticas que tememos repetir. En el futuro proyectamos lo deseado aún no realizado, tal vez como una forma de no encontrarnos con la carencia actual, o como un modo de dirigir el motor del deseo hacia la lucha por obtener lo querido.

En tanto construcción, los diferentes tiempos serán pasibles de atributos, de cualidades. Weizsaecker* (1951) destacará del pasado su irreversibilidad, del futuro su impredeción, siendo el presente el que decide. Nos parece que en estas cualidades se articulan la noción de tiempo procedente de la física "*history*" con la noción de tiempo procedente de la "*story*". El pasado cronológico físico "lo que ya fue es irreversible", o como diría el propio Weizsaecker (1950) sólo "lo realizado es imposible"; el pasado construcción histórica es sólo pasible de reversibilidad metafórica cuando resignificado en el presente pierde su carácter de pasado. El futuro es incierto, nunca sabemos si lo deseado devendrá realización posible. Sólo el presente cuenta, y cuenta porque en él, tiempo cronológico y tiempo vivencial se unen en la capacidad de decidir. Diríamos que **el presente, es desde la percepción realidad material, es el aquí y el ahora; es desde la vivencia actualidad; y desde el afecto importancia.**

Freud dedicó gran parte de su obra a la relación entre "lo anímico y lo corporal", diríamos más, el Psicoanálisis nace a instancias de esa profunda preocupación. Se inaugura con la comprensión del síntoma histérico, y se recrea significativamente a lo largo de toda su obra culminando en El Esquema del Psicoanálisis (1938) con la segunda hipótesis fundamental donde pensamos da cuenta del modo más claro de su perspectiva epistemológica al respecto. En 1890 expresaba: "**Tratamiento psíquico quiere decir más bien tratamiento desde el alma, ya sea de las perturbaciones anímicas o corporales** con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre... Todos los estados anímicos, aún

* Víctor Von Weizsaecker (1886-1957). Médico neurólogo alemán, contemporáneo de Freud, con quien mantuvo un contacto personal y un profundo interés y conocimiento de su obra. Autor también de numerosas obras que integran la Medicina y el Psicoanálisis.

los que solemos considerar como procesos de pensamiento, son en cierta medida afectivos y de ninguno están ausentes exteriorización corporales, y la capacidad de alterar los procesos físicos" (p.115) (diríamos mejor percibidos como físicos).

En este fragmento, se plantea la posibilidad de que el psicoanálisis pueda abordar terapéuticamente y ser capaz de modificar las perturbaciones corporales. Ubica además el afecto en un lugar particular que trasciende la dicotomía psiquis-soma. Expresa también que todo proceso orgánico implica una alteración psíquica y viceversa. En "Tres Ensayos de Teoría Sexual" (1905), Freud desarrolla el concepto de zona erógena, describe zonas de primacía, pero aclara que la propiedad de erogeneidad comprende a todas las partes del cuerpo y a todos los órganos internos. La relación específica entre determinada zona corporal y sus fantasías ha sido retomada y sostenida por diferentes autores: para Laplanche (1980) "la fantasía es un guión imaginado basado en el modelo de los procesos fisiológicos" (p.109); para Susan Isaacs (1983) "no hay impulso, ni necesidad instintiva que no sea vivida como una fantasía inconsciente"(p.85); para Weizsaecker (1962) "el proceso fisiológico se comporta en el hombre como si lo animara una intención psicológicamente comprensible". Este concepto será ampliamente desarrollado por Chiozza (1986) y lo llevará a plantear "que aquello que desde un ángulo se percibe como forma, función, trastorno, evolución o desarrollo corporal, desde el otro es experimentado como una determinada fantasía inconsciente, es decir, como un significado específico inherente a ese particular existente material" (p.32).

Esa relación específica es la que sostuvo Freud en el **simbolismo de la histeria**, develando en cada uno de sus historiales clínicos, que **la zona corporal afectada no era contingente** sino que era la que mejor se prestaba para simbolizar el conflicto inconsciente.

Nuestro recorrido nos guía inevitablemente a la histeria, en la cual una perturbación corporal es expresión de una fantasía inconsciente. La histeria ha sido el prototipo por excelencia del simbolismo corporal. Creemos útil rescatar el carácter de modelo que Freud nos legó en el estudio y comprensión del fenómeno, para replantear algunas cuestiones que han adquirido en el consenso casi el carácter de hecho. Si podemos captar su sentido metafórico se nos abre una rica vía para abordar psicoanalíticamente la comprensión de la enfermedad orgánica en general.

En primer lugar, creemos que las **formas de simbolización son múltiples**, y que no pensamos que la histeria deba reservarse para sí el patrimonio de la simbolización corporal. Podríamos preguntarnos ¿por qué le otorgamos simbolismo al órgano cuando se habla de él, y lo que diagnosticamos como histeria y se lo negamos cuando es el órgano que habla y lo diagnosticamos como enfermedad orgánica? (Tato,G.,1993a). Podríamos también preguntarnos ¿por qué consideramos simbólica una perturbación funcional de un órgano y asimbólica cuando es lesional? Sabemos además que hoy por hoy el límite de lo lesional y lo funcional es un terreno incierto para sustentar una diferencia entre patologías. Podríamos también preguntarnos ¿por qué esa división entre cuerpo somático y cuerpo erógeno, como si el cuerpo somático por el sólo hecho de estar vivo, no llevara implícita su erogeneidad y el cuerpo erógeno fuera separable del cuerpo somático?.

Parece ser que pensáramos que cuando abordamos el cuerpo desde lo que comprendemos como histeria trabajamos con representaciones, realidad psíquica, y

cuando lo abordamos desde lo que comprendemos como enfermedad orgánica trabajamos con el cuerpo realidad material. Pensamos que esta creencia está sostenida por una mal entendido, ya que desde el Psicoanálisis, por el modo de abordaje determinado por el instrumento de nuestra disciplina, siempre trabajamos con representaciones, tanto del cuerpo sano como del cuerpo enfermo. "Las sustanciales diferencias están en la metapsicología que propondremos para la comprensión de cada uno de los trastornos, con expresión somática, la histeria, la hipocondría o la enfermedad orgánica" (Tato, 1993b)*. Metapsicología que como sabemos, según lo expresado por el mismo Freud, no es la base del edificio sino su coronamiento, y podemos por lo tanto reformularla y replantearla tantas veces como lo creamos necesario.

Por último, quisiéramos referirnos resumidamente a lo que hemos desarrollado en otro trabajo: (Tato, 1993b) el sentido metafórico en que pensamos que Freud usó y nos legó el término "**conversión**", porque esta perspectiva es esencial para la epistemología que sostiene nuestra tarea. "**No habría algo que se convierta en otra cosa sino que habría distintas maneras concientes de expresar conflictos inconscientes**". El carácter de metáfora queda claramente señalado en la epicrisis del historial clínico de Emmy Von N. (1895) cuando dice: "Aquí uno ya no puede negarse a tomar en cuenta unas cantidades..., a concebir el proceso **como si** una suma de excitación... llegada al sistema nervioso se traspusiera en un síntoma... **en aras de la brevedad escogemos el término "conversión"** (p.105). En la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis (1938) declara que "**esos procesos concomitantes presuntamente somáticos son lo psíquico genuino y para hacerlo prescinde al comienzo de la cualidad de la conciencia**" (p.156). Siguiendo esta hipótesis freudiana "psiquis y soma no serían realidades ontogénicamente diferentes sino que son categorías que la conciencia establece en su contacto con la cosa en sí, en última instancia incognoscible" (Chiozza, 1989).

En todos los historiales Freud destacó el íntimo **vínculo entre historia y padecimientos (síntomas patológicos)**. Es decir que la biografía de los pacientes guarda estrecha relación con su enfermedad. La investigación psicoanalítica avala esta posibilidad para todos los síntomas, incluso para las enfermedades orgánicas, como dice Weizsaecker(1951) "no se puede traducir la lengua de las enfermedades al dialecto de la física y de la química. Es más acertado interpretar cada historial clínico como la historia de una vida, traducir el lenguaje de la enfermedad al lenguaje de la biografía" (Chiozza,L.,1995). "La superposición de la historia clínica y la historia biográfica nos revela que **aquello que las personas callan con los labios no sólo suelen expresarlo con gestos y actitudes, sino también con el mismo funcionamiento de sus órganos**" (Chiozza, 1986, p.12).

La secuencia que seguimos transitando nos lleva a tres puntos con los que quisiéramos terminar nuestra exposición. En primer lugar, la existencia de un "**lenguaje de órgano**", posibilidad inaugurada por Freud con el simbolismo específico del síntoma histérico. Algo más detenidamente expuesto en lo que describió con el término "**Mitsprechen**" que literalmente quiere decir "**intervenir en la conversación**" (1893, p.163); y en "Lo Inconsciente" (1915) a propósito de una enferma de Tausk alude directamente a la existencia "de un lenguaje de órgano" (p.195). Si entendemos lenguaje como cualquier procedimiento que utiliza el

* Ver versión actualizada en la Primera Parte, Capítulo? de este libro.

hombre para la comunicación, aunque su sentido más propio sea el auditivo (Larousse, 1994), no sería contradictorio el uso del término lenguaje asociado al órgano como lo emplea el propio Freud. **"El órgano utiliza para la comunicación procedimientos propios inherentes a su capacidad simbólica"**(Tato,1993a). El síntoma es un procedimiento de comunicación del órgano. Pensamos que las fantasías específicas serían el lenguaje psíquico en el cual los órganos expresan sus significados inherentes, de la misma manera que los síntomas somáticos también específicos serían el lenguaje orgánico en el cual los órganos se expresan. Gracias a esta relación de especificidad, dichos síntomas orgánicos pueden ser psicoanalíticamente comprendidos en su simbolismo específico, que debe ser integrado a la particular resignificación de cada paciente en el contexto de su biografía.

El segundo punto que quisiéramos destacar está vinculado con lo que venimos desarrollando. ¿Qué estatuto simbólico le otorgamos al síntoma somático?. En un sentido amplio para nosotros sería muy difícil sostener que existe alguna realidad que sea asimbólica. ¿Qué es lo que nos autoriza a postular signos carentes de símbolos?. Podemos decir que desconocemos un significado, pero no podemos negar *a priori* su existencia. Pensamos que el simbolismo del síntoma somático presenta algunas particularidades. Toda perturbación somática funciona en la conciencia como un signo cuyo significado permanece inconsciente (Chiozza, 1980). Esta perspectiva es común con otras patologías, dado que la significación de todo síntoma está reprimida e inconsciente. En **el síntoma somático** dicho significado inconsciente, **como todos los simbolismos corporales, serían universales y formarían parte del inconsciente primordial**, a similitud de otros símbolos universales y filogenéticamente heredados postulados por Freud. Los trabajos de Rank y Sachs y los de Jones (1980) refuerzan esa posibilidad. Poder considerar los símbolos corporales dentro de los símbolos universales está avalado por la concordancia de las características que compartirían ambos: la universalidad, la transmisión hereditaria inconsciente, la limitación de la comprensión por las asociaciones del paciente, las relaciones filogenéticas con los mitos, los dichos populares, cultos, etc. La interpretación de los mismos comparte las consideraciones técnicas del trabajo con todos los símbolos universales.

Habíamos mencionado la necesidad de teorizar sobre las diferencias metapsicológicas existentes entre la histeria y la enfermedad orgánica. En este aspecto, nosotros seguimos una propuesta muy específica que lo llevó a plantear a Chiozza en 1976, al síntoma orgánico como la **"patología del afecto"**.

Freud decía que el verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto penoso. En la enfermedad orgánica la represión se dirigiría directamente a atacar el desarrollo del afecto. Es así que Chiozza (1980) propuso que mientras en la neurosis y en la psicosis se conserva la integridad de los afectos, en la enfermedad somática el proceso defensivo puede, en ocasiones, alterar el equilibrio con el cual el montante de afecto inviste los distintos elementos de la clave, determinando que la descarga se realice de un modo que torna irreconocible la cualidad de ese particular afecto, y conduce a que la conciencia lo experimente como un fenómeno privado de toda significación afectiva. Esta forma de funcionamiento la consideramos **"una parte de la personalidad que llamaremos patosomática... porque constituye una manera específica de enfermar psicoanalíticamente comprensible"** (p.246).

Para Freud, el afecto es un ataque histérico universal y filogenéticamente heredado y además una descarga actual. Si bien la represión puede atacar la coherencia del afecto, no puede evitar su descarga; entonces nos preguntamos ¿por qué la descarga en ese síntoma somático y no en otro?; ¿por qué específica?; ¿de donde proviene la posibilidad simbólica?.

Volvamos a Freud, a la herencia filogenética y al lenguaje arcaico como acervo disponible. Al final del historial de Elizabeth Von R. Freud (1893) expresa: "Pero yo sostengo que el hecho de que la histérica cree mediante simbolización una expresión somática para la representación de tinte afectivo es menos individual y arbitrario de lo que se supondría. **Al tomar literalmente la expresión lingüística**, al sentir la espina en el corazón "o la bofetada" a raíz de un apóstrofe hiriente como un episodio real, ella no incurre en abuso de ingenio (*witzig*), sino que **vuelve a animar las sensaciones a que la expresión lingüística debe su justificación**. ¿Cómo habríamos dado en decir, respecto del afrentado, que eso le clavó una espina en el corazón, si la afrenta no fuese acompañada de hecho por una sensación precordial interpretable de ese modo, y se la reconociera en esta? ¿Y no es de todo punto verosímil que el giro tragarse algo aplicado a un ultraje al que no se replica, se deba de hecho a las sensaciones de inervación frente al ultraje? ... es harto probable que **todo eso se entendiera antaño literalmente** y la histeria acierta cuando restablece para sus inervaciones más intensas el sentido originario de la palabra. Y hasta puede ser incorrecto decir que se crea esas sensaciones mediante simbolizaciones; quizás **no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común**" (p.193).

La descarga del afecto se produce como inervaciones que deben su origen al acto motor justificado en ocasión de la escena filogenética. Por ejemplo, en lugar de la vivencia del afecto «ignominia» frente al ultraje (afecto descargado en forma coherente), o «la espina clavada en el corazón» (giro lingüístico-descarga verbal), aparece una descarga a plena cantidad en un síntoma somático (infarto agudo de miocardio). La reconstrucción histórica-lingüística nos permite la comprensión del simbolismo del síntoma y el drama se nos devela pleno de significado. El significado insoportable emerge como lenguaje de órgano para ser psicoanalíticamente comprendido deviniendo así una historia pasible de ser interpretada y modificada.

Todo intento de cambio o modificación con los instrumentos que el psicoanálisis nos brinda están sostenidos esencialmente en la posibilidad de comprender. Diríamos más, ésta es la primera dificultad a que nos enfrentamos cuando escuchamos un paciente. Por ese motivo, elegimos la frase de Alexander Mitscherlich que encabeza nuestro trabajo y que sostiene nuestros reiterados intentos. Condenar a la incomprendibilidad, creo que es como psicoanalistas, aniquilarnos a nosotros mismos antes de haberlo intentado. No desconocemos que las posibilidades terapéuticas en estas como en otras patologías dependen de muchos factores. Los problemas concretos de la técnica son aspectos de enorme relevancia que exceden esta exposición.

Quisiera terminar con unas palabras que pronunciara Bion (1977), en Nueva York, citadas por Chiozza (1988): "Sería posible decir que ciertos síntomas mentales articulados, si se los interpreta correctamente, pueden llevar al cirujano o al médico directamente a un órgano físicamente lesionado? ... ¿Sería posible decir: la manera en que esta paciente me habla revela síntomas de una enfermedad física, que para mi son tan claros como lo son los significados de un signo como la palidez para la

anemia?... Si ciertos síntomas consiguen emerger en lo que llamamos niveles de pensamiento conciente y racional', debería ser posible poner en acción esos niveles de pensamiento conciente y racional en el punto de origen del mal-estar. ¿Es posible formular una interpretación que también se remonte por la misma pista hasta el origen del problema?. De ser así, quizás el psicoanálisis pueda tener algún efecto sobre las cosas que hasta el momento parecen inaccesibles al tratamiento"(p.916).

SEGUNDA PARTE

"APORTES DE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN PSICOSOMÁTICA"

INTRODUCCION

Enfocaré este tema desde la clínica hacia una teoría posible para comprender dicha clínica, es decir que voy a intentar enlazar: escucha, comprensión, teorización e interpretación. Esta secuencia tiene un ordenamiento cronológico para transmitir las ideas que quiero exponer, pero creo que coincidimos en que existe una circularidad teoría-clínica, clínica-teoría que en un permanente proceso de retroalimentación, sustenta al Psicoanálisis desde sus orígenes. Presentaré dos materiales clínicos** que escogí porque los discursos de ambos pacientes me parecen representativos para abordar el tema que nos ocupa. Los pacientes presentan enfermedades orgánicas, uno es un material de la primera entrevista para inicio de tratamiento y el otro material es un fragmento de sesión de una paciente a quien en nuestro Centro efectuamos un Estudio Patobiográfico, iniciando luego un tratamiento psicoterapéutico (Nicola; Tato, 1994).

Creo pertinente aclarar, por qué digo pacientes que presentan enfermedades orgánicas, y no hablo de pacientes «psicosomáticos». No empleamos el término «psicosomático» porque entendemos que psicosomáticos somos todos, el Hombre es una unidad bio-psico-social y funciona de una manera integrada. Cuando se nos hace evidente un aspecto más que otro, es porque ponemos atención a una de las áreas: la bio, la psico, o la social, movidos por nuestro interés o porque la patología del paciente resalta ese aspecto expresivo de su personalidad.

¿Cómo entendemos nosotros la «Psicosomática» desde el Psicoanálisis?

Como dije anteriormente todos somos psicosomáticos, y todos nos enfermamos. La enfermedad puede ser considerada campo de la Medicina y del Psicoanálisis. Como psicoanalistas, podemos ocuparnos del modo en que el paciente reacciona ante su enfermedad, o de la enfermedad como una forma de lenguaje y por lo tanto psicoanalíticamente comprensible, decodificable e interpretable.

Llamamos "patosomático" (Chiozza, 1980), al modo del funcionamiento de la personalidad que se expresa en el enfermar. No es una estructura específica, porque como todos nos enfermamos puede coexistir con numerosas entidades psicopatológicas: neurosis, psicosis, etc. . En algunas personas la enfermedad (por su relevancia, gravedad o permanencia), se constituye en el modo de expresión dominante en el funcionamiento de su personalidad, es su manera habitual de existir en el mundo; podemos decir que se expresan prácticamente en forma constante a un modo "patosomático".

* Trabajo presentado en las Jornadas del Ceipdem (Centro de Estudios e Investigaciones Psicoanalíticas de Montevideo). Diciembre de 1994.

** Agradezco a las colegas del Cemepsi Ps. Fanny Ferreira y Ps. Graciela Nicola, por su generosa colaboración para disponer de estos materiales.

Me voy a referir a pacientes cuyo material clínico da cuenta, del momento en el cual esta área patosomática, dominaba la expresión de su personalidad. Este modo de funcionamiento, tiene para nosotros defensas específicas, en relación con conflictos también específicos, que son tramitados de una manera particular como luego veremos.

Decimos que el paciente se está expresando somáticamente, porque para nosotros la enfermedad no es en si misma ni psíquica ni somática, lo somático o lo psíquico son las cualidades de expresión de esa enfermedad (Lain Entralgo, 1984).

Habitualmente la Medicina se ocupa de la expresión somática y el Psicoanálisis se ocupa del modo de expresión psíquico. Si pensamos que la enfermedad puede ser una forma de lenguaje, veremos, tal como desarrollaremos en la exposición, que la expresión somática puede ser un lenguaje psicoanalíticamente comprensible. Diríamos que este es el aporte más importante que la clínica psicoanalítica ha hecho a lo que habitualmente denominamos «Psicosomática».

El decir de los pacientes

El primer material clínico al que me referiré, es un material de una primera entrevista para inicio de tratamiento, de un paciente de sexo masculino de 49 años a quien llamaremos Juan, que nos dice así:

"Fui operado en noviembre de un aneurisma de aorta, he ido evolucionando según mis médicos, bien y yo creo que también, pero con cosas de angustia. Los médicos me hablan de la enfermedad y de lo otro me doy cuenta yo. Soy casado, tengo 4 hijos y el hijo varón empezó a trabajar independiente pero para eso se tenía que anotar como empresa unipersonal, y como es menor, los padres tienen que "independizarlo", no, no es la palabra, "emanciparlo" y se fijó determinada fecha para la audiencia, un trámite sencillo. Estaba en la audiencia y aparece el ataque, inmediatamente llamaron a la urgencia y terminó en una operación. Soy profesional universitario frustrado, y hago tareas de control administrativo que no me satisfacen, en una palabra, no me motivan. Me siento muy angustiado, porque me doy cuenta que no estoy bien, como que esta situación me está superando".

El segundo material que les voy a presentar, es un material de sesión de una paciente mujer que comienza su tratamiento luego de haberse realizado un Estudio Patobiográfico, por la importancia de sus brotes de psoriasis.

"... es difícil revivir cosas que me hicieron sufrir. No puedo nacer de nuevo... las manchas no cicatrizan, están cada vez más rojas, sobre todo desde que empecé a hablar de mamá... me acuerdo de llorar en un rincón, a oscuras, porque me había rezongado, pero no logro meterme en la carne de esa niña que se sentiría desprotegida". "Opté por que las cosas no me importen, me hice la fuerte, impermeable a todo eso. Siempre di esa imagen: yo llorando atrás de esa puerta... es horrible verme en el espejo toda manchada, lastimada. Desearía arrancarme las cascaritas con rabia..."

Como podemos escuchar a los pacientes

Nos impacta que ambos nos hablan de su sufrimiento, y que en su relato «vinculan» determinadas circunstancias vitales con síntomas somáticos. O sea que ambos pacientes librados a su asociación libre, enlazan estos aspectos de su vida. Desde mi experiencia, cuando los pacientes se sienten «integralmente» escuchados, no se comportan como si la enfermedad fuera algo de lo cual no es con nosotros con quien deben hablar, sino todo lo contrario, la traen porque forma parte de su vida.

La primera pregunta que nos podemos hacer es: ¿esta vinculación será una casualidad o existirá alguna relación entre la circunstancia vital y el síntoma somático?; o más aún ¿el síntoma somático nos estará diciendo algo del paciente en relación con la circunstancia vital que atraviesa que no puede ser expresado de otra forma?. Creo que frente al relato de estos pacientes existen al menos tres grandes posibilidades de escucha: una, es pensar que es una vinculación azarosa, establecida por una relación conciente de simultaneidad que nada tiene que ver una cosa con la otra, que su padecer somático es de índole médica y que es al médico a quien le cabe la posibilidad de atención y comprensión. Una segunda posibilidad, es pensar que la enfermedad es la reacción somática inespecífica ante el stress de su conflictiva vital. La tercera posibilidad sería pensar, que la relación que establece el paciente desde la conciencia está sostenida por una vinculación inconsciente, aunque él desconoce cual es el significado de esa relación.

Pensarlo de esta manera, nos evoca lo que dijera Freud (1893) en "Estudios sobre la histeria" a propósito de Elisabeth Von R. : "las piernas doloridas empezaron a entrometerse siempre en nuestros análisis"(p.163). Podríamos pensar que Juan intuía que «algo debería tener que ver»*, la firma de la emancipación de su hijo con la rotura de su aneurisma de aorta; y también podríamos pensar que en Sandra las cascaritas de las lastimaduras de su piel psoriásica se "entrometían" en la asociación de sus sesiones. A este entrometerse Freud lo denominó *Mitsprechen* que quiere decir "intervenir en la conversación". En "Lo inconsciente"(1915) y a propósito de una enferma de Tausk, Freud alude a la existencia de "lenguaje de órganos".

Tanto el término "*Mitsprechen*" como el de "lenguaje de órgano", tienen algo en común que para nosotros psicoanalistas es fundamental. Según el diccionario (Larousse, 1994): se denomina lenguaje a "cualquier procedimiento que puede utilizar el hombre para la comunicación, aunque su sentido más propio es el auditivo". No creemos que sea contradictorio, como tampoco pensamos que lo fue para Freud usar el término lenguaje asociado al órgano; porque el órgano utiliza para la comunicación procedimientos inherentes a su capacidad simbólica. El síntoma es un procedimiento de comunicación del órgano tan efectivo que en su

* Decimos «algo debería tener que ver» no en un sentido causal sino en una relación de significación.

decodificación se basa el diagnóstico médico. Creemos, como creyó Freud a punto de partida de la histeria, que el órgano es capaz de un lenguaje comprensible para los psicoanalistas.

Una objeción que podría hacerse a mi planteo sería que yo confundo el simbolismo de la histeria con el de la enfermedad orgánica.

Mi intención es plantear que, con la histeria, Freud abrió el camino para la comprensión simbólica de una perturbación somática, y que no creemos que la histeria sea la única forma simbólica de expresión corporal. Es necesario proponer otras formas de simbolización posible. El cuerpo sano siempre ha sido para el Psicoanálisis motivo de comunicación, con las zonas erógenas y las fantasías inherentes a dicha zonas, Freud da cuenta de esta posibilidad. Los que trabajan en Psicoanálisis de niños saben muy bien de la capacidad simbólica del cuerpo. Si admitimos para el cuerpo sano una capacidad simbólica; ¿por qué habemos de negársela al cuerpo enfermo?, más aún, si lo admitimos en el cuerpo enfermo por qué debemos restringirlo al lenguaje de la histeria?; ¿podríamos pensar que el cuerpo tiene diferentes formas de lenguaje simbólico que debemos teorizar?. Podríamos pensar siguiendo a Chiozza, que *cuando se habla con el órgano estamos en el registro de la histeria, cuando se habla del órgano estamos en el registro de hipocondría, y cuando es el órgano el que habla estamos en el registro de la enfermedad somática.*

En los pacientes que presentamos su enfermedad a modo del "*Mitsprechen*" de la histeria de Freud, se entrometería en su conversación hablando con el órgano de un modo que debemos intentar comprender.

Como podemos comprender lo que dicen

Creemos que Juan y Sandra nos están diciendo algo con su cuerpo. Me centraré en Sandra y haré una lectura psicoanalítica habitual, para integrar luego lo que nos puede aportar la decodificación del lenguaje de órgano.

Sandra está transitando una dolorosa reactualización en la transferencia. Desearía nacer de nuevo con la ilusión mágica de no sufrir, de encontrar una mamá diferente. Se resienten sus carencias de caricias, imposibilitada de tolerar la frustración de una mamá que atendía a muchos hermanos como la terapeuta a muchos pacientes, (y además no la toca), se enoja por sentirse desoída en su reclamo.

Emergen dudas con su mamá-terapeuta. ¿La dejará también a "oscuros", sin escuchar sus necesidades y reclamos?. ¿Tolerará su sufrimiento o volverá a "anestesiarse"?, ¿transitará su debilidad o se hará la fuerte?, ¿integrará a la niña sufriente o la borrará definitivamente?.

Veamos ahora qué nos aportan las investigaciones de Chiozza y Colabs. (1991), sobre este modo de expresión patosomático y los significados encontrados en la investigación de los pacientes con psoriasis, para volver luego a Sandra.

¿Qué pasa con los afectos, en la expresión patosomática?.

Chiozza (1976), propone que mientras en la neurosis y en la psicosis se conserva la integridad de los afectos, en la enfermedad somática el proceso defensivo puede, en ocasiones, alterar el equilibrio con el cual el montante de afecto inviste los distintos elementos de la clave, determinando que la descarga se realice de un modo que torna irreconocible la cualidad de ese particular afecto, y conduce a que la conciencia lo experimente como un fenómeno privado de toda significación afectiva.

Para los psicólogos explicaré que la psoriasis es una enfermedad eritematoso-escamosa, que se caracteriza por una gran aceleración del recambio de la piel, que presenta placas de límites netos a veces ligeramente elevadas, de color rosado o rojo, cubierta de escamas de grado variable, afecta al tronco, las piernas o cualquier parte de la superficie de la piel y la piel de las articulaciones en los lugares de extensión; es una enfermedad que se presenta por empujes, con ciclos que van de las placas eritematosas, luego recubrimiento de escamas, descamación, piel en carne viva y nuevamente se reinicia el ciclo. La constelación afectiva que queda impedida de acceder como afecto, tendría que ver con sentirse desprotegida, a tal punto que es como estar «en carne viva», escamarse como forma de defenderse de un contacto deseado pero al mismo tiempo temido, la fantasía de crecer rápidamente, de mudar, de cambiar de identidad.

Veamos ahora como podemos integrar la comprensión del mensaje que con el órgano, nos envía Sandra.

Ella nos habla de sus dificultades para dejar emerger sus afectos, para "afectarse", que le resulta intolerable y lo expresa con su cuerpo. Las manchas que no cicatrizan nos hablan de un duelo no realizado, recordar, es resentir una carencia que le resulta intolerable, se siente abandonada, rechazada y lastimada. Se arranca las cascaritas con rabia, como una forma de exponerse en carne viva ante su terapeuta y denunciar su vulnerabilidad extrema.

Su piel es el testigo de un pasado que se hace presente en la transferencia, que la avergüenza y la deja expuesta y débil. No logra reconocer-se en su fragilidad, teme que al sentir en carne propia su sufrimiento, se desmorone.

Como habrán escuchado en la resignificación del lenguaje del órgano, destaqué los afectos que Sandra no puede permitirse sentir, porque desde la teoría que proponemos, estos afectos: carencia extrema, vergüenza, vulnerabilidad, rechazo, coartados en su expresión, emergen en un síntoma orgánico, aparentemente privado de significación. Comprender los significados de los síntomas nos abre una perspectiva diferente, que integrada a la lectura psicoanalítica habitual, devela un sufrimiento pleno de significación. Integrar ambas lecturas, es útil y necesario porque como dice Alexander Mitscherlich (1954): "aniquilamos a los enfermos no sólo cuando los diagnosticamos de incurables, sino también, cuando los declaramos incomprensibles".

ADOLESCENCIA Y LENGUAJE CORPORAL

COMPRENSIÓN PSICOANALÍTICA DE LAS FRACTURAS ÓSEAS*

La comprensión psicoanalítica de la enfermedad orgánica, sigue convocando ciertos puntos nodales que generan discrepancias y controversias, motivo por el cual debemos retornar a ellos tantas veces como sea necesario, a fin de lograr un intercambio enriquecedor y un diálogo que habilite nuevas formas de pensar los problemas.

Me pregunté, ¿cómo les hablaría a ustedes que trabajan con adolescentes?, ¿y que podría ser para ustedes y para mí motivo de interés?. Algo se tornó para mí claro y patente, lo nuevo no es sólo lo que alguien dice o lo que otro escucha, lo nuevo es la posibilidad de un encuentro que derive en la emergencia de un interés común. Desearía mucho que eso sucediera entre nosotros hoy.

Dividiré mi exposición en tres partes:

1º - Algunos fundamentos psicoanalíticos para la comprensión de la enfermedad orgánica.

2º - Fantasías Específicas de la estructura y del funcionamiento óseo.

3º - El lenguaje de órgano de una patología frecuente en la adolescencia: las fracturas óseas y su resignificación en un caso clínico.

1º - Algunos fundamentos psicoanalíticos para la comprensión de la enfermedad orgánica

Desde la perspectiva teórica que trabajamos el término "Psicosomática", resulta confuso e inadecuado, por eso me referiré a la comprensión psicoanalítica de la enfermedad orgánica. La posibilidad de comprensión psicoanalítica de un síntoma, implica para nosotros una cualidad simbólica del mismo, es decir tiene que ser "lenguaje", en cuanto a decirnos algo de nuestra vida anímica inconciente. Con la histeria y posteriormente con la hipocondría Freud nos marcó un importante camino en esa dirección. La enfermedad orgánica es otra forma de lenguaje, diferente, pero para nosotros también simbólica. Para comprenderlo es necesario pensar y teorizar sobre otras formas de simbolización corporal.

Pero si la enfermedad "dice", qué o de qué dice?. Una respuesta posible producto de una larga investigación ha llevado a plantear al síntoma orgánico como la "patología del afecto". Veamos algunos aspectos importantes sobre la concepción psicoanalítica de los afectos. "La teoría psicoanalítica de los afectos nos ofrece la

* Trabajo presentado en un encuentro con la Clínica Garbarino el 10/8/96

ventaja de un concepto dentro del cual desaparece la tradicional alternativa entre psiquis y soma" (Chiozza,L.,1995), porque todo afecto es al mismo tiempo una descarga actual y un recuerdo de un suceso universal y filogenético. La nominación del mismo es un aspecto importante pero contingente. Lo aclararé con un ejemplo: cuando frente a una determinada situación tenemos una vivencia de rabia, la descarga actual somática es tan típica, particular y universal, que hace que la rabia sea reconocida por todos. La cultura lo que ha hecho es atemperar esas expresiones, y lo que en la prehistoria se exteriorizaba con un garrotazo, hoy se descarga en un insulto. Cuando experimentamos un determinado afecto de una forma coherente y somos conscientes de ello, la descarga somática transcurre para nosotros en su mayor parte inadvertida, ocupando la mayor importancia en la conciencia el significado de la vivencia. Es así que frente al miedo no decimos: se me erizaron los pelos, se me puso la piel de gallina, o se me contrajeron los esfínteres, decimos tenemos miedo. Quiero hacer énfasis en este aspecto contingente de la nominación del afecto, porque hace diferencias teóricas con otras líneas dentro del psicoanálisis. En su libro sobre "La Concepción Psicoanalítica del Afecto" A. Green (1975) expresa: "Freud ve en los afectos la parte más arcaica del hombre, aquella que el lenguaje puede acompañar pero que sigue su camino independiente de él... . El afecto puede dejarse decir por el lenguaje pero su esencia está fuera de él, lo que lo caracteriza es precisamente esta vía directa que relaciona el inconsciente con el consciente... . Va a llegar a la conciencia cortocircuitando el preconsciente... su lazo con el lenguaje cuando existe, es en último caso contingente" (p.61).

Se comprende por qué desde las teorizaciones que nosotros seguimos no prestamos atención al destino de las representaciones, sino al destino del afecto. Freud decía que el verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto penoso, y que afecto es «lo que afecta», por lo tanto no hay afectos inconscientes, sino clave de inervación o disposiciones afectivas.

En 1976 Chiozza propuso que en la enfermedad somática, el proceso defensivo puede en ocasiones alterar el equilibrio con el cual el montante de afecto inviste los distintos elementos de la clave, determinando que la descarga se realice de un modo que torna irreconocible la cualidad de ese particular afecto, y conduce a que la conciencia lo experimente como un fenómeno privado de toda significación afectiva. Esta forma de funcionamiento la considera "una parte de la personalidad que llamaremos patosomática... porque constituye una manera específica de enfermar psicoanalíticamente comprensible" (Chiozza,L.,1980.p.246). Todos por nuestra capacidad de enfermar tenemos un sector patosomático de nuestra personalidad.

Por último debemos aclarar que decir que en una enfermedad orgánica se halla comprometida la expresión de un determinado afecto (que sería universal y específico), no es lo mismo que decir que esa sea la causa de la enfermedad. La medicina investiga causas, el psicoanálisis trata de comprender los significados, son complementarios pero no opuestos.

Resumiendo la hipótesis con la cual guiamos nuestra tarea diríamos: "que nos enfermamos como un modo de defensa frente a algo intolerable, esencialmente un afecto, que resignificamos históricamente en una enfermedad somática actual, sirviéndonos de un lenguaje arcaico y simbólico que al modo de los símbolos

universales filogenéticamente heredados, funciona para nosotros como algo cuyo significado nos es desconocido". (Tato, 1995)

2º Fantasía Específica de la Estructura y del Funcionamiento Óseo

Toda investigación sobre la comprensión psicoanalítica de un determinado trastorno orgánico, se basa en un trípode constante: en primer lugar la clínica producto del tratamiento psicoanalítico de pacientes con diferentes patologías o de las Patobiografías*. En segundo lugar el conocimiento de la estructura y el funcionamiento corporal, porque como propuso Freud existe una relación específica entre zona erógena y fantasía. Para poder comprender las fantasías en relación con una zona corporal, debemos conocer el funcionamiento del órgano; no podríamos decir por ejemplo, que ciertas fantasías son orales, si no conocemos la existencia del órgano boca y sabemos como funciona. El tercer elemento del trípode proviene de todas las fuentes universales del conocimiento, porque si consideramos que la expresión de los afectos está comprometida y estos son universales y filogenéticos, debemos seguir en la investigación un método similar al utilizado por Freud para la comprensión de los símbolos universales, integrando mitos, usos y costumbres, giros lingüísticos, literatura, y etimología de las palabras.

A continuación voy a resumir lo que la investigación del Dr. Luis Chiozza y Colabs(1991), ha aportado sobre la comprensión de la estructura y el funcionamiento óseo.

Desde la anatomía y la fisiología sabemos que el tejido óseo cumple funciones específicas, como son el sostén, y la protección; tiene la capacidad de resistencia, pero posee la cualidad de remodelarse ante las exigencias del peso, del esfuerzo, y de las presiones que soporta, acompañando el desarrollo y las actividades corporales a lo largo del transcurso de la vida de un individuo. Sabemos que toda parte del cuerpo funciona como una zona erógena y que existen fantasías inherentes a cada zona.

Podemos preguntarnos: ¿cuáles serán las fantasías del hueso como zona erógena?. Siguiendo el trípode antes mencionado, veamos el significado y la etimología de algunas palabras. "Hueso" proviene del latín "os" y se refiere a lo central y medular de una persona, o de un discurso escrito. La palabra "duro" también proviene del latín "*durus*", se refiere a lo que se resiste a ser deformado y a lo que soporta la fatiga. El verbo "durar" significa subsistir, permanecer. Los significados de "sostener" aluden a mantener firme, a defender, a sustentar, a resistir. El término "proteger" significa amparar y cubrir.

Los distintos significados de las palabras que hacen referencia a las cualidades y características del sistema óseo, se nos nuclean en algo que podríamos definir como la capacidad de resistir y mantenerse firme, es decir la capacidad de permanecer.

* Desarrollamos la descripción del método en el trabajo: "Estudio Patobiográfico. Reflexiones de ocho años de experiencia desde la práctica a la teoría".

Los padres y la sociedad, el superyó y el carácter, integrados e interactuando conforman en un individuo un sistema normativo. Pensar la vivencia de sostén y protección en un individuo, depende de que esté operando en él un sistema normativo adecuado. Dicho sistema debe poder remodelarse adaptándose a los cambios en acuerdo con las exigencias del crecimiento y de la realidad.

Las características que referíamos desde el punto de vista físico como un funcionamiento óseo normal, se corresponderían desde el punto de vista de los significados con un sistema normativo adecuado. En la normalidad ambos aspectos quedan integrados en una vivencia afectiva o sentimiento, que se ha denominado "sentimiento de seguridad".

Resumiendo: diríamos que el sentimiento de seguridad es la vivencia afectiva normal que experimentamos cuando desde el punto de vista somático, tenemos una estructura y funcionamiento óseo con las características normales a las que hacíamos referencia, y desde el punto de vista psicológico hemos desarrollado un sistema normativo adecuado, que de la misma manera que el sistema óseo sea capaz de sostenernos, protegernos, perdurar a través del tiempo, pero también capaz de remodelarse de acuerdo a la exigencias de crecimiento, que la realidad nos va imponiendo. Cuando un acontecimiento vital opera como una situación traumática que pone a prueba esta vivencia de seguridad, podrá emerger una patología psíquica, o una alteración somática ósea.

3º - El lenguaje de órgano de una patología frecuente en la adolescencia: Las Fracturas Oseas y su resignificación en un caso clínico

Después de todo lo expuesto, creo que ustedes ya podrán intuir la situación traumática que puede implicar la crisis de la adolescencia, en la conmoción del sentimiento de seguridad.

Como dicen Hector y Mercedes Garbarino (1990): "la tarea esencial del adolescente es crecer". Crecimiento que es pérdida y adquisición permanente.

El sentimiento de seguridad del niño está fundamentalmente sostenido por la dependencia infantil, en la protección y seguridad proveniente de sus padres. El cambio de crecer implica necesariamente una ruptura con el mundo y los lazos infantiles, para poder adquirir un sentimiento de sostén y de seguridad basado esencialmente en sí mismo, o sea en la introyección de aquello que los padres y la sociedad le han aportado, que debe reformular y readaptar con el fin del logro de una identidad propia.

El sistema normativo deberá sufrir una profunda renovación, sin dejar de permanecer en algunos aspectos que hacen a la continuidad de la existencia, y por lo tanto también este impacto será desde el punto de vista somático una prueba para el funcionamiento óseo, que también está en esta etapa de la vida creciendo y remodelándose.

Dentro de las innumerables patologías del sistema óseo, la fractura es una de las más frecuentes, teniendo en los adolescentes un lugar fundamental.

Siguiendo la propuesta teórica a que hacíamos referencia: si la enfermedad somática es la expresión de un particular afecto, que por acción de la represión no logra acceder a la conciencia porque resulta intolerable para el sujeto, debemos preguntarnos cuál será el afecto particularmente comprometido en el trastorno somático que conocemos como fractura ósea.

Fractura significa "rotura hecha con esfuerzo". La adolescencia por sus cambios implica una fractura importante del sistema normativo del individuo, que puede expresarse en la propia situación de crisis y resolverse. En otras ocasiones puede vivirse como una ruptura muy difícil y dolorosa. Si la vivencia es tolerada en la conciencia, se experimentará lo que se ha llamado "sentimiento de infracción". "Infracción" en cuanto a romper, quebrantar, todo lo que era un orden establecido hasta ese momento, para acceder a otro. Pero si ese sentimiento es por diversos motivos intolerable a la conciencia del sujeto, la represión tratará de suprimirlo. Una de las formas de suprimirlo es atacando su desarrollo para que no emerja en la conciencia, apareciendo una patología somática: la fractura.

Las fracturas óseas son trastornos somáticos equivalentes simbólicos de lo que en situaciones normales llamaríamos un sentimiento de infracción.

A continuación en un ejemplo clínico, veremos algunas de las ideas que hemos desarrollado.

CASO CLINICO*

Gabriel, de 17 años fue visto cuando se encontraba hospitalizado a raíz de un accidente que sufriera días atrás. Estaba acostado y sólo asomaba de la sábana el contorno de sus hombros y su inmóvil cabeza, rígidamente sostenida por un corsé a la altura del cuello. Su actitud siempre en tono cortés, denotaba por momentos algo de temor y rechazo. Sufrió un accidente, el día que había asistido como espectador a un partido de fútbol, y accedió a integrar el equipo a último momento, a pesar de que hacía más de un año que ni siquiera entrenaba. Tuvo un fuerte golpe en la nuca, y cayó. Hizo una fractura en 5ª y 6ª vértebra con contusión medular.

Gabriel que vive con sus tres hermanos y su madre, es "un modelo en la familia"^{**}, ocupando un lugar muy valorado, "es quien hace mejor todas las cosas". Se define a sí mismo como "un autoexigente al máximo", "siempre se quiere hacer el duro" y es "un ejemplo para los demás".

Creemos que las dificultades de Gabriel para caminar ya denunciaban una perturbación en su capacidad de "sostenerse", lo cual nos lleva a pensar en la fragilidad de su incipiente sentimiento de seguridad. Dado que los padres son los primeros representantes de los cuidados, los que brindan sostén y protección, podemos inferir entonces: la pérdida del padre, debe haber significado para Gabriel un intenso impacto. Pensamos también, que las dramáticas circunstancias de la pérdida del padre, acrecentaron aún más estos sentimientos y las interrogantes que quedan, sobre los motivos de esa muerte despertaron

* Martínez, G. (1995). El material clínico pertenece a un paciente atendido en el Cemepsi.

** Los destacados son palabras textuales del paciente.

desconfianza en los niveles de normatividad moral y legal, que como representante simbólico de la ley paterna, brindan también cuidados y protección.

Creemos que creció intentando sostenerse e identificarse, amparándose en un nivel normativo superior y omnipotente, propiciado por una intensa educación religiosa.

Ante la carencia del sostén paterno Gabriel, colocó y se sintió colocado en el lugar de éste, constituyéndose en "modelo permanente para su familia y amigos", caracterizado por pautas claras e inamovibles, para lo cual tuvo que educarse, rigidizándose al extremo.

Negarse a jugar no sólo habría sido apartarse de lo "ejemplar" que hay en él, reconociéndose débil o con limitaciones, sino que fundamentalmente habría implicado infringir una "Ley", aquella que seguramente junto a otras de igual índole, le decían que debía ser fuerte y seguro. Implicaba un cambio que contravenía su rígida normatividad y que era vivido como un ataque que adquiriría el carácter de una infracción, intolerable a la conciencia. Aparece así la fractura como la expresión simbólica equivalente del sentimiento de infracción, coartado en su expresión afectiva normal.

TERCERA PARTE

ESTUDIO PATOBIOGRAFICO REFLEXIONES DE OCHO AÑOS DE EXPERIENCIA DESDE LA PRACTICA Y LA TEORIA.*

Colaboradores: Dra. Susana Balparda, Ps. Graciela Nicola.

Introducción

Los antiguos distinguían tres formas del saber: aquello que se sabe por lo que se "dice" ("*scire*"), aquello que se sabe porque "se lo ha saboreado alguna vez" ("*sapere*"), aquello que se sabe porque se lo ha probado muchas veces, "se lo ha experimentado" ("*experior*"). Corresponden a la diferencia que existe entre entender, comprender y creer. (Chiozza, 1986)

En 1990 presentamos en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, las características de esta técnica, a poco tiempo de tomar contacto con el método patobiográfico, transmitíamos algo que era fundamentalmente un saber intelectual. Luego al presentar un «caso clínico» de un paciente con infarto de miocardio estudiado en forma patobiográfica y que llamamos "Al compás de los recuerdos", se integraba el gusto y la emoción por algo que empezaba a saborearse (Balparda; Tato, 1992). Actualmente la realización de 55 Estudios Patobiográficos (E.P.) en 8 años nos permiten decir desde la experiencia, toda la riqueza, la complejidad y a nuestro entender la validez de un método diagnóstico específicamente diseñado como una forma de abordaje médico-psicológica para pacientes con afecciones orgánicas.

Las características de la tarea que realizamos implica en la teoría y en la práctica una forma de «diálogo entre disciplinas». Llevarlo a cabo demanda convivir y resolver las tensiones internas de sucesivos momentos de diálogos posibles, y de rupturas creativas entre la formación médica y psicoanalítica para que la convergencia sea fecunda. Tuvimos también como equipo que transitar cambios y adecuaciones de funcionamiento, así como maduración y aprendizaje de cada integrante, de su rol y lugar en el mismo, alcanzando un acuerdo grupal, en cuanto a la conformidad («dinámica no estática») en la ejecución de la tarea. Sentimos, que hemos aprendido de la experiencia y que dicha experiencia se ha constituido en un aporte merecedor de ser comunicado. Intentaremos transmitir diferentes aspectos de la teoría y de la práctica del camino recorrido en estos 8 años.

Por tratarse de un método diagnóstico y por lo tanto de una técnica, haremos primero una reseña de la fundamentación teórica de la misma:

a) Definiremos las nociones antropológicas, y epistemológicas, en las que basamos nuestra concepción de la enfermedad, del hombre enfermo y de la relación psiquis-soma.

* Este trabajo obtuvo la Mención al 1er. Premio de la Sociedad de Psicología Médica. 1998.

- b) Como método biográfico daremos cuenta de la historia del mismo desde la medicina y el psicoanálisis.
- c) Fundamentaremos desde la teoría psicoanalítica los puntos de apoyo que entendemos habilitan a postular un simbolismo inconciente para los síntomas orgánicos.
- d) Describiremos el método, su proceso de ejecución, nuestra "casuística" y un análisis de la misma.
- e) Por último y en referencia a la controversia actual sobre investigación en psicoanálisis, plantearemos los elementos que nos parecen permiten sostener su validación.

Es una gran responsabilidad dar cuenta del rigor metodológico de las hipótesis teóricas y de la técnica que realizamos. Al ser nuestros pares los interlocutores más inmediatos de nuestro quehacer, no podemos minimizar la importancia que tiene para nosotros hacer un aporte de algo en cuya "validez creemos". Pensamos que hemos recorrido las diferentes formas del saber anteriormente citadas cuyo resultante es lo volcado en estas páginas.

- Psicología Médica - Psicósomática

Creemos pertinente en esta comunicación definir nuestra concepción de la "Psicósomática", la "Psicología Médica" y la relación entre ambas disciplinas. La "Psicología Médica" se ocupa de la asistencia, la docencia y la investigación de los aspectos bio-psico-social, psicodinámicos, psicopatológicos y psicoterapéuticos de los pacientes dentro del marco de la práctica general, así como de la relación del médico y de otros profesionales del equipo de salud con el paciente, la familia, el Hospital General y la comunidad. En la actualidad es considerada una nueva especialidad de la Medicina (Fahrer; Magaz, 1987).

La "Medicina Psicósomática" tiene un objeto de estudio muy preciso: la relación etiopatogénica entre la vida psíquica (los conflictos emocionales) y los trastornos somáticos funcionales, orgánicos e incluso lesionales. (Schneider, 1984)

Desde nuestra perspectiva teórica entendemos por Medicina Psicósomática una orientación de la Medicina General que pretende integrar en cada juicio clínico y en cada acto médico, los elementos que puede aportar el Psicoanálisis con respecto a lo que sucede en el enfermo y en las distintas vicisitudes de su relación con el médico, la familia y la sociedad. (Chiozza, 1995)

Del análisis de las definiciones consideradas se hace evidente a nuestro entender, coincidiendo con Schneider "que el campo de la Psicología Médica no se superpone al de la Psicósomática, no son idénticos". No obstante reconoce sectores comunes. El área común sería entonces, la que aborda lo que ocurre en la individualidad del enfermo, es decir la relación entre padecimiento y estado emocional.

La Psicósomática aborda la relación entre el padecimiento orgánico y el estado emocional. La Psicología Médica hace un abordaje más abarcativo del padecimiento, y además presta especial atención al vínculo médico-paciente. Así consideradas las investigaciones en Psicósomática constituyen por lo tanto aportes al objetivo de la Psicología Médica.

Los desarrollos teóricos y la original técnica propuesta en este trabajo es una de las formas de comprender la Psicopatología, que creemos puede constituirse en un valioso aporte a la Psicología Médica: a) desde la teoría porque propone una epistemología de carácter paradigmática para la superación del dualismo psiquis-soma, y otorga un lugar relevante a la relación específica entre padecimiento orgánico y vida psíquica (significación inconsciente); b) desde la práctica clínica el método Patobiográfico implica un cambio en la concepción del modelo médico clásico. La experiencia del mismo constituye para el médico un aprendizaje vivencial inédito, porque redimensiona el lugar del enfermo como ser humano tanto en el diagnóstico como en el tratamiento; y le posibilita una integración en equipo interdisciplinario, dado que es una técnica que es imposible practicar en forma unipersonal. Para los terapeutas, la técnica Patobiográfica en la medida en que privilegia la concepción de los significados de la enfermedad, abre un nuevo camino porque reubica la palabra como vehículo terapéutico para las perturbaciones orgánicas.

Fundamentos Antropológicos y Epistemológicos del "enfermar"

- Concepción Antropológica

En uno de nuestros primeros trabajos planteábamos a la "psicopatología" como una tercera realidad. Otorgábamos en aquel entonces un lugar de puntal a la antropología latente subyacente en toda teorización. Muchos años después no podemos dejar de hacer referencia al mismo punto de partida, la concepción integral y biopsicosocial de la existencia humana. "El hombre es por esencia una unidad armónica psicofísica, por su realidad existencial un cuerpo y por su cualidad de sentir y comprender un psiquismo". Por lo tanto no concebimos ningún hecho humano que no sea total ((Korovsky; Tato; Balparda; Lindner; Viera y Squarza, 1988).

Pero esta concepción aunque unánimemente tan compartida por las ciencias médicas y por la mayor parte de las concepciones psicoanalíticas contemporáneas en torno a la "psicopatología" (Chiozza, 1980)(Fahrer; Magaz, 1987)(Lieberman, 1986)(Marty, 1992)(Mc Dougall, 1991)(Schneider, 1984), despliega toda su complejidad a la hora en que dicha unidad debe seguir sustentándose en los desarrollos teóricos y técnicos.

Cuando nos planteábamos una tercera realidad, percibíamos a "la psicopatología" como disciplina, hoy diríamos que es "un modo de acercamiento al hombre". ¿Cómo se articula la esencia unitaria de lo humano a la que aludíamos, con lo que conocemos como psiquis y soma?. La concepción antropológica estructural de Lain Entralgo creemos que da un paso significativo en ese sentido. Para él existiría un sistema básico, una unidad psicoorgánica siendo lo psíquico y lo orgánico dos formas expresivas de esa unidad, tanto en salud como en la enfermedad. "Todos los trastornos son unitariamente orgánicos y psíquicos en su constitución real, pero preponderantemente orgánicos o psíquicos en la efectiva cualidad de operación"(Lain Entralgo, 1984).

Pensar lo psíquico y lo orgánico como la cualidad expresiva de una existencia unitaria creemos que aporta una visión que permite superar en un primer paso la dicotomía ontogénica psiquis-soma. En esta concepción de la realidad humana lo

psíquico y lo somático funcionarían al modo de las dos caras de una moneda. Dichas caras siguiendo la noción de correlato de Subirí, tomada de Lain Entralgo implica que lo que se expresa en una cara no es ajeno a lo que se expresa en la otra; todo lo que transcurre psíquicamente también transcurre orgánicamente y viceversa. Pero diríamos más aún, siguiendo la metáfora de la moneda, cuando en la cara de lo somático tendríamos una convexidad en la de lo psíquico una concavidad o viceversa. Es decir que ambas caras guardan una relación recíproca (Chiozza, 1980). Enriqueciendo aún más lo dicho, Weizsäcker* introduce el principio de la "puerta giratoria", haciendo referencia a que para nuestra conciencia el proceso corporal "parece sustituirse" por el anímico y viceversa; como si se ocultase uno al otro. Cuando percibimos la materia no comprendemos los significados, pero al comprender los significados debemos momentáneamente dejar de percibir lo material.

- Concepción Epistemológica

Decíamos entonces que esa esencia o estructura psicoorgánica o psicósomática indivisible es esencialmente inconsciente y en última instancia incognoscible, y como todo lo inconsciente escapa a la posibilidad de categorización. Lo que definimos entonces como psíquico o somático es un producto de la cualidad de conciencia que clasifica a los fenómenos de acuerdo a como los percibe. Es en ese sentido que decimos que la conciencia es esencialmente dual en lo que se refiere a la categorización psicósomática y denomina soma o cuerpo a todo aquello que es el producto de una percepción, y psíquico a todo aquello cuyo significado puede comprender (Chiozza, 1986). En un trabajo que denominamos "Psiquis y soma: un dualismo de la conciencia" (Tato, 1993b), tomamos como ejemplo las dos formas en que Freud hace referencia al fenómeno histérico: por un lado como un "misterioso salto de lo psíquico a lo somático" y en otro momento "concibe el proceso como si una suma de excitación... se traspusiera en un síntoma... que en aras de la brevedad escogemos el término de "conversión" (Freud, 1893). Parecería que en Freud habría en distintos momentos de su obra epistemologías diferentes: una epistemología dualista donde psiquis y soma serían dos realidades ontogénicamente diferentes y otra epistemología unitaria donde psiquis y soma son categorías que la conciencia establece en su contacto con la cosa en sí en última instancia incognoscible (Tato, 1993b). Esta última concepción epistemológica implícita en Freud es coincidente con lo expresado por Lain Entralgo en que lo psíquico y lo somático son cualidades expresivas de un fenómeno unitario e indivisible en sí mismo.

En Grodeck encontramos una de las más claras expresiones de esta concepción epistemológica: "en este instante en que yo exijo aplicar a tan amplios ámbitos de la vida el criterio de que cuerpo y alma-espíritu son lo mismo, formas externas del ello; que no existe, por lo tanto, un problema alma cuerpo, en este instante recurro a mi profesión de médico y manifiesto mi extrañeza ante el hecho de que todavía los médicos mantengan en sus teorías una imaginada diferencia fundamental entre tratamiento físico y psíquico. En la práctica no hay o no debería haber mayor diferencia entre físico y psíquico que entre vino de Rhin y vino de Mosela... a través del análisis puede influirse en toda enfermedad del organismo, ya se llame

* Víctor Von Weizsäcker (1886-1957). Neurólogo alemán profundo conocedor de las ideas de Freud, que integró el psicoanálisis y la medicina en toda su obra.

física o psíquica...no hay región de la medicina en la que no pueda emplearse el descubrimiento de Freud" (Clauser, 1968).

Coincidimos con Fabio Hermann (1997) cuando plantea que "la constitución de una legítima epistemología en psicoanálisis es uno de los grandes desafíos de nuestro tiempo". Concebir lo psíquico y lo somático como un producto de cualidad de la conciencia es de tal peso que le conferimos un carácter "paradigmático", en la medida en que permite a nuestro entender resolver un problema para sortear operativa y teóricamente la dicotomía psiquis y soma.

Representamos en la sencillez de un ejemplo al que ya hemos hecho referencia muchas veces toda la riqueza y la complejidad que creemos aporta esta perspectiva: cuando observamos a una persona que esta ruborizada, qué es lo que decimos, qué se trata de una vasodilatación o que esa persona está avergonzada?. Desde la perspectiva que intentamos desarrollar diríamos que cuando dirigimos la mirada al cuerpo vemos el fenómeno vascular somático: rubor en el rostro, y que cuando tratamos de comprender su significado psíquico nos encontramos con la vergüenza. Vergüenza y vasodilatación serían las dos caras de la moneda correlativas entre sí, cualidades expresivas de esa unidad psicoorgánica indivisible e incognoscible en la intimidad de su constitución real.

Abocarnos a estudiar con este modelo lo que denominamos "Psicosomática" es abocarnos a integrar el significado con la perturbación somática. Como disciplina sería integrar los significados que el psicoanálisis puede comprender de las diferentes enfermedades, con lo que la medicina puede percibir como producto de una causa, habilitando así un diálogo posible entre disciplinas. Se nos abre también un camino para el trabajo en equipo, algo que si bien excede esta exposición, no queríamos dejar de mencionar porque lo consideramos de un enorme valor, y es lo que nos ha posibilitado nuestro modo de trabajo como luego veremos.

Volviendo a las fundamentaciones a las que hacíamos referencia necesitamos integrar otros aspectos de la teoría para dejar planteada una hipótesis psicoanalítica sobre la comprensión de la enfermedad orgánica, que desarrollamos en otro trabajo "El lenguaje del cuerpo. Presentificación histórica de lo arcaico" (Tato, 1995)

Fundamentos teóricos para una comprensión psicoanalítica de la enfermedad orgánica.

- Relación entre zona erógena corporal y fantasías específicas.

En "Tres ensayos de una teoría sexual"(1905), Freud establece la relación entre las distintas zonas erógenas incluyendo los órganos internos y las fantasías específicas inherentes a cada zona.

La relación correlativa entre lo psíquico y lo somático, guarda íntima vinculación con la noción freudiana de zona erógena y fantasías específicas inherentes a cada zona. Como destacábamos en otro trabajo (Tato, 1993a), la relación específica de cada zona corporal y sus fantasías ha sido retomada y sostenida por diferentes autores: para Laplanche (1980) "la fantasía es un guión imaginado

basado en los modelos de los procesos fisiológicos"; para Susan Isaacs (1983) "no hay impulso ni necesidad instintiva que no sea vivida como una fantasía inconsciente"; para Weizsaecker (1962) "el proceso fisiológico se comporta en el hombre como si le animara una intención psicológicamente comprensible". Este concepto será ampliamente desarrollado por Chiozza (1986) y lo llevará a plantear "que todo aquello que desde un ángulo se percibe como forma, función, trastorno, evolución o desarrollo corporal, desde el otro es experimentado como una determinada fantasía inconsciente, es decir como un significado específico e inherente a ese particular existente material". Esta relación de especificidad la sostuvo Freud en el simbolismo de la histeria, y pensamos que se puede hacer extensiva a todo el simbolismo del cuerpo, "el concepto de especificidad al mismo tiempo que es un producto es un instrumento para la investigación" (Chiozza, 1995). Queremos destacar también que en todas las citas mencionadas tanto la de Freud, como la de Laplanche, como la de Susan Isaacs o la de Weizsaecker, como la de Chiozza la relación se establece entre una zona corporal y una fantasía inconsciente.

- Cuerpo y símbolo.

Esta relación de zona corporal y fantasía ha tenido en la histeria el prototipo por excelencia del simbolismo corporal. Creemos que es importante y útil destacar el carácter de modelo que Freud nos legó con el fenómeno histérico, para luego poder replantear estas cuestiones en otro tipo de trastornos corporales, abriendo la posibilidad de pensar otras formas de simbolización corporal. Nosotros pensamos que las formas de simbolización del cuerpo pueden ser múltiples y que la histeria no debe arrogarse para sí el patrimonio de la simbolización corporal. En este sentido rescatamos preguntas de otro trabajo: ¿por qué le otorgamos simbolismo al órgano en lo que diagnosticamos como histeria y se lo negamos cuando lo diagnosticamos como enfermedad somática?(Tato,1993a); ¿por qué consideramos simbólica una perturbación funcional de un órgano y asimbólica cuando es lesional?; ¿por qué esa división entre cuerpo somático y cuerpo erógeno, como si el cuerpo somático por el solo hecho de estar vivo no llevara implícita su erogeneidad y el cuerpo erógeno pudiera ser separado del cuerpo somático?(Tato, 1993b), parecería ser que pensamos que cuando abordamos el cuerpo desde lo que comprendemos como histeria trabajamos con representaciones, ("realidad psíquica") y cuando lo abordamos desde lo que comprendemos como enfermedad orgánica trabajamos con el cuerpo ("realidad material"). Esta idea está sostenida por un mal entendido, pues en psicoanálisis, el modo de abordaje está determinado por el instrumento de nuestra disciplina y siempre trabajamos con representaciones, tanto del cuerpo sano como del cuerpo enfermo. "La sustancial diferencia está en la metapsicología que propondremos para cada uno de los trastornos con expresión somática, la histeria, la hipocondría o la enfermedad orgánica" (Tato, 1993a).

- Simbolismo del trastorno orgánico.

Pero si la enfermedad somática es pasible de decodificación simbólica, de qué simbolismo se trata?. Para dar respuesta a este interrogante vienen en auxilio nuestro, dos propuestas de Freud. En primer lugar la existencia de un "lenguaje de órgano", lo que denominó "*Mitsprechen*". Si entendemos como lenguaje cualquier procedimiento que utiliza el hombre para la comunicación, aunque su sentido mas propio sea el auditivo (Quillet, 1968), no sería contradictorio el uso del término lenguaje asociado al órgano como lo empleara el propio Freud. "El órgano

utiliza para la comunicación procedimientos propios e inherentes a su capacidad simbólica" (Tato, 1993a). Las fantasías específicas serían el lenguaje psíquico en el cual los órganos expresan sus significados inherentes. Gracias a esta relación de especificidad dichos síntomas orgánicos pueden ser psicoanalíticamente comprendidos en su simbolismo específico, que deberá ser integrado a la particular resignificación de cada paciente en el contexto de su biografía. Pero para la decodificación del simbolismo de una perturbación somática no alcanzarían como en la histeria las asociaciones del paciente. Los significados inconscientes del cuerpo serían símbolos universales que formarían parte del inconsciente primordial a similitud de otros símbolos universales y filogenéticamente heredados postulados por Freud. Poder considerar los símbolos corporales dentro de los símbolos universales está avalado por la concordancia de las características que comparten ambos: la universalidad, la transmisión hereditaria inconsciente, la limitación de la comprensión por asociaciones del paciente, las relaciones filogenéticas con los mitos, los dichos populares, cultos, etc. La interpretación de los mismos comparte las consideraciones técnicas del trabajo con todos los símbolos universales.

- Enfermedad orgánica y afecto.

La mayor parte de las teorías psicósomáticas contemporáneas señalan la dificultad para la expresión afectiva de los pacientes con trastornos orgánicos (Lieberman, 1986)(Marty, 1992)(Mc Dougall, 1991). Para Freud (1915) "la meta genuina de la represión es la sofocación del desarrollo del afecto". Dentro de los posibles ataques que la represión podía impartirle a la moción pulsional señaló la desligadura de la representación, el desplazamiento, la transmutación en lo contrario, y la sofocación "estorbar por completo su desarrollo". Es a punto de partida de esta propuesta sobre "la sofocación" del desarrollo del afecto que surge la propuesta metapsicológica de la escuela argentina para plantear a la enfermedad orgánica como la "patología del afecto". En la enfermedad orgánica la represión se dirigiría directamente atacar al desarrollo del afecto. Es así que en 1976 Chiozza propuso que mientras en la neurosis y en la psicosis se conservan la integridad de los afectos, en la enfermedad somática el proceso defensivo puede, en ocasiones, alterar el equilibrio con el cual el montante de afecto inviste los distintos elementos de la clave, determinando que la descarga se realice de un modo que torna irreconocible la cualidad de ese particular afecto, y conduce a que la conciencia lo experimente como un fenómeno privado de toda significación afectiva (Chiozza, 1980). Esta forma de funcionamiento la consideramos "una parte de la personalidad que llamaremos patosomática ... porque constituye una manera específica de enfermar psicoanalíticamente comprensible" (Chiozza, 1980). Es por eso que para nosotros no habría pacientes psicósomáticos y otros que no lo son. Como todos nos enfermamos, todos en el momento en que estamos enfermos estaríamos funcionando o expresándonos con lo que llamamos el "sector patosomático de nuestra personalidad". Lo que la medicina identifica como causas (virus, bacterias, etc.) serían condiciones necesarias pero no suficientes para producir por si solas un trastorno orgánico. La enfermedad sería el producto del intrincado entramado al modo series complementarias entre las "causas" y los "conflictos inconscientes". La enfermedad resultante será entonces también la que mejor represente dicho conflicto.

Sabemos por Freud que afecto es lo que afecta, y que no hay afectos inconscientes sino disposiciones virtuales afectivas, "claves de invasión

inconscientes". Todo afecto es una descarga somática actual y al mismo tiempo una reminiscencia filogenética. El afecto es un exponente privilegiado donde se trasciende la dicotomía psiquis-soma, porque es al mismo tiempo "descarga somática y significado". Lo que hoy es un afecto antaño fue una acción motora justificada que progresivamente ha sido atemperada por la cultura.

Los giros lingüísticos que aluden al cuerpo son expresiones actuales de acciones pretéritas. Como dice Freud (1893) al final del historial de Elisabeth Von de R. nadie podría decir frente a una afrenta que fue como clavarle una espina en el corazón, si antaño esto no hubiese sido experimentado literalmente. La descarga afectiva actual se produce como inervaciones que deben su origen en aquel acto motor justificado en ocasión de la escena filogenética, del cual disponemos al modo de la herencia arcaica. Tanto la sensación somática como el giro lingüístico se alimentan de una fuente común inconsciente. Por lo tanto frente a una vivencia actual como por ejemplo una afrenta pública, se puede descargar un afecto en forma coherente, sentirlo como tal, e incluso nominarlo*, o se puede expresar la vivencia atemperada en un giro lingüístico de la "espina clavada en el corazón", o puede aparecer en la conciencia la descarga en un síntoma somático: un infarto agudo de miocardio. La reconstrucción histórico lingüística como una fuente más al modo de los símbolos universales ayuda a la comprensión del simbolismo del síntoma y el drama se nos revela pleno de significación. Retomamos la hipótesis que resume las ideas teóricas que hemos desarrollado y que expresamos en otro trabajo (Tato, 1995), "nos enfermamos como un modo de defensa frente algo intolerable, esencialmente un afecto, que resignificamos históricamente en una enfermedad somática actual, sirviéndonos de un lenguaje arcaico y simbólico que al modo de los símbolos universales filogenéticamente heredados funcionan para nosotros como algo cuyo significado nos es desconocido".

Historia y fundamentación del Método Patobiográfico desde la Medicina y el Psicoanálisis.

La importancia de la biografía en el psicoanálisis es notoria. Los historiales son verdaderas biografías al servicio de la comprensión de los síntomas neuróticos, mostrando el complejo entramado que subyace al síntoma patológico emergente. Freud (1930), expresa que cuando "el psicoanálisis se pone al servicio de la biografía puede proporcionar muchas informaciones que por otra vía no se conseguirían y mostrar así nuevos nexos..."(p. 212). En "Leonardo" (1910) emplea el término patobiografía sin detallar su significado pero precisando los alcances y dificultades de la misma en torno al estudio de la vida de grandes personajes. Dice que la biografía al disponer de los episodios, las influencias del medio y las reacciones del individuo, basándose en su conocimiento de los mecanismos psíquicos "procura sondear dinámicamente la naturaleza del individuo a partir de sus reacciones, poner en descubierto sus fuerzas pulsionales anímicas originarias, y sus ulteriores trasmutaciones y desarrollos". (p. 125).

Desde la medicina fue Weizsaecker quien con sus desarrollo en medicina biográfica y antropológica, dio relevancia a la emergencia de la enfermedad orgánica en el contexto actual y biográfico del paciente; guiado en la investigación

* En el caso del Infarto Agudo de Miocardio, la investigación, ha denominado "ignominia" al afecto coartado en su expresión. (Chiozza, 1986)

por sus dos clásicas interrogantes: por qué alguien se enferma de esta enfermedad y no de otra, en este momento y no en otro?. Creemos que para Freud como para Weizsacker padecimiento o enfermedad tanto psíquica como somática no eran ajenas al decurso histórico biográfico de los pacientes. Biografía que es en alguna medida, como veremos la "history" de los ingleses en tanto hay una secuencia cronológica objetivable, pero que es esencialmente "story" en tanto relato atemporal cuya secuencia esta guiada por la significación y resignificación de los acontecimientos.

Riva Posse en "Temas de Psicología Médica" (Faharer; Magaz, 1987), destaca que para el diagnóstico de una enfermedad orgánica, se necesita estimación por medio de "una historia clínica biográfica y detallada de aspectos físicos y psíquicos de la personalidad"... "se trata de reintroducir a la persona con su biografía, para que sus sufrimientos no sean tratados en forma parcial, ni estándar, arbitrariamente aislados en tiempo y espacio, como si no interactuaran en el contexto de su existencia individual".

Schneider (1984) postula una técnica de abordaje que denomina anamnesis psicosocial (la "metódica" y la "no dirigida"). La misma comprende en líneas generales, la enfermedad actual, la anamnesis familiar, anamnesis personal y actitud del paciente durante la anamnesis. Como vemos ambos autores proponen abordajes biográficos. Si bien Schneider define más claramente una técnica, no alcanza un nivel de protocolización. Estos autores también vinculan acontecimientos biográficos y enfermedad orgánica. Pero desde nuestra perspectiva teórica creemos que si bien intentan supera el reduccionismo no verificable de la causalidad, la epistemología que subyace a sus teorizaciones, está impregnada del mismo dualismo que dicen no compartir.

Fue en Günter Clauser (1968) y su "Manual de Análisis Biográfico", donde encontramos una profunda investigación y discusión del método biográfico desde sus orígenes y un primer intento de protocolización. Compenetrado con las ideas de Weizsaecker; de Freud y de otros autores entre los que se destaca Jaspers, Clauser incursionó con mayor interés en la técnica. Citará de Jaspers que "en la biografía el mayor logro se obtiene de la narración correspondiente a lo que tiene de carácter único", destacando además el carácter prototípico de cada caso. Lamentablemente Clauser también sucumbe al dualismo, integra deficitariamente la noción de especificidad iniciada por Weizsaecker, lo que lo limita en continuar la protocolización del método, no permitiéndole ir más allá.

El Método Biográfico que describiremos, fue protocolizado en forma metódica y detallada por el Centro de Consulta Médica Weizsaecker de Buenos Aires quien cuenta actualmente con una experiencia de más de 3.000 casos sólo en Bs. As.* Según aclara Lain Entralgo "el método biográfico no es una explicación sino un modo de percibir lo observado". Dicha percepción basada en las hipótesis teóricas a que hacíamos referencia, pretende integrar con este modo de acercamiento al paciente lo que el psicoanálisis puede aportar para la comprensión del mismo en relación a la enfermedad orgánica. Cuando Freud (1890) expresaba que "tratamiento psíquico quiere decir más bien tratamiento desde el alma ya sea de las perturbaciones anímicas o corporales", dejaba clara la acción terapéutica de la

* Dicho método también es practicado en Italia: en Perugia por el Dr. Carlo Brutti, en Roma por el Profesor M. Castello; en el interior de la Argentina (Comodoro Rivadavia y Río Cuarto), y en Uruguay.

palabra; pero prosigue diciendo que dicha acción se lleva a cabo con un recurso "que de manera primaria e inmediata influye en lo anímico del hombre". Quienes guiados por la idea que la enfermedad orgánica no es ajena a la vida anímica inconsciente, se encontraban también con la dificultad de que la acción terapéutica a largo plazo del tratamiento psicoanalítico, no siempre es compatible con la urgencia de la gravedad somática. El E.P. es un método diagnóstico realizado en equipo médico psicológico. Es un fenómeno puntual que en un tiempo limitado pretende comprender el significado de la enfermedad orgánica, inserta en el contexto histórico biográfico del paciente. Pretende también en lo inmediato realizar una acción terapéutica que incida favorablemente en la evolución de la enfermedad.

El E.P. es aplicable siguiendo la metodología que detallaremos, tanto en el ámbito hospitalario como privado*. Se desprende de todo lo expuesto hasta ahora que el método que describiremos es un emergente, resultado de la convergencia de múltiples desarrollos teóricos-clínicos. Si bien la comprensión de la significación del síntoma orgánico es un elemento nodal de su técnica, la utilidad del mismo es mucho más amplia y abarcativa: es un instrumento para desplegar la complejidad del hombre enfermo.

Para transformar debemos primero comprender. El E.P. es una "experiencia singular" que desde la comprensión inicia un camino de transformación.

Estudio Patobiográfico*

METODOLOGÍA

- 1º - Consulta inicial.
- 2º - Anamnesis, complementada por la escritura de un cuento inventado por el paciente, comentario de una película o libro, relato de un sueño y fotografías.
- 3º - Diagnóstico médico.
- 4º - Trabajo en equipo.
- 5º - Devolución.
- 6º - Entrevistas de control.

1º - Consulta Inicial.

La primera consulta está dirigida a evaluar la indicación del Estudio.

La indicación fundamental es la valoración médico-psicológica de un paciente con una afección orgánica. La derivación puede provenir de profesionales médicos, psicólogos o de los propios pacientes. Si bien en casi todos los pacientes que cursan una enfermedad aguda o crónica es pertinente la realización del Estudio, los motivos más frecuentes de derivación son:

a) Desde los médicos:

* De las experiencias de pacientes estudiados patobiográficamente en hospitales fueron publicados casos de Montevideo. (Badel; Viera, 1992) (Balparda; Tato, 1992), y de Roma. (Chiozza, 1995).

* La descripción del método que detallamos, se basa en la publicada en: "Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis". (Chiozza, 1995)

- Cuando la enfermedad somática se agrava o no mejora en la forma esperada, cuando se plantea una intervención quirúrgica o un procedimiento de riesgo y el médico desea valorar el estado emocional del paciente, o en situaciones de gravedad vital, para incidir en forma inmediata, lo más posible, en la enfermedad, tratando de modificar el desenlace.

b) Desde los psiquiatras o los psicólogos:

- Al inicio de un tratamiento psicoterapéutico por la información que aporta el Estudio para el terapeuta y por el efecto que ocasiona en el paciente, brindándole la posibilidad de comprender algunos aspectos del momento vital que atraviesa y facilitándole la derivación a psicoterapia.

- En el curso de un tratamiento psicoterapéutico cuando emerge una enfermedad somática grave o aguda, o cuando las enfermedades habituales que presenta el paciente se agravan o se hacen cada vez más frecuentes.

c) Desde los pacientes:

- Porque no han encontrado sólo con el tratamiento médico, la ayuda que esperaban para su mejoría somática, o porque son capaces de captar que en su vida sucede algo, que va mucho más allá de su trastorno somático.

El otro objetivo de la primera consulta es detectar posibles contraindicaciones a saber: diagnóstico de psicosis aguda o crónica por la alteración del juicio de realidad, por el estado de disociación de la personalidad, o por la tendencia a las actuaciones que pondría en riesgo la vida, como también observamos en algunos trastornos severos de la personalidad. Así mismo está contraindicado en pacientes con depresiones severas "no tratadas". por el riesgo vital inherente a la movilización del estudio en un cuadro depresivo. En estas situaciones el Estudio puede hacerse luego de la medicación y el control psiquiátrico del paciente. El bajo nivel intelectual no posibilita la comprensión necesaria para realizar la anamnesis. Desde el punto de vista somático no existe ninguna contraindicación, porque cualquier enfermedad aguda o crónica es posible de ser estudiada con el método Patobigráfico.

Hemos prestado particular atención a las situaciones de los pacientes que vienen a realizarse el estudio cursando tratamiento psicoanalítico. Es importante el acuerdo del psicoterapeuta o el analista con el paciente, para la realización del mismo. En estos casos hacemos como luego veremos, una devolución al paciente y al analista por separado, para que conociendo ambos el contenido de la devolución, la misma pueda ser integrada al proceso terapéutico. Cuando la demanda viene del paciente puede ser vivido por el analista como un ataque a su capacidad de ayuda, sintiéndose desvalorizado y resistirse a la práctica del Estudio. Puede suceder también que el terapeuta no comparta esta perspectiva de trabajo y piense que no va a beneficiar al paciente. También desde el lado del paciente el pedido del E.P. puede funcionar como un elemento resistencial, más que como una auténtica demanda de ayuda. Es importante que estos aspectos sean trabajados en el proceso analítico previo al Estudio. Nuestra experiencia nos ha llevado a preferir no realizarlo si no hay acuerdo entre analista y paciente en el curso de un tratamiento. Por otro lado nuestra intervención no es el producto de la incapacidad de un terapeuta o de un analista, sino que es un aporte desde una perspectiva diferente. El Estudio permite profundizar en determinados aspectos

del momento actual y del decurso histórico del paciente, que el terapeuta o el analista se ven impedidos de realizar porque deben respetar la asociación libre. Cuando el terapeuta o el analista piensan que algo de la vida anímica inconciente está jugando en forma decisiva en la aparición o la perpetuación de la enfermedad, integran lo que el Estudio les brinda con el resto de la comprensión que el proceso terapéutico les ha conferido del paciente.

En la primera consulta también se evalúa el tipo de patología somática y el grado de atención que recibe el paciente, porque debemos determinar si además del médico del equipo, deberá intervenir otro especialista a fin de evaluar todos sus trastornos somáticos. En algunos casos de las contraindicaciones mencionadas hacemos una valoración psiquiátrica inicial más profunda. Se determina en la primera consulta si el Estudio se realizará en un tiempo promedio (2 meses en total), o si debe hacerse en un tiempo menor, lo que está determinado por la urgencia somática, pues para nosotros, cuanto más grave y urgente es el trastorno somático, más rápida es la realización del estudio. Dada la importancia de la primera consulta, en nuestro equipo la realizamos quienes tenemos formación médica psiquiátrica y psicoanalítica.

2º - Anamnesis biográfica y otros materiales.

Luego de realizada la primera consulta uno de los psicólogos del equipo efectúa las entrevistas de anamnesis, recorriendo un protocolo preestablecido. La primera parte se basa en la **Enfermedad Actual**, e investiga las circunstancias de aparición, cual fue el primer síntoma y el contexto en que emergió. La segunda parte que se denomina **Historia Sistemática**, es donde se recaban datos sobre todos los padecimientos somáticos y fechas de aparición. También abordamos en diferentes subcapítulos: **aspectos de su vida afectiva, sus vínculos de parejas, su historia laboral, sus cambios de domicilio, estructura familiar, hábitos e intereses, etc.** Como complemento de la anamnesis se le pide al paciente que confeccione un **cuento** inventado por él, así como el comentario de una **película** o **libro** significativa para él y el relato de un **sueño**. La elección de las **fotografías** será según la significación para el paciente, siendo él quien determine el número, y la secuencia. Todo esto se realiza en 4 o más entrevistas de aproximadamente una hora y media de duración, de frecuencia semanal, en los estudios que no son de urgencia. Debemos destacar que la anamnesis en si misma ya es una experiencia de un impacto vivencial muy particular para el paciente, diríamos que es un "acontecimiento singular": siguiendo una propuesta, recorrer prácticamente toda la vida.

3º - Diagnóstico médico

A todos los pacientes se les confecciona una historia clínica completa y si es necesario se complementa con consultas de especialistas. Si el paciente tiene medico y/o especialista tratante que están siguiendo su enfermedad, se les pide nos envíen sus informes a fin de que el médico del equipo los integre en un solo historial. El mismo criterio se aplica para los exámenes paraclínicos. El objetivo es tener un diagnóstico médico, un tratamiento, y un pronóstico lo más preciso posible del estado somático actual del paciente.

4º - Procesamiento del material - trabajo en equipo.*

El trabajo en equipo tiene una metodología también muy precisa. En primera instancia tenemos que tener reunido todo el material, es decir lo recabado durante las entrevistas de anamnesis, y la historia clínica de su afección somática. Como elemento elocuente de la magnitud de este material es habitual que el mismo en su totalidad tenga una extensión de alrededor de 40 páginas. Este material no posee los datos identificatorios del paciente que va en una ficha aparte, que se guarda en un sobre numerado teniendo el E.P. el número correlativo de esa ficha. Los integrantes del equipo solo conocen el sexo y la edad. Esto es con el fin de preservar lo más posible la intimidad del paciente. En este trabajo intervienen siempre tres técnicos, el que realizó la primera consulta, el anamnesista, el médico clínico que se integra en algunas instancias, participando además generalmente otros dos psicólogos que no vieron al paciente, y que también van a aportar lo que la lectura del material les promueve. Como forma de procesamiento del material elaboramos lo que se llama **Sinopsis**, que consta de:

-**Tabla de correlaciones:** en la misma se ubica en recorrido toda la vida del paciente, relacionando edad, situaciones traumáticas y trastornos somáticos. En una columna aparte, ubicamos lo que entendemos como el "lenguaje de órgano" de dicha perturbación. Esta tabla nos da una vista panorámica de las reacciones del paciente a lo largo de su vida frente a las diferentes vicisitudes biográficas. En la lectura del material destacamos lo que consideramos **Frases Significativas**, que son las descripciones verbales que el paciente hace de si mismo a modo de una pintura de un aspecto personal, y los **Puntos de Coincidencia** que son las reflexiones del paciente que integran lo que psicoanalíticamente definiríamos con características de "Insight".

Posteriormente intentamos respondernos una serie de preguntas que son los elementos claves para elaborar la Devolución:

- **Motivo manifiesto de consulta:** el motivo conciente que lo trae a hacerse el estudio.
- **Motivo latente de consulta:** aquello que nosotros entendemos que él viene a preguntar, sin ser conciente.
- **Factor eficaz desencadenante de la enfermedad:** es decir, el hecho biográfico contextual a la emergencia de la patología.
- **Fantasía inconciente de enfermedad:** este es para nosotros el elemento fundamental, es decir la decodificación simbólica del síntoma somático.
- **Fantasía mágica de curación:** llamamos a aquello en lo cual el paciente desde su desesperanza, deposita de una manera mágica, como proviniendo de un favor del destino.
- **Fantasía adecuada de curación:** es el aspecto en el cual el paciente se nos revela como comprometido en una actitud participativa ante una posibilidad terapéutica.
- **Pronóstico o dosaje de esperanza:** lo establecemos tomando en cuenta dos elementos: la enfermedad somática, y lo que hemos visto como recursos o capacidad del paciente para trabajar psicoanalíticamente en favor de si mismo.

* Conformación del equipo: Dra. Gladys Tato, Dra. Susana Balparda, Ps. Graciela Nicola, Ps. Fanny Ferreira, Ps. Adela Schroeder, Ps. Teresa Ticino, Ps. Gabriela Martínez., Ps. Iliana Menini, Ps. Alejandra Baccino, Ps. Olga Gómez. Médicos y especialistas según cada caso.

5º - Devolución

La devolución también es una experiencia única y conmovedora. El paciente nos contó una historia y el equipo construye otra historia integrando lo que creemos comprender del lenguaje somático. El objetivo central de la devolución apunta a la comprensión de las fantasías inconscientes en torno a su enfermedad, al drama del alma que se oculta tras su cuerpo. Para ello utilizamos lo más posible las palabras del propio paciente, ubicando con carácter de "puntal" dentro de la estructura de la devolución lo que habíamos denominado puntos de coincidencia. Debemos destacar que dicha devolución se realiza en un lenguaje sencillo, que respeta el estilo verbal de cada paciente, diríamos en el lenguaje de la vida cotidiana. No se trata de un mensaje racional ni explicativo, sino de un mensaje afectivo sostenido por toda la profundidad de la interpretación psicoanalítica. En la elaboración de la devolución se integra lo que las transferencias desarrolladas con los distintos integrantes del equipo nos "dicen" del paciente. La confección de la devolución implica identificar "una temática", es decir algo que le de unidad, una especie de argumento, un punto nodal alrededor del cual gira la vida del paciente. Para nosotros dentro de ese argumento, de la misma manera que están todos los personajes de su infancia, todos los vínculos de su vida actual, distintos intereses, también está la enfermedad. El síntoma somático es la parte de esa historia que el órgano habla. Se trata también de entender por qué el paciente está diciendo con el cuerpo algo que está callando con los labios, es decir los motivos por los cuales no puede soportar en forma consciente algún aspecto de su historia. Al decir de Weizsaecker "nuestras enfermedades dicen mucho de nuestras verdades". El armado final implica resignificar todo lo dicho por el paciente en una unidad de sentido que privilegia con criterio de operatividad la resignificación de su patología somática.

La devolución se lleva a cabo en dos entrevistas. Como lo más importante es la escucha que realiza el paciente, aunque la devolución está escrita, se le lee. Los elementos emergentes privilegiados de esa escucha son los que trabajamos posteriormente. La primera entrevista de devolución es realizada por quien efectuó la anamnesis y la segunda entrevista de devolución la realiza el técnico que hizo la primera consulta. La intervención de dos profesionales es un mensaje para el paciente: lo que le estamos transmitiendo es el producto del trabajo de un equipo. Cumple también la función de diluir las transferencias que inevitablemente se producen, y permite, al intervenir dos personas distintas, trabajar aspectos diferentes en cada entrevista. Evitar la concentración de la transferencia en un sólo técnico, es un elemento importante sobre todo en aquellos pacientes que se hacen el estudio estando en tratamiento psicoanalítico. En estas ocasiones, como expresamos anteriormente, la Devolución se le realiza también al terapeuta en una entrevista personal.

6º - Entrevistas de control

Se realizan entre los tres y los seis meses de efectuado el Estudio para conocer la evolución del síntoma orgánico, para saber si han ocurrido modificaciones biográficas, si el paciente comenzó con el tratamiento psicoterapéutico o si aun continua en él, y si se sigue atendiendo desde el punto de vista somático.

Como decíamos al principio, el método es esencialmente diagnóstico, pero también pretende actuar favorablemente sobre el síntoma somático en el tiempo

corto que la necesidad demanda. La anamnesis en si misma tiene un efecto "catártico", pero además favorece la asociación, estimula el levantamiento de represiones, moviliza afectos y sistemas defensivos, con lo cual se abre y al mismo tiempo se inicia, una acción terapéutica que depende del grado de insight de cada paciente. Sabemos que al comprender iniciamos un camino de transformación.

La devolución está sustentada en la técnica de la interpretación psicoanalítica, y pretende favorecer esas posibilidades de transformación. Los efectos terapéuticos que con el estudio buscamos serían:

- a) "Estropear la solución de la enfermedad", o sea el beneficio primario, y/o secundario descrito por Freud.
- b) Movilizar el sistema defensivo del paciente favoreciendo el insight.
- c) Facilitar el acceso a los significados inconcientes de la enfermedad, para que no siga expresándose somáticamente.
- d) Promover el inicio de una psicoterapia.

La movilización afectiva a que hacíamos referencia no sólo no es riesgosa, sino que basamos en ella lo esencial de la posibilidad terapéutica: a mayor gravedad somática mayor intervención interpretativa. En lo "no dicho", en lo "reprimido", es donde reside el mayor poder de lo patógeno, motivo por lo cual intentaremos favorecer su acceso a la conciencia. Rescatando expresiones de Freud (1926) es cierto que la palabra puede dañar pero lo esencial es, que puede actuar. La experiencia nos muestra que con esta técnica podemos lograr que esa capacidad de acción terapéutica que sabemos como psicoanalistas que tiene la palabra, devenga en un beneficio para el paciente y no en un daño.

Análisis de nuestra casuística

Desde el año 88 hasta la fecha hemos realizado 55 E.P.. Podríamos decir que esa es nuestra casuística, o que hemos estudiado 55 casos. Ambas expresiones son adecuadas.

Caso viene del latín *casus-cadere* que significa caer. Suceso, acontecimiento, casualidad. Casuística deriva también de casus, y trata del registro y la suma de casos. El caso rescata y enfatiza el rango de la singularidad, la casuística el de la repetición. (Harari, 1997)

Según Harari "el psicoanálisis realiza una ruptura epistemológica con la medicina con la salvedad cierta de instrumentar ... un lugar diferencial, novedoso, ocupado con el tandem, caso-casuística"(Harari, 1997).

El Estudio Patobiográfico es "caso" en tanto profundiza en la singularidad del sujeto, pero es "casuística", porque el caso aislado también posee un aspecto típico, un carácter prototípico que lo trasciende haciéndolo pasible de una repetición inteligible.

Coincidiendo con Jaspers diríamos que "casuística y biografía van implicadas una en otra"(Clauser, 1968).

En tanto caso hemos presentado y publicado numerosos pacientes estudiados con diferentes patologías desde la comprensión patobiográfica.

(Badel;Viera,1992)(Balparda;Tato,1992)(Balparda;Tato,1992)(Balparda;Tato,1994)
(Ferreira,1995)(Martinez,1995)(Nagy;Tato,1995)(Nicola;Tato,1994)(Tato;Balparda
,1994)(Tato; Viera,1994)

Trasmitiremos una valoración actualizada de la casuística, para lo cual confeccionamos una tabla donde registramos el año de realizado el estudio, la edad, el sexo, la derivación del paciente, el trastorno orgánico, la situación previa al estudio en cuanto a tratamiento médico y/o psicológico. Efectuamos también un pronóstico y consignamos por medio del seguimiento, la evolución que dividimos en:

- Conocida o desconocida.
- A corto o a largo plazo.
- Evaluación de la evolución del síntoma somático.
- Posibles modificaciones biográficas.

Estos son los resultados recabados y las reflexiones que los mismos nos han motivado.

I) Hemos realizado desde al 88 al 98, 55 E.P., en forma ascendente promediando los 5 estudios por año. Hemos comprobado la alta aplicabilidad del método pues consignamos pocas contraindicaciones.

II) Sexo y edad:

- 42 sexo femenino.
- 13 sexo masculino.

Sus edades oscilaron entre los 14 y los 60 años, estando el mayor porcentaje (37 casos) ubicados entre los 30 y los 50 años.

Con respecto a los grupos etéreos podemos decir que se trata de una población relativamente joven, en la cual se constató patologías severas. No tenemos aún elementos, para efectuar un análisis de esta relación.

III) Derivaciones.

Las derivaciones procedieron en 12 de los casos desde el área médica, en 39 desde profesionales del área psicológica y en los restantes 4 casos de diversas fuentes.

La mayoritaria derivación desde el área psicológica, pensamos que está relacionada con:

a) mejor difusión y comprensión del método, aunque puedan existir diferencias teóricas.

b) el mayor número de integrantes del Cemepsi, pertenece al área psicológica.

Aunque el número de derivaciones del área médica, representa aproximadamente la tercera parte de las anteriores, lo consideramos también significativo.

Si bien la mayoría de los médicos tienen tendencia a terapéuticas organicistas, consignamos en nuestra experiencia un creciente número de colegas que se inclinan al abordaje diagnóstico y terapéutico integral. Además aquellos que han recibido alguna vez, el aporte que el E.P. les brinda, lo incorporan a su práctica como una ayuda valiosa.

IV) Tratamiento médico y/o psicológico al inicio del Estudio:

- 38 de los pacientes tenían solo tratamiento médico.
- 12 tenían tratamiento médico y psicológico.
- 5 de ellos no tenían ningún tratamiento.

El alto número de pacientes con exclusivo tratamiento médico, creemos que se relaciona con la tendencia mayoritaria a concebir la afección orgánica, como "exclusivamente somática" y priorizar dicho tratamiento. Hemos constatado que los casos donde hay combinación de ambos abordajes son situaciones donde la enfermedad orgánica emergió en el curso del tratamiento psicológico del paciente, siendo éste derivado por su terapeuta.

V) Diagnóstico del trastorno somático. Las patologías de mayor frecuencia fueron:

- 12 Patologías de la inmunidad. (Mayoritariamente graves)
- 8 Cáncer.
- 5 Obesidad.
- 3 Alopecias.
- 3 Infarto agudo de miocardio.
- 3 Diarreas
- 2 Psoriasis.
- 2 Diabetes.

Consideramos importante esta multiplicidad de trastornos ya que no se encuentran dentro de ellos los que clásicamente se consideran "enfermedades psicosomáticas". En este sentido creemos que los colegas que nos derivan pacientes han captado nuestra concepción de "lo psicosomático" y piensan que es posible aportar una comprensión psicoanalítica en todas las patologías. El hecho que los pacientes sean en su mayoría enfermos de gravedad nos hace pensar que la derivación al Estudio se hace muchas veces como un último recurso, frente a la sensación de impotencia por la mala evolución o desenlace fatal de la enfermedad.

VI) Evolución en cuanto a la terapéutica indicada:

De los 38 pacientes que solo recibían tratamiento médico, 14 iniciaron también tratamiento psicológico. Los 12 pacientes que estaban en tratamiento médico y psicológico continuaron con ambos. De los 5 pacientes que no tenían ningún tratamiento 3 aceptaron el control médico.

Queremos destacar en este aspecto que las cifras muestran que el E.P. no sólo no perturba la continuidad del tratamiento psicoterapéutico, sino que además promueve en una forma significativa el inicio del mismo.

VII) Pronóstico:

Desde la perspectiva que nosotros trabajamos, cuando un paciente es grave desde el punto de vista somático también lo es desde el punto de vista psicológico.

Tomamos en cuenta para hacer el pronóstico:

- Evaluación médica.
- Las transferencias desarrolladas con los integrantes del equipo.
- La estructuración defensiva.
- El grado de permeabilidad a su situación conflictiva.
- El dosaje de esperanza.

Destacamos que en 31 de los pacientes hicimos un pronóstico malo, en 18 un pronóstico regular y sólo en 6 un pronóstico bueno. La amplia mayoría de pronósticos malos y regulares están en relación con la gravedad de los pacientes que nos llegan, situaciones en la cuales podemos plantearnos sólo prevención secundaria o terciaria. Estamos muy alejados todavía de plantearnos una posibilidad de prevención primaria como nos gustaría.

VIII) Evolución:

La dividimos en conocida y desconocida. Dentro de la evolución conocida discriminamos a corto plazo y a largo plazo, dividiendo el tiempo en antes y después de los 3 meses. Sólo en 7 pacientes desconocemos la evolución, 30 pacientes consignamos cambios positivos, 2 pacientes fallecieron y en 10 no se operaron modificaciones significativas. Los 6 últimos casos no hemos todavía efectuado el control de la evolución a corto plazo. Queremos destacar que creemos que la evolución a corto plazo es la que más depende directamente del estudio. Las modificaciones favorables de los 30 pacientes las observamos: en la mejoría sintomática o en el inicio de cambios vitales significativos, o en el comienzo de un tratamiento psicológico, o en un mejor control médico, o en la combinación de más de algunos de estos elementos. Los resultados favorables en la mayor parte de los casos nos refuerza la confianza en la eficacia del método, a pesar del alto número de pronósticos malos o regulares que planteamos al realizar el Estudio. La mejor evolución a largo plazo se ha constatado en los pacientes que realizan terapéutica médica y psicológica. En los 10 pacientes que no se operaron modificaciones significativas, en relación a los elementos antes mencionados, estaban dentro del grupo de peor pronóstico tanto médico como somático.

Conclusiones

Como dijimos al principio del trabajo no somos ajenos a las controversias sobre los criterios de validación en psicoanálisis. En primer lugar nos parece importante destacar que de la lectura que hemos hecho de los artículos del año 59 a la fecha, se desprende a nuestro entender que lo que está en consideración no es la validez del Psicoanálisis, sino cómo encontrar parámetros que objetiven esa validez.

Llegamos así a una gran interrogante: ¿es posible de ser «objetivada» la validez de una disciplina cuya esencia consiste en un «fenómeno único» que se sostiene en un encuentro bipersonal de subjetividades?.

Nos encontramos con la dificultad de que la literatura consultada gira en torno a la validación del proceso analítico y nuestra comunicación es en este caso de la experiencia con una técnica, un método esencialmente diagnóstico y un «acto terapéutico», pero en un modo diferente del clásico proceso analítico.

Todos los que hemos participado de los E.P. no dudaríamos desde la experiencia en definirlo como un método psicoanalítico y además válido. Ahora bien, ¿de qué

elementos disponemos para fundamentar de alguna manera compartible esta «creencia» fruto de la experiencia?.

La fundamentación del método como psicoanalítico es inseparable de los desarrollos teóricos que lo sustentan, en ese sentido pensamos que ambos; proceso analítico y estudio patobiográfico pueden ser comprendidos desde una misma teoría. Veremos por qué. En primer lugar comparten el supuesto teórico fundamental sobre la existencia del inconsciente y de que toda manifestación consciente guarda relación con la vida anímica inconsciente. Así como la palabra, el gesto, el acto, el juego, nosotros creemos que también las perturbaciones somáticas son manifestaciones conscientes de procesos inconscientes. Dicha vinculación es postulable en la medida que han avanzado los desarrollos en psicoanálisis. Entendemos que con el síntoma somático se recrea una historia y que hoy recae sobre él la misma incredulidad simbólica que en un momento tuvo el síntoma histérico. Debemos otorgarnos al menos el beneficio de la duda para plantear una investigación. Las palabras de Freud en "Tratamiento psíquico" o las recogidas en la cita de Grodeck habilitan al tratamiento psicoanalítico de los trastornos somáticos. Si las perturbaciones somáticas no son ajenas a la vida anímica inconsciente, toda teoría o toda técnica que desarrolle propuestas para comprender esa relación, será psicoanalítica. Si examinamos detenidamente las hipótesis teóricas tendientes a proponer una posible simbolización del síntoma orgánico, vemos que se alejan de la causalidad y del mecanicismo centrándose en relaciones significación. Esta propuesta teórica es una hipótesis, una metáfora que intenta dar una respuesta que enriquezca al psicoanálisis y contiene un elemento central en la epistemología que sustenta y que consideramos como decíamos al principio de carácter «paradigmático». Entendemos como paradigma "un instrumento conceptual que permite comprender la forma en que se da el avance del conocimiento en un campo dado... porque contiene un modo o modelo de resolver problemas que pueda generalizarse constituyéndose en una matriz disciplinar"(Bernardi, 1994). Ubicar lo psíquico y lo somático como una forma de percibir de nuestra conciencia resuelve un problema central en la dicotomía psiquis-soma, abre una posibilidad de comprensión simbólica de la enfermedad orgánica y nos instrumenta de un modo diferente para observar y pensar.

Respecto al segundo aspecto en cuanto a la fundamentación de su validez, diremos que los resultados de nuestra casuística coinciden con los de otros grupos que realizan E.P. Como método sería confiable en la medida en que "permite a llegar a conclusiones similares aún cuando sea aplicado por diferentes personas"(Bernardi, 1994). La cualidad heurística en las teorías y en las técnicas es considerada un elemento central de validación en psicoanálisis por diferentes autores (Baranger, 1959) (Hermann, 1997) (Viñar, 1997).

Consideramos que el método es altamente operativo si nos basamos en los resultados que mostramos en la evolución a corto plazo post-estudio: mejoría sintomática, inicio de tratamiento psicoterapéutico, o cambios vitales. El elemento central de su eficacia lo ubicamos en la Devolución. Está basada en la técnica de la interpretación, y como dijimos formulada en un lenguaje sencillo, que integra lo más posible las palabras y el estilo del paciente, siendo un mensaje esencialmente afectivo, y en el cual se ha intentado identificar una trama o argumento en el que se privilegia aquello que entendemos que el órgano habla. ("*Mitsprechen*").

Durante la Devolución hemos constatado que la misma favorece las posibilidades de "*insght*" del paciente por la "experiencia mutativa" que promueve. Lo más valioso de nuestra experiencia está en el «caso», no en la «casuística», y es lo más difícil de transmitir, lo menos objetivable, lo que hace que cada paciente sea único, inédito, e irreproducible, y que nos alienta a continuar en este camino.

BIBLIOGRAFIA

ALEXANDER, F. (1943)

Fundamental concepts of psychosomatic research. Psychosomatic Medicine. Vol. 5: 205-210.

BADEL, C. y VIERA, R. (1992)

Paciente con hernia de disco: ¿Sin maña ni fuerza, cómo se talla el destino?. Psicoanálisis de los Trastornos Orgánicos. Encuentro Rioplatense. Mdeo.

BALPARDA, S. y TATO, G. (1990)

Las dos caras de un mismo problema". Revista de Psicoterapia Psicoanalítica. Tomo III. Nº2. AUDEPP. Mdeo.

BALPARDA, S. y TATO, G. (1992)

Al compás de los recuerdos". 4as. Jornadas Científicas del C.C.M.W. Fepseo. Bs. As.

BALPARDA, S. y TATO, G. (1992)

Hacia una medicina Psicoanalítica. Experiencia de Trabajo en el Hospital General. 4as. Jornadas Científicas del C.C.M.W. Fepseo. Bs. As.

BALPARDA, S. y TATO, G. (1994)

La muerte: desenlace en la historia de una ambición. 6as. Jornadas Científicas del C.C.M.W. Fepseo. Bs. As.

BARANGER, W. (1959)

Método de objetivación en la investigación psicoanalítica. Rev. Uruguay de Psicoanálisis. Tomo III. APU. Mdeo.

BERNARDI, R. (1994)

El poder de la teoría, el papel de los determinantes paradigmáticos en la comprensión psicoanalítica. Rev. Uruguay de Psicoanálisis Nº 79-80. APU. Mdeo.

BERNARDI, R. (1997)

Investigación clínica e investigación empírica sistemática en psicoanálisis. Rev. Uruguay de Psicoanálisis. Nº 84-85. APU. Mdeo.

CLAUSER, G. (1968)

Manual de análisis biográfico. Editorial Gredos. Madrid.

COROMINAS, J. (1987)

Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Ed. Gredos. Madrid.

CHIOZZA, L. (1980)

Trama y Figura del Enfermar y del Psicoanalizar. Ed. Paidós. Bs. As.

CHIOZZA, L. (1986)

¿Por qué enfermamos?. Ed. Alianza. Bs. As.

CHIOZZA, L. (1988)

La capacidad simbólica de los trastornos somáticos. Reflexiones sobre el pensamiento de Wilfred R. Bion. Revista de Psicoanálisis. Tomo XLV. Nº 5. Set-Oct. Bs. As.

CHIOZZA, L. (1989)

Organsprache: Una reconsideración actual del concepto freudiano. Seminario Internazionale, Roma.

CHIOZZA, L. (1991)

Los afectos ocultos en... . Ed. Alianza. Madrid - Bs. As.

CHIOZZA, L. (1983)

Psicoanálisis Presente y Futuro. Edición del CIMP. Bs. As. 1983.

CHIOZZA, L. (1995)

Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis. Alianza Editorial. Bs. As.

ELLENBERGER, H. F. (1976)

El Descubrimiento del Inconciente. Ed. Gredos. Madrid.

FAHRER, R y MAGAZ, A. (1987)

Temas de Psicología Médica. Ed. C.T.M. Bs. As.

FERREIRA, F. (1995)

Cuando el juicio no tiene lugar. 7as. Jornadas Científicas del C.C.M.W. Fepseo. Bs. As.

FREIRE de GARBARINO, M. y MAGGI, I. (1990)

Adolescencia. Ed. Roca Viva. Mdeo.

FREUD, S. (1983)

Obras Completas. Ed. Amorrortu. Bs. As.

(1890) - Tratamiento psíquico. Tomo I.

(1893) - Estudio sobre la histeria. Señorita Elisabeth Von R. Tomo II.

(1895) - Historiales clínicos Señora Emmy Von N. Tomo II.

(1905) - Tres ensayos de teoría sexual. Tomo VII.

(1910) - Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci. Tomo XI.

(1910) - La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. XI.

(1915) - Lo inconsciente. Tomo XIV.

(1916) - 13ª Conferencia. Rasgos arcaicos e infantilismo del sueño. Tomo XV.

(1926) - Pueden los legos ejercer el análisis?. Tomo XX.

(1920) - Más allá del principio del placer. Tomo II.

(1930) - Premio Goethe. Tomo XXI.

(1933) - 34ª Conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. Tomo XXII.

(1938) - Esquema del psicoanálisis. Tomo XXIII.

(1939) - Moisés y la religión monoteísta. Tomo XXIII.

GRANEL, J. (1976)

Sobre accidentes, accidentados y accidentarse. Ed. CIMP. Bs. As.

GREEN, A. (1975).

La concepción psicoanalítica del afecto. Siglo XXI Editores. México.

HARARI, R. (1997)

¿Cuál es la casuística de Freud?. Rev. Relaciones. Nº 154. Mdeo.

HERMANN, F. (1997)

Investigación psicoanalítica. Rev. Uruguay de Psicoanálisis. Nº 84/85. APU. Mdeo.

ISAACS, S. (1983)

Naturaleza y función de las fantasías. En: Melanie Klein. Obras Completas. Ed. Paidós. Bs. As.

JONES, E. (1980)

La teoría del simbolismo. Cuaderno Monográfico. Ed. Letra Viva. Bs. As.

KOROVSKY, E. ; TATO, G. ; BALPARDA, S. ; LINDNER, J. ; VIERA, M. y SQUARZA, R. (1988)

La psicósomática: ¿una tercera realidad?. 2as. Jornadas de Psicoanálisis y Salud Mental. Mdeo.

LAIN ENTRALGO, P. (1984)

Antropología Médica. Ed. Salvat. Barcelona.

LAPLANCHE, J. (1980)

La sexualidad. Ed. Nueva Visión. Bs. As.

LAROUSSE (1994)

Diccionario Enciclopédico. Ed. Larousse. Madrid.

LIBERMAN, D. (1986)

Del cuerpo al símbolo. Ed. Trieb. Bs. As.

MARTINEZ, G. (1995)

Aproximación a la comprensión de un paciente con fracturas de vértebras cervicales. 7as. Jornadas Científicas del C.C.M.W. Fepseo. Bs. As.

MARTY, P. (1992)

La psicósomática del adulto. Amorrortu editores. Bs. As.

MC DOUGALL, J. (1991)

Teatro del cuerpo. Ed. Julián Yébenes. Madrid.

MITSCHERLICH, A. (1954)

El problema de la relación cuerpo y alma en la moderna medicina. En: La Nueva visión del Mundo. Ed. Sudamericana. Bs. As.

NAGY, C. y TATO, G. (1995)

Leucemia mieloide crónica, un caso clínico. 7as. Jornadas Científicas del C.C.M.W. Fepseo. Bs. As.

NICOLA, G. y TATO, G. (1994)

Un recorrido de piel: de espectadora a protagonista. 6as. Jornadas Científicas del C.C.M.W. Fepseo. Bs. As.

NIETO, M. (1965)

Algunos problemas del analista como investigador. Rev. Uruguay de Psicoanálisis. Tomo VII. APU. Mdeo.

PORTMAN, A. (1954)

Los cambios en el pensamiento biológico. En: La Nueva Visión del Mundo. Ed. Sudamericana. Bs. As.

QUILLET (1968)

Diccionario Enciclopédico. Ed. Aristides. Bs. As.

SCHNEIDER, P.B. (1984)

Psicología Aplicada a la Práctica Médica. Ed. Paidós. Bs. As.

TATO, G. (1993a)

Ensayo sobre el tratamiento psicoanalítico del paciente con afección orgánica. Teoría de la técnica. Anuario de Psicología. T. II. Vol. III. Ed. Roca Viva. Mdeo.

TATO, G. (1993b)

Psiquis y Soma: un dualismo de la conciencia. Temas de Psicoanálisis. Nº 20. APU. Mdeo.

TATO, G. y BALPARDA, S. (1994)

Acerca de la relación entre la imposibilidad de hacer consciente el sentimiento de impropiedad y la incapacidad hepática de materializar. 6as. Jornadas Científicas del C.C.M.W. Fepseo. Bs. As.

TATO, G. y VIERA, R. (1994)

Cuando la sangre se rebela. 6as. Jornadas Científicas del C.C.M.W. Fepseo. Bs. As.

TATO, G. (1995)

El lenguaje del cuerpo. Presentificación histórica de lo arcaico. Lo arcaico, temporalidad e historización. IX Jornadas Psicoanalíticas. APU. Mdeo.

TURBAYNE, C. M. (1974)

El mito de la metáfora. Ed. Edimax. México.

TZVETAN, TODOROV (1982)

Simbolismo e Interpretación. Ed. Monte Ávila. Venezuela.

VIÑAR, M. (1997)

Desde el saber del "Insight" al saber de la ciencia. Rev. Uruguaya de Psicoanálisis N° 84-85. APU. Mdeo.

WEIZSAECKER, V. (1950)

Casos y problemas clínicos. Ed. Pubul. Barcelona.

WEIZSAECKER, V. (1962)

El círculo de la forma. Ed. Morate. Madrid.