

Sí, pero no de esa manera

LUIS CHIOZZA

Sí, pero no de esa manera

Los fundamentos
de la psicopatología



libros del
Zorzal

Chiozza, Luis

Sí, pero no de esa manera : los fundamentos de la psicopatología /
Luis Chiozza. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Libros del
Zorzal, 2018.

256 p. ; 23 x 15,5 cm.

ISBN 978-987-599-541-3

1. Medicina Psicosomática. I. Título.

CDD 150.195

Diseño de tapa: Silvana Chiozza

© Libros del Zorzal, 2018

Buenos Aires, Argentina

Printed in Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra, escribanos a:
<info@delzorzal.com.ar>.

Asimismo, puede consultar nuestra página web: <www.delzorzal.com>.

Índice

Prólogo	13
I. El nacimiento de una psicosomatología.....	17
1. La patología psicósomática	19
Los primeros descubrimientos del psicoanálisis	19
La sexualidad infantil y la evolución de la libido	22
La interpretación de los sueños y el Complejo de Edipo	24
Los cambios en la noción de enfermedad	27
La relación entre el cuerpo y la mente	29
Acerca de la psicosomatología	33
La enfermedad en nuestro tiempo y la perplejidad	36
II. La construcción de la teoría psicoanalítica	39
2. La metapsicología.....	41
La creación de una metapsicología	41
Presencias y representaciones (percepciones y rememoraciones).....	43
Actualidades y reactualizaciones (sensaciones y recuerdos)	48
Los afectos y sus vicisitudes.....	56
3. El nacimiento de una incipiente metahistoria	65
Más allá del principio de placer.....	65
El yo y su relación con lo inconsciente.....	70
Edipo, Prometeo y Narciso (tres maneras de la vida).....	77
III. Los fundamentos epistemológicos de la psicosomatología.....	85
4. El rechazo del dualismo cartesiano.....	87
La trascendencia de las dos hipótesis fundamentales	87

La interpretación psicoanalítica de la enfermedad “somática”	96
Acerca de una concepción psicosomatológica del cáncer	102
¿Hacia dónde proseguirá el camino?	106
5. La relación de significación.....	113
Una parte que representa un “todo”	113
Acerca de las diferencias entre la consciencia y lo inconsciente.....	119
6. La historia que se oculta en el cuerpo	129
Los “mapas” del mundo y del “yo”	129
El alma y el cuerpo	132
El psiquismo inconsciente	132
El modelo físico del psicoanálisis	134
El modelo histórico	135
Cien años después	136
¿Qué es lo que llamamos historia?.....	137
El interés que despierta una historia.....	138
Los temas de la historia.....	139
La actualidad de la historia	140
En resumen	141
7. Acerca de la relación entre el significado y la vida	143
Significado, significancia y significando	143
Un sujeto significativo inconsciente	149
El cuerpo “desalmado”, la existencia mental y el “cuerpalma” sentí-mental.....	151
8. Mi consciencia y yo	157
Una laberíntica galería de espejos.....	157
Las “dos” formas de consciencia.....	162
Sólo se puede ser siendo con otros	164
Las cuatro caras de un tetraedro unitario.....	171

IV. Acerca del quehacer con el paciente.....	175
9. El tratamiento psicoanalítico	177
Una curación que se realiza hablando	177
Nadie puede ser matado en ausencia o en efigie	181
Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente	184
La interpretación del material “somático” en la sesión psicoanalítica	192
El poder terapéutico del psicoanálisis	199
10. El estudio patobiográfico	209
El problema psicósomático en la práctica médica.....	209
La forma en que el método procede.....	218
Cuarenta y cinco años después.....	226
A manera de epílogo.....	233
Bibliografía	241

*A Oxana Nikitina,
sin cuyo interés y entusiasmo no hubiera escrito este libro.*

Prólogo

La palabra “psicosomática” ha sido cuestionada, innumerables veces, con el argumento de que lleva, dentro de sí, en las dos palabras que la componen, la disociación que procura evitar. No ha podido nunca, sin embargo, ser sustituida por alguna otra que funcionara mejor. No obstante, su uso se ha difundido por el mundo y, aunque no todos conciben de la misma manera lo que designan con ella, no cabe duda de que, en tanto se refiere, en general, a una cierta relación entre el cuerpo y la mente, despierta, en todos lados, muchísimo interés.

Con la palabra “psicoanálisis” ocurre, en cambio, algo diferente. Aunque el término, que alude a una cierta descomposición de lo psíquico en elementos más simples, no coincide muy bien con la actividad que denota, a nadie le ha parecido inadecuado; tal vez porque las críticas, que siempre ha despertado, se han dirigido a la teoría, y al procedimiento, que con ese vocablo se designa. Lo que ha ocurrido, mientras tanto, es muchísimo peor, porque se hacen tantas cosas distintas en su nombre, que, a pesar de que nadie duda de que Freud algo valioso ha hecho, cuando uno dice “soy psicoanalista” siente la necesidad de aclarar. La cuestión ha llegado hasta un punto en que ya no pasa por me psicoanalizo o no me psicoanalizo, sino por “cómo” y con quién.

Siempre he pensado que “la psicosomática” y “el psicoanálisis propiamente dicho” son dos maneras distintas de referirse a lo mismo, de modo que en el contenido de estas páginas se encuentra lo esencial de aquello que constituye mi manera de pensar el psicoanálisis. Además, dadas las consideraciones anteriores, y

también que, por ejemplo, la palabra “cardíaca” designa un tipo de enfermedad, y el vocablo “cardiología”, en cambio, la ciencia y la técnica que la estudia y que la trata, debo decir que decidí, por fin, utilizar el término “psicosomatología” para referirme, en este libro, a la disciplina que practico.

El presente volumen intenta lograr las características de un libro de texto que, sin la pretensión de ser erudito o exhaustivo, exponga, de la manera más completa posible y hasta donde mis conocimientos alcanzan, *los fundamentos de la psicosomatología*. Lo escribí, sin embargo, tratando de evitar que su lectura ingresara en la aridez del intelecto “abstracto”, y sé que solamente en alguna de sus partes pude aproximarme al objetivo. Un objetivo que se anuncia en su título principal, en letra manuscrita: *Sí, pero no de esa manera*. La frase alude al “sí, pero no así” con el que Weizsaecker propone sustituir la actitud de “fuera con ella”, que denota la conducta de “combatir” la enfermedad desde una técnica médica que la contempla como algo que no pertenece a la vida del enfermo. Pero, además, titula al libro porque estoy convencido de que si tuviera que elegir muy pocas palabras para transmitir lo que el psicoanálisis intenta no encontraría otras mejores.

En aras de una lectura amable, procuré no incluir notas al pie, y también utilicé una letra más pequeña para algunos párrafos que, tal vez, pudieran omitirse. Por la misma razón, no utilice, en el texto, códigos, asteriscos o números de página para las citas bibliográficas, cuya intención es lograr que lo que aquí escribo sirva de introducción para ulteriores lecturas. Preferí poner entre paréntesis los títulos completos, evitando, de ese modo, tener que saltar a las páginas finales para identificar el origen de las citas.

Sólo me resta agregar que, en este momento, mi mayor anhelo es poder transmitirle, a quien lo lea, aunque sea una parte del placer y el entusiasmo que sentí cuando lo escribí pensando en nuestros deseos y en nuestras necesidades.

Junio de 2018

I

El nacimiento de una psicosomatología

1. La patología psicosomática

En un dibujo de Quino, el médico le dice a su paciente: “He leído su historia clínica y le diría que en general no está mal narrada. Su estómago, por ejemplo, como protagonista, logra conmover cuando cuenta los trastornos que sufre por su amor a lo prohibido, pero luego cita usted tantas veces a la gastritis que nos la hace un personaje muy aburrido. Es cierto que el relato retoma interés y un creciente suspenso atrapante cuando su tensión arterial comienza a subir..., a subir..., y pareciera que finalmente algo importante va a suceder, pero no, ahí entran en escena unas grageas de Losartán 50 mg que arruinan todo ese clima normalizando la situación. O sea: aquí falta emoción, garra, pasión, nervio... No sé, ¿Usted ha leído a Hemingway, por ejemplo?...”.

Los primeros descubrimientos del psicoanálisis

El psicoanálisis comenzó, en 1895, con el descubrimiento de que un trastorno que se manifestaba en el cuerpo, en una forma particular, que se diagnosticaba como histeria, se comprendía mejor como el resultado de un trauma psíquico que como una alteración física del sistema nervioso. Las perturbaciones histéricas desaparecían cuando las enfermas, venciendo una resistencia, recordaban el trauma y revivían sentimientos penosos olvidados. A partir de ese descubrimiento, la histeria, y con ella el término “neurosis”, perdía el carácter de una afección degenerativa

del sistema nervioso, y adquiriría el significado de un sufrimiento psíquico.

El descubrimiento trajo consigo cuatro esclarecimientos importantes. El primero infunde una mayor intriga a la incógnita de la relación que existe entre la mente y el cuerpo. El segundo permite concebir la existencia de una vida psíquica inconsciente. El tercero conduce a la postulación de una fuerza represora que se manifiesta en la resistencia a recordar. El cuarto pone en evidencia que la expresión del afecto reprimido (su “abreacción”) es una condición indispensable para la desaparición de los fenómenos histéricos.

En cuanto a la cuestión de lo inconsciente, cabe señalar que, a pesar de la opinión de los filósofos que sostenían que hablar de psiquismo sin consciencia constituía una contradicción en sus términos, no ha sido Freud el único que le ha prestado atención. Podemos mencionar a San Agustín, cuando escribe “lo sabes, pero ignoras que los sabes”, o a los experimentos de Bernheim con la hipnosis. Hoy los neurocientíficos hablan de “redes subyacentes”, y de su influencia en una percepción inconsciente que se comprueba, por ejemplo, en el fenómeno denominado “visión ciega”, o en algunos casos de prosopagnosia cuando, sometidos a un polígrafo, evidencian que identifican, sin saberlo, los rostros que, conscientemente, no reconocen.

No cabe duda, en cambio, de que el haber descrito la operatividad “ubicua” de la represión y, sobre todo, el retorno de lo reprimido “en el síntoma” constituye una formulación teórica, entre las primeras de Freud, a la que es muy difícil encontrarle un precedente. En lo que se refiere a la participación del afecto, suele pasar desapercibido que el psicoanálisis le adjudicó, ya desde sus comienzos, una importancia que precedió en muchos años a los descubrimientos que, desde otras disciplinas, condujeron a que

se reconociera una “inteligencia emocional”. Más aún, aunque Freud nunca se dedicó a reunir en un escrito sus contribuciones al esclarecimiento de ese tema, las vicisitudes del afecto siempre ocuparon, en sus elaboraciones teóricas, ese lugar central. De acuerdo con lo que afirma André Green (en *El discurso vivo*), eso no ocurrió con Lacan.

Nos queda, por fin, el tema de la intriga que el estudio de la histeria nos suscita, acerca de la relación entre la mente y el cuerpo. En el historial de Isabel de R. (Freud y Breuer, *Estudios sobre la histeria*), encontramos tres razones para explicar la elección del órgano a través del cual habría de expresarse el conflicto. La primera de ellas, denominada “facilitación” o “complacencia” somática, consiste en que un órgano primitivamente alterado por una “causa orgánica”, un dolor reumático, por ejemplo, se presta especialmente para tal fin. La segunda, “simbolización mnemónica”, ocurre cuando el órgano (la pierna derecha de Isabel de R., por ejemplo, sobre la cual descansaban los hinchados tobillos del padre) ha entrado en una conexión asociativa (mnemónica) con el conflicto que busca una vía de expresión aceptable para la conciencia. La tercera, “conversión simbolizante”, se desarrolla en virtud de que el órgano elegido se presta para expresar, como una forma de lenguaje, el contenido del conflicto inconsciente. Así, la somática dificultad para andar de Isabel de R. representaba adecuadamente su dificultad para “andar en la vida”. En el mismo historial, y a través del caso Cecilia M., aporta Freud algunos ejemplos en donde este mecanismo de conversión simbolizante afecta órganos de la vida vegetativa, como el corazón o el aparato digestivo.

Aunque Freud utiliza, ya en sus primeras formulaciones, el término “conversión” entre comillas, vemos aquí de nuevo que (hasta 1910 por lo menos, fecha en la cual publica su trabajo acerca

de las perturbaciones psicógenas de la visión) se adscribe al dualismo cartesiano (que rechazará posteriormente) cuando acepta de manera explícita que existen trastornos orgánicos que, aun en el caso de ser “organoneuróticos”, no son “psicogenéticos”.

Sin embargo, como veremos luego con mayor detalle, ya en 1905 (en *Tres ensayos de teoría sexual*) postula la existencia de zonas “erógenas”, concepto que enriquece en obras posteriores (“Pulsiones y destinos de pulsión” y “El problema económico del masoquismo”). Como consecuencia de tal postulación, afirma que en realidad pueden funcionar como zonas erógenas todos y cada uno de los órganos, que todo proceso algo importante aporta algún componente a la excitación general del instinto sexual y que del examen de los fines del instinto pueden ser deducidas las diversas fuentes orgánicas que les han dado origen.

Si unimos esa postulación de Freud con los conceptos acerca del lenguaje de los órganos en que él apoya su comprensión de la conversión simbolizante, encontramos en esa unión una base suficiente como para considerar que la teoría psicoanalítica abre la posibilidad de suponer la existencia de fantasías que (como ocurre, por ejemplo, con las orales o anales con respecto a la boca y el ano) son *específicas* de los órganos que constituyen su respectiva fuente, y que se configuran como fines también específicos.

La sexualidad infantil y la evolución de la libido

La interpretación del significado inconsciente de la historia condujo a Freud al descubrimiento de la sexualidad infantil y a formular una teoría acerca de su origen y de su evolución. Sostiene (en *Tres ensayos de teoría sexual*) que todos los órganos del cuerpo funcionan como una zona “erógena” que genera un *quantum* de excitación “propia”, cualitativamente diferenciada,

que denomina libido, cuya acumulación produce displacer y cuya descarga, por el contrario, ocasiona placer. Afirma, entonces, que esta libido, a “cuya subrogación psíquica llamamos libido yoi-ca”, se vuelve cómodamente accesible al estudio analítico cuando, convertida en libido de objeto, ha encontrado empleo psíquico en la investidura de objetos sexuales. De modo que la producción de ese *quantum*, su aumento o su disminución, su distribución y su desplazamiento, nos ofrecen la posibilidad de explicar los fenómenos psicosexuales observados.

El escándalo con que fueron recibidas sus afirmaciones acerca de la sexualidad infantil ignora que el calificativo “sexual”, aplicado a cualquiera de los placeres que derivan del funcionamiento de los órganos, proviene precisamente del haber descubierto que se trata de una cantidad que se desplaza, desde una zona a otra, y la erotiza “tiéndola” con la cualidad que proviene de su origen. Así nace el concepto de primacía, que se aplica a organizaciones que, como es el caso de la oral, la anal y la genital, adquieren un significativo predominio en épocas de la vida que son fácilmente reconocibles durante el desarrollo evolutivo.

De allí surge, también, el descubrimiento de que algunas de las dificultades que surgen en la vida, ante las situaciones de apremio, deriven en que una parte de la libido, en lugar de continuar su desarrollo progresivo hacia las sucesivas etapas, se detenga y se “fije” en la que corresponde al momento de la dificultad. De modo que el desarrollo progresivo que se manifiesta como una evolución normal siempre sufrirá una cierta merma (por obra de la fijación, facilitada por lo que Freud denominaba “viscosidad” de la libido) en lo que se refiere a la cantidad con la que llegamos a la etapa que estamos transitando.

De más está decir que, si lo que entendemos por carácter se define como nuestra manera de ser y proceder, cae por su propio

peso que las fijaciones de la libido, que ocurren durante nuestro crecimiento hacia la vida adulta, poseen una influencia enorme en la determinación de las cualidades de nuestro carácter. Más aún, en los momentos en que el apremio de la vida arrecia, nuestra necesidad de disponer, para enfrentar ese apremio, de una mayor cantidad de libido suele condicionar una regresión hacia puntos de fijación, evolutivamente anteriores, para reunirnos con las “fuerzas” que allí hemos “dejado”.

No debemos abandonar este apartado sin mencionar que, a pesar de que el psicoanálisis postula que la evolución de la libido culmina, en hombres y en mujeres, en una segunda fase, receptivo-vaginal, también subraya que la genitalidad masculina se detiene, en su mayor parte, en la primera fase, fálico-uretral, atrapada por lo que denomina (como homólogo de la “protesta masculina” descrita por Adler) “desautorización de la feminidad”, debido a la enorme vigencia de la confusión inconsciente de la receptividad con una actitud de sometimiento homosexual a la castración.

La importancia que Freud le otorga a este “baluarte” de la resistencia lo conduce a compararlo (en “Análisis terminable e interminable”, por ejemplo) con una “roca viva”, anclada en una base constitucional fisiológica, refractaria a la influencia psicoanalítica. Se trata de la misma “roca de base” que, nacida de la envidia del pene, conduce a la mujer, aunque por otro camino, hacia quedar fijada, también ella, en la etapa fálica de la genitalidad.

La interpretación de los sueños y el Complejo de Edipo

El interés de Freud por las formas en que retorna, encubierto, lo reprimido lo condujo muy pronto a interesarse en la conducta

y en los rendimientos habituales de las personas que consideramos “normales”. Pudo descubrir, de esa manera, que los chistes obtienen el placer humorístico que los acompaña por obra del ingenio con el cual logran una fórmula que otorga la posibilidad de “descargar” el afecto reprimido mediante un ejercicio simbólico que burla a la represión. Subrayemos que, de ese modo, el humor constituye la forma “pública” en que reconocemos normas superyoicas que habitualmente se reprimen. El libro que escribió al respecto (*El chiste y su relación con lo inconsciente*) cosecha el contradictorio privilegio de haber sido, entre todos los que ha escrito, el que menos se ha leído. No puede decirse lo mismo de su *Psicopatología de la vida cotidiana*, que nos permite comprender por qué son tan comunes los actos “de término erróneo”. En esos actos “fallidos”, un propósito consciente fracasa porque el intento resulta perturbado por otro inconsciente que, en definitiva, es el que triunfa.

Es, sin embargo, en la interpretación de los sueños en donde el interés de Freud por las “producciones de lo inconsciente”, que abundan en la vida cotidiana, alcanza un rendimiento tan importante como para motivarlo a que escribiera que los sueños constituyen “la vía regia del psicoanálisis”. Su interés lo conduce a descubrir que, lejos de ser un producto desordenado que ha surgido de un sistema nervioso que abandona sus tareas habituales ante las necesidades del reposo, constituyen realizaciones, simbólicas y enmascaradas, de deseos inconscientes. Ese deseo insatisfecho que, en la construcción onírica, es el “socio capitalista” y su verdadero motor encuentra, en los restos mnémicos del día anterior, un socio “industrial” que colabora otorgándole su forma al producto final.

Una parte muy importante de la contribución freudiana al esclarecimiento de la vida onírica reside en haber descubierto que,

durante las horas en que un sujeto duerme, ingresa en un cambio de actividad, la mayor parte de la cual no se recuerda luego. Podríamos, incluso, agregar que “la vida psíquica” (tal como ocurre con la función cardíaca) nunca se detiene y que, cuando se duerme, la consciencia “deriva” de un estado “vigil” hacia un estado onírico que capacita para otros rendimientos.

Durante el análisis de sus propios sueños, Freud descubrió un “complejo” (es decir, un conjunto de significaciones recurrentes que la memoria conserva y que se reactivan juntas) que consideró como una estructura nodular en el psiquismo humano, y para identificarlo utilizó el nombre de Edipo, protagonista de una antigua leyenda narrada por Sófocles. Es, en su esencia, un complejo que se reactiva (a partir de una disposición heredada) cuando el niño (que experimenta una profunda adherencia en su relación afectiva con su madre) la elige como el objeto con el cual procura satisfacer todos sus deseos (cuya meta final es el incesto) mientras siente, al mismo tiempo, que el padre se opone a sus intentos, y por eso no sólo siente que lo ama, sino que también, ambivalentemente, lo odia, hasta el punto en que, sus fantasías, alternan entre parricidio y filicidio.

Señalemos, por fin, que, tal como señalan Laplanche y Pontalis (en su *Diccionario de psicoanálisis*), Freud utilizó la palabra “fantasía” abarcando, con ella, un referente muy amplio, que incluye los ensueños diurnos (conscientes o preconscientes), los deseos que nacen de las pulsiones actuales o los mandatos de la lucha en su contra (que pertenecen al inconsciente reprimido por obra de la represión secundaria), y las “clásicas” “fantasías originarias” heredadas (escena primaria, castración, seducción, etc., que forman parte del inconsciente constituido mediante la represión primordial).

Los cambios en la noción de enfermedad

Contemplar, aunque sea de manera muy escueta, las diferentes concepciones que, acerca de la enfermedad, predominaron en distintas épocas de la cultura humana no sólo nos ayuda a descubrir que inevitablemente influyen, en general de manera inconsciente, nuestras ideas y sentimientos actuales, sino que, además, nos permite constatar que algunos desarrollos de la patología psicosomática reconducen hacia nuestra consciencia pensamientos e intuiciones antiguas “injustamente olvidadas”. Dado que no podemos reproducir aquí el excelente y fructífero recorrido que Pedro Laín Entralgo realiza (en *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*), expondremos, en forma muy breve, algunos aspectos que, dentro de esa trayectoria, nos parecen esenciales.

La enfermedad fue interpretada, en la antigua Babilonia, como el resultado de una culpa, de un pecado espiritual que exigía para su resolución el arte de la adivinación, ya que este pecado no era conscientemente reconocido por aquel que sufría sus efectos. Para los griegos, en cambio, la enfermedad era un trastorno de la materia natural (*physis*), por obra de las “miasmas” o “manchas” y del “deshonor” (*dyma*). Esas materias malas debían ser eliminadas mediante la “catarsis”, un medio físico de exoneración.

La medicina de Galeno vuelve a encontrar al pecador en el que sufre de una enfermedad que se manifiesta en el cuerpo; sin embargo, mientras que para el asirio el enfermo era ante todo un pecador, para Galeno el pecador era ante todo un enfermo. El advenimiento del cristianismo introduce una variante. Si bien puede oírse decir que Dios castiga el pecado con la enfermedad, lo más importante de la interpretación cristiana parece residir en

que la enfermedad posee el sentido de poner a prueba a la criatura de Dios y ofrecerle la ocasión de merecer el cielo.

El desarrollo de la ciencia nos introduce en una nueva visión de la enfermedad. Su sentido biográfico es abandonado a la esfera de la religión, o sencillamente abandonado, desconsiderado, en la interpretación que la ciencia, en primera instancia, hace de la enfermedad. La causa “primera”, obra de Dios o del accidente, transferida sobre el agente patógeno, sea físico, químico o biológico, constituye la causa magna de la enfermedad; una causa que pronto acepta compartir su trono con otras causas asociadas, que actúan como predisponentes del terreno en el cual el proceso patológico se desarrolla. En los últimos decenios, por ejemplo, los enormes progresos obtenidos en el estudio del genoma condujeron a revalorizar la importancia de la predisposición genética.

Podemos subrayar, entonces, que para los asirios babilónicos la terapéutica fue adivinación del pecado espiritual; para los griegos, la catarsis de las materias malas; y para los cristianos, la comunión con Dios. Mientras que, para el pensamiento científico occidental, esta terapéutica es una técnica de combate, precisa y definida, con las causas. Este combate entre el médico y las causas se desarrolla en el hombre que sufre la enfermedad y que, dentro de lo que llegó a denominarse “medicina deshumanizada”, debe convertirse, a la vez, en campo de batalla y en espectador pasivo de la contienda que la terapéutica y el médico, como “técnico”, emprenden con la enfermedad y con las causas que la originan.

Una conocida sentencia, que los médicos repetimos, sostiene que no hay enfermedades, hay enfermos. No cabe duda de que, si ese aforismo perdura, es porque la experiencia nos conduce a concordar con el espíritu que lo anima. Sin embargo, también

es cierto que, si no pudiéramos encontrar, en un enfermo, lo que hemos aprendido con otro (o, mejor aún, encontrar en el presente lo que hemos aprendido en el pasado), la medicina, como actividad, y como ciencia, no podría existir. Distinguimos, pues, en medicina entre la clínica y la patología, y ejercemos la primera, en la cabecera del enfermo, gracias a la disciplina que nos aporta la segunda.

La distinción importa, porque, tal como lo afirma Laín Entralgo en el libro que citamos, aunque la “psicosomática” como patología es una creación de los últimos cien años, el ejercicio clínico de la medicina nunca ha dejado de ser “psicosomático”. Es este un tema al cual Freud dedica dos artículos, “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” y “Sobre psicoterapia”. En el segundo (presentado en 1905 ante el Colegio Médico de Viena), escribe: “Nosotros, los médicos, no podemos prescindir de la psicoterapia, por la sencilla razón de que la otra parte interesada en el proceso curativo, o sea, el enfermo, no tiene la menor intención de renunciar a ella”.

La relación entre el cuerpo y la mente

Se ha dicho que la cuestión constituida por la relación entre psiquis y soma es tristemente célebre. El punto de partida del problema de la “interrelación” psicofísica surge de una constatación cotidiana. Sé que cuando un cigarrillo encendido daña físicamente la piel de mi mano surge un sufrimiento psíquico que denomino dolor, y también que cuando emprendo psíquicamente el movimiento de retirar la mano, esa mano físicamente se mueve. El “puente” (representado por el famoso guion que se utiliza, a veces, dentro de la palabra “psicosomático”) constituye el famoso enigma de la relación entre el cuerpo y la mente.

Las soluciones propuestas se ubican dentro de dos disyuntivas: la que existe entre materialismo e idealismo, y la que existe entre monismo y dualismo. Dentro de esos parámetros, con un criterio esquemático, podemos identificar las opciones que son más frecuentes.

Para el monismo materialista extremo, la mente no es más que una ilusión creada por un conjunto de células. Por extraño que pueda parecernos, algunos filósofos de la ciencia, como Daniel Dennet, de reconocida fama, sostienen esta propuesta heredera, en cierto modo, del realismo griego. El monismo idealista extremo afirma, en cambio, que la existencia material es una ilusión de la mente. Pensarlo de ese modo coincide, casi completamente, en lo esencial, con un solipsismo que, apoyándose en el “pienso, luego existo” de Descartes, sostiene que lo único indudablemente cierto es mi existencia “mental”. Recordemos aquí que Ortega y Gasset discute ese planteo idealista, que revierte el realismo de la filosofía griega, señalando que también existe la cosa que me hace pensar.

Para el monismo materialista moderado, que recluta a un mayor número de adeptos entre los hombres de ciencia, la mente es una propiedad emergente en algunos organismos provistos de cerebro. Como ejemplo de lo que se entiende por propiedad emergente, podemos mencionar las cualidades del cloruro de sodio (o del agua), que difieren completamente de las que caracterizan al sodio y al cloro (o al hidrógeno y oxígeno) cuando están separados.

Entre las críticas formuladas al monismo materialista, sobresalen, por la claridad de su pensamiento, y por la solidez de su planteo, las que realizó Erwin Schrödinger (Premio Nobel de Física). Señala, en primer lugar, que la pretendida causalidad psicofísica difiere completamente de la relación entre causa y efecto que se

postula en la física. Subraya, además, que la organización del conocimiento en un mundo físico “objetivo” inteligible excluye de ese mundo a la consciencia como fenómeno psíquico. Consignemos, también, que ingresa en lo que constituye un monismo idealista moderado cuando afirma que, si se desea reducir uno de los campos considerados a un mero epifenómeno del otro, el resultado no debería ser materialista, ya que lo psíquico (en sus palabras) “está de todos modos” configurando el campo en el cual se da el conocimiento.

Llegamos, por fin, al dualismo cartesiano que, estableciendo dos realidades, una extensa y otra pensante, irreductibles entre sí, fundamenta un paralelismo psicofísico que, junto con el monismo materialista moderado, constituyen las dos posiciones que hoy adopta, no siempre de manera consciente, una inmensa mayoría. En lo que respecta a la relación que ambas realidades cartesianas mantienen entre sí, hay quienes afirman, dentro de una tautología que nada esclarece, que existe una “interrelación” que suelen representar con el “famoso” guion que las une (o las separa). Pero se ignora de ese modo que se trata de un guion que nada representa, excepto, quizás, a un “vacío” dentro del cual ocurre el “misterioso salto” de una comarca a otra, ya que, careciendo de una tercera sustancia que podría intermediar entre el cuerpo y la mente, siempre permanecerá, como un puente que se ha levantado verticalmente, en una de las dos orillas que intenta vincular.

Tal como señala Gilbert Ryle (en *El concepto de lo mental*), dado que se trata de “interacciones” que no gozan del estatuto de lo mental ni del de lo físico, se supone que no obedecen ni a las leyes conocidas de la física ni a las leyes que se han descubierto en psicología. En realidad, Descartes pensaba que las sustancias extensa y pensante se relacionan entre sí a través de una tercera,

Dios, sin que sepamos cómo (aunque sostuviera, con muy poco poder de convicción, que esto podía ocurrir en la glándula pineal, que ocupa, hacia atrás, la línea media del cerebro). En la concepción de Spinoza, en cambio (de quien se ha dicho que, a través de los ensayos sobre la naturaleza de Goethe, influyó en el pensamiento de Freud), Dios, una sustancia única, se manifiesta en el cuerpo y en la mente.

Cuando Freud (en sus artículos sobre metapsicología) distingue entre el deseo erótico y la función fisiológica en la cual ese deseo se “apuntala”, y cuando afirma que la pulsión nace en “el límite” entre lo psíquico y lo somático o, más aún, cuando sostiene que la pulsión es un representante psíquico de un proceso corporal que constituye su fuente, coincide, sin lugar a dudas, con el dualismo cartesiano. Sin embargo, como veremos luego con mayor detalle, en los últimos años de su vida rechaza enfáticamente ese dualismo, confluyendo con un pensamiento que ya se halla implícito en sus primeros trabajos. Es importante señalarlo porque, entre los psicoanalistas, una gran mayoría sostiene (apoyándose en la idea de apuntalamiento, que resulta contradictoria con lo que Freud afirma de manera categórica en 1938) que cada órgano genera “en otro lugar” (por lo general el cerebro) representantes psíquicos propios que constituyen fantasías como, por ejemplo, las que denominamos orales.

Si tenemos en cuenta lo que señala Gilbert Ryle (en el libro citado), el principal error cartesiano no reside tanto en el haber considerado que los animales son máquinas como en el haber utilizado una hipótesis “paramecánica”, en el intento de comprender las leyes implícitas en el funcionamiento mental. A pesar de los innumerables pasajes en donde Freud utiliza términos que pertenecen a otro cuadrante (como investidura en lugar de catexis, o censura en lugar de represión), no cabe duda de que

esa “paramecánica” impregna la metapsicología freudiana. Por suerte, él mismo escribe que su metapsicología no constituye la base del edificio teórico, sino su coronamiento, y que podrá ser substituida sin daño alguno para el psicoanálisis. No piensa de ese modo en lo que atañe a las dos hipótesis fundamentales que postula en 1938, sobre las que volveremos más adelante.

Acerca de la psicopatología

Laín Entralgo (en el libro que antes citamos) escribe: “Me parece muy certera la distinción de Von Weizsaecker entre la medicina ‘psicosomática’ y la ‘antropológica’. Pero la enorme difusión conseguida por la primera de esas dos expresiones hace aconsejable su conservación, empleándola en sentido plenamente antropológico”. Reparemos en que los mismos argumentos nos conducen a conservar el término “psicoanálisis”, cuando es evidente que la tarea que con ese nombre designamos no consiste en “descomponer en elementos” la realidad que estudia, dado que interpretar es, ante todo, realizar una permutación simbólica. Debemos considerar, por otra parte, que el mismo Weizsaecker ha manifestado su disconformidad con el término “antropología”, dado que se limita, innecesariamente, al ser humano, y a un pensamiento que no incluye las características “antropológicas” de la vida.

Señalemos, en conclusión, que, si tenemos en cuenta que el término “-logía” (compuesto por “logos”, que significa palabra, razón, expresión, y el sufijo “-ia”, que denota cualidad) funciona como una especie de sufijo que pasó a significar discurso, y después tratado, estudio y ciencia, acerca de lo que designa el término que lo antecede, la existencia de una patología psicosomática nos otorga la posibilidad de utilizar el vocablo “psicopatología”

para designar, de una mejor manera, a la disciplina que indaga en ese territorio. Los actuales desarrollos de la biología (tanto en lo que se refiere a la biosemiótica como a la afirmación de que la biosfera y el sistema ecológico constituyen un “superorganismo”) nos permiten sostener, además, que la psicopatología trasciende los límites de la medicina.

Veamos, por ejemplo, lo que escribe, en 1954, Adolf Portmann, un reconocido biólogo que ha dirigido, durante más de treinta años, el zoológico de Basilea (en *Los cambios en el pensamiento biológico*):

Supongamos que el objeto de nuestro interés científico sea una flor roja. De acuerdo con el espíritu científico de tiempos recientemente pasados se procedería a investigar el color partiendo de un análisis material y se definiría el rojo según su tipo de vibración en el espectro y según las propiedades físicas de la sustancia. A la postre, todo saber científico acerca de los colores de las flores debía resultar de tal análisis.

Ahora bien; el rojo, considerado como cualidad, era ante todo una circunstancia de la esfera de la psicología y, por lo tanto, algo profundamente subjetivo que al investigador de las ciencias de la naturaleza nunca dejó de parecerle sospechoso. Hoy, empero, hemos verificado científicamente que los colores de los animales tienen un sentido; sabemos que el rojo, como cualidad de la flor, tiene múltiples relaciones con las formas de vida de los animales. Sabemos más aún; todo investigador ha adquirido clara conciencia de que el mundo de lo cualitativo, que recientemente se ha abierto ante nosotros, constituye un campo de investigaciones que requiere sus propios medios científicos de tratamiento.

Sabemos ahora que los métodos utilizados para investigar estructuras físicas y químicas nada aprovechan en nuestro terreno y que, por ende, se impone la necesidad de sustituirlos por otros. No he dicho que haya que sustituirlos por métodos mejores, sino sencillamente por otros métodos. En efecto, y esto es decisivo, los métodos empleados en la esfera de la física y la química no han

demostrado, en modo alguno, ser falsos; pero su corrección no alcanza a la meta que hoy nos proponemos; por lo tanto, son incorrectos, empleando esta palabra en un sentido nuevo, pero extremadamente exacto.

Hoy nos llevan en la dirección requerida métodos de trabajo totalmente distintos. Por supuesto que, si pretendo estudiar la singularidad del rojo de una amapola o de la sangre humana, lo mismo que antes, mi labor estará emparentada con la del físico o la del químico. Pero no he de perder de vista el hecho de que los resultados que obtenga en tal investigación son insignificantes si pretendo averiguar qué papel desempeña el rojo de una amapola o de una cresta de gallo en las recíprocas relaciones de los elementos de esos organismos. He aquí la nueva posición conquistada por el pensamiento biológico [...] Característico de esta nueva posición es el aplicar de un modo crítico y depurado, [...] hechos de nuestra propia vida como hombres, de nuestra experiencia subjetiva. [...]

El rasgo distintivo de la nueva actitud científica consiste en tomar seriamente en consideración, casi, diría yo, en redescubrir la actividad espontánea de las formas vitales en que se manifiesta la singular realidad no espacial de la interioridad. Evitamos ex profeso hablar de la psique y, por ende, de una nueva psicología animal, porque la imposibilidad de separar y distinguir cuerpo y alma, soma y psique, en el estudio de la conducta, es evidente en la época de la medicina psicosomática, y tan evidente que hasta la misma expresión “psicosomático” no nos contenta, porque esta combinación verbal continúa expresando, de algún modo, la escisión originaria en dos elementos, en lugar de designar más directamente lo nuevo, como sería de desear. El lenguaje científico no ha llegado aún a acuñar la expresión que designe un fenómeno que la ciencia registra.

En 1944, un insigne fisiólogo, Augusto Pi Suñer (en *La unidad funcional*), señala, en la misma dirección: “Con todo lo expuesto se ve que el pílora se comporta como si lo rigiera realmente una inteligencia y una voluntad. Su conducta podría explicarse

fácilmente si obedeciera a una finalidad consciente, y es que sin duda... en estos mecanismos concertados para regular funciones de alguna complejidad, como la digestiva (y esto mismo se observa en las coordinaciones circulatoria, respiratoria, etc.), establecidos y reforzados (polarizados) por la sucesión filogenética, se encuentra el primer germen de aquella adaptación superior, que, por hacerse presente al espíritu, llamamos consciente”.

La enfermedad en nuestro tiempo y la perplejidad

Pedro Laín Entralgo, en su monumental tratado *Historia de la medicina*, encuentra una espléndida síntesis para transmitir, en dos vocablos, la crisis de la medicina actual: poderío y perplejidad. Precisamente, el término “perplejidad” constituye una palabra preciosa, porque reúne el sufijo “-plejo”, que como “plexo” denota un conjunto de entrecruzamientos enmarañados, con el prefijo “pre-”, que, como “hiper-”, constituye un aumentativo, de manera que la perplejidad, como estado de ánimo, se configura frente a un máximo de complejidad.

No cabe duda de que la palabra “poderío” describe, acertadamente, el magnífico desarrollo tecnológico de la medicina de hoy, que nos obsequia con procedimientos maravillosos, que nos permiten otorgar una buena calidad de vida, durante muchos años, en determinadas afecciones (como sucede con un *stent* —endoprótesis— en algunas obstrucciones coronarias), o resolver algunas situaciones agudas (utilizando antibióticos, por ejemplo, en una septicemia).

Tampoco cabe duda, sin embargo, de que, frente a la enorme cantidad de pacientes que “deambulan”, infructuosamente, repartiendo una confianza que desfallece, entre los consultorios de distintas especialidades, las disciplinas de diferentes medicinas

alternativas, o la dudosa eficacia de diversas prácticas mágicas, a los que cabe agregar muchas otras personas que viven inmersas en una farmacoadicción inconsciente, la medicina “oficial”, cuando adopta una actitud responsable, no puede menos que sentirse perpleja.

Si reflexionamos sobre lo que ocurre, nos damos cuenta de que, cuando nos consulta una persona que padece insomnio, nos encontramos, como nos sucede a menudo frente a otros pacientes, con una consecuencia de la complejidad que se ha popularizado, desde hace algunas décadas, con el nombre de “efecto mariposa”, porque se la representa diciendo que, si una mariposa agita sus alas en Pekín, puede producir un huracán en Florida.

Los casos en los cuales la medicina interviene con eficacia son aquellos en los que es posible identificar una relación “lineal” entre una causa magna y sus consecuencias (así ocurre, por ejemplo, cuando detenemos una hemorragia que mataría al paciente). Si no se dan esas circunstancias, debemos reconocer que nuestras intervenciones, por lo general, empeoran lo que pretendemos mejorar. Esto, en realidad, los médicos lo hemos sabido siempre, lo único que cabe subrayar es que el poderío tecnológico actual de la medicina nos ha llevado a relegar (como ya ha sucedido en épocas pasadas) un antiguo principio que los viejos maestros nos enseñaron en latín: *primum non nocere*.

Dado que quienes ejercemos auténticamente la medicina siempre hemos tenido, a lo largo de los siglos (tal como lo testimonia *Historia de la medicina*), por lo menos en el trasfondo de nuestra consciencia, una cierta noción de una inconmensurable diferencia entre lo que sabemos y la inmensidad de lo que ignoramos, la “primera perplejidad” aparece (mucho antes de que surgieran las actuales teorías acerca de la complejidad) cuando el desarrollo pujante de una ciencia racional que deriva unilateralmente del realismo

griego deja vacante, frente al enfermo, la demanda irrenunciable de psicoterapia, que mencionamos en el cuarto apartado de este mismo capítulo.

Allí, en ese escenario, es donde aparece la figura gigantesca de Freud y, dentro de la apertura polifacética que origina, surge, junto con el psicoanálisis, una “psicosomática” que intenta distintas direcciones. Entre todas ellas, sobresalen (en nuestra opinión sin parangón alguno con las otras, que desembocaron en un callejón sin salida) sus afirmaciones acerca de la existencia de una “conversión simbolizante” que lo conduce a lo que considera como un “lenguaje de órgano”. Estas ideas, que expusimos en “*Organsprache. Una reconsideración actual del concepto freudiano*”, y que discutimos con André Green en *Diálogo psicoanalítico sobre psicosomática*, prosiguen una línea teórica que, sobre las huellas de Freud, recorrieron George Groddeck y, sobre todo, Viktor von Weizsaecker, quien, en su *Patosofía*, reúne lo esencial de un pensamiento que se publicó, en alemán, en una obra que se editó en diez volúmenes.

II

La construcción
de la teoría psicoanalítica

2. La metapsicología

La gente aún se inclina a considerar las leyes de la mecánica no solamente como el tipo ideal de leyes científicas, sino, en algún sentido, como las leyes últimas de la naturaleza.
Gilbert Ryle, *El concepto de lo mental*.

Se sostiene habitualmente que [las explicaciones mecanicistas] constituyen la explicación correcta, porque, de hecho, no introducen un propósito, pero la noción de propósito se encuentra esencialmente ligada con la función, y la función es esencial para una "máquina".
Richard Gregory, *Mind in Science*.

La creación de una metapsicología

Del mismo modo que denominamos "metalenguaje" a un tipo de lenguaje que (en lugar de ser utilizado para aludir a las cosas que designa) se utiliza para referirse al sistema constituido por el conjunto de símbolos que denominamos lenguaje, Freud usó la palabra "metapsicología" para referirse a una construcción teórica que procuraba esclarecer su modo de abordar, de manera sistemática, una forma particular de la psicología que denominó "psicoanálisis". Decíamos (en el capítulo anterior) que a pesar de los innumerables pasajes en donde Freud utiliza términos como "invertidura" en lugar de "catexis", o "censura" en lugar de "represión", no cabe duda de que la metapsicología freudiana (con sus ubicuos "mecanismos de defensa") surge como una especie de

“paramecánica” impregnada por conceptos que provienen de una concepción física del mundo.

Volveremos más adelante a ocuparnos de este tema, pero señalemos, por de pronto, que se reconocen, desde antiguo, dos modos de abordaje frente a la realidad que nos rodea: uno, *more* lingüístico (que da lugar a la historia), caracterizado por una serie diacrónica de acontecimientos sucesivos que constituyen enunciados simbólicos, y otro, *more* geométrico (que da lugar a la física), configurado por un espacio habitado por un conjunto sincrónico de fuerzas que operan como vectores en distintas proporciones cuantitativas.

En otras palabras: el *more* geométrico se estructura con una tópica, una dinámica y una economía, que son los modelos que inspiran a los “puntos de vista” que, con idénticos nombres (tópica, dinámica y economía), sustentan una metapsicología freudiana que no siempre ha podido liberarse de quedar demasiado limitada por esas metáforas. Recordemos ahora que, en rigor de verdad, el repetido encadenamiento de un determinado antecedente con un particular consecuente no es suficiente para poder establecer la existencia de una relación causal como la que establecemos cuando (*more* geométrico) descubrimos un mecanismo, es decir, cuando podemos explicar la forma en que la causa produce el efecto.

Dado que la teoría metapsicológica se inicia junto con la necesidad de explicar la existencia de dos motivos contradictorios que entran en conflicto (uno que se manifiesta en la represión y el otro, en el retorno de lo reprimido) es natural que, en los desarrollos de la metapsicología freudiana, se describan los distintos orígenes de las tendencias que se disputan el acceso a la consciencia. Allí encontraremos, por ejemplo, conflictos entre el principio del placer y el de realidad, entre la sexualidad y la ética,

entre deseos distintos, o entre la identificación con uno u otro de los progenitores.

Pero también, y sobre todo (dado que, en la teoría, es el verdadero y único motivo de la represión), el que resulta de la coexistencia de dos afectos distintos que representan tendencias opuestas, de manera que el placer en “un sistema” genera un displacer en el otro. Entre todas esas disyuntivas, cabe destacar, además, por la importancia que adquiere durante la evolución posterior de la teoría, el conflicto que suele surgir entre las pulsiones libidinosas propias de la sexualidad y los intereses egoístas que procuran la conservación del yo.

Señalemos, por último, que, entre los acontecimientos (los “hechos” que ocurren en un momento dado) que constituyen los “datos” (lo dado) sobre los cuales se edifica la teoría, cabe destacar, en primer lugar, la existencia de presencias, actualidades, representaciones y reactualizaciones. De más está decir que, en un segundo lugar que no es menos importante, deberemos ocuparnos de la forma en que esos “acontecimientos”, supuestamente “primarios”, se relacionan entre sí.

Presencias y representaciones (percepciones y rememoraciones)

De acuerdo con lo que escribe Corominas (*Diccionario crítico etimológico castellano e hispano*), “presentar” significa en su origen “poner delante”. “Presente” designa, pues, aquello que es o está delante. Si tenemos en cuenta que “ser” y “estar” son verbos que se diferencian en castellano a partir de la confluencia de dos verbos latinos, *esse* (o *essere*) y *sedere* (que en su origen significaba concretamente “estar sentado”), queda claro que el vocablo “presencia” se refiere en primer lugar a un “objeto” (arrojado) que se configura como un existente físico que habita un “espacio

exterior”. (En “Fundamentos para una metahistoria psicoanalítica”, nos ocupamos de la diferencia que Freud establece entre la representación de un “objeto”, como producto de un concepto “cerrado”, y la “representación de una cosa”, abierta a las modificaciones que aporta la experiencia.)

Es evidente también que, para afirmar la presencia de algo “que ha sido puesto delante”, ese algo debe ser “captado” (recibido, recogido, registrado), y la forma máxima de la captación es la percepción (una forma de percatarse), ya que el componente *-cepción* significa captación (como en recepción, concepción, decepción), y el componente *per* denota lo máximo (como sucede, por ejemplo, con el significado de “perfecto”, el *summum* de lo hecho).

Cabe señalar ahora que, tal como lo sostiene Ortega, cuando presenciamos una naranja sólo podemos ver la mitad, y para verla entera tenemos que inferir la presencia de la otra mitad a partir del recuerdo y del hecho frecuente, que la experiencia confirma, de que generalmente detrás de una media naranja se encuentra la otra mitad. La importancia de esta cuestión, que es obvia, radica en que se trata de un fenómeno propio de toda percepción. Por eso decimos que percibir es interpretar y que, en ese sentido, la percepción lleva implícito un proceso de pensamiento, habitualmente pre-pensado, un pre-juicio que, en la mayoría de las situaciones, constituye un “automatismo” que funciona bien. Esto se evidencia con claridad precisamente en las situaciones en las cuales la interpretación habitual no funciona. Así, el ilusionista del teatro nos hace ver una esfera completa donde sólo hay media, o el *cowboy* de los *westerns* engaña a su enemigo dejando ver su sombrero enarbolado en la punta de un palo oculto, detrás de una roca.

Esta condición de la percepción nos remite a las categorías kantianas que se denominan fenómeno y noúmeno. Fenómeno

es lo captado sensorialmente, objeto del conocimiento sensible. Podríamos referirnos a ello diciendo que se trata de la cosa tal como se manifiesta “en mí”. Noúmeno es la cosa pensada, objeto del conocimiento racional, lo que suele denominarse “la cosa en sí”, un producto de la interpretación que hacemos a partir de lo que podemos captar sensorialmente. La importancia de esta distinción se revela en toda su magnitud si tenemos en cuenta que nuestros órganos sensoriales son estrechísimas ventanas abiertas a la inmensidad de un mundo cuyas características inferimos con nuestra razón a partir de los productos de nuestra percepción.

Veamos algunos datos aportados por el insigne biólogo Edward Wilson (en su libro *Consilience: la unidad del conocimiento*). La luz visible para nuestros ojos humanos es un infinitesimal campo de radiaciones electromagnéticas que comprende las longitudes de onda entre 400 y 700 nanómetros (mil millonésimas partes de un metro) dentro de un espectro que no vemos (pero que llega de todos modos a nuestro organismo) que va desde las ondas gamas, tres mil millones de veces más cortas, hasta las ondas de radio tres mil millones de veces más largas. Más allá de los 400 nanómetros, las mariposas que polinizan las flores ven “en colores” ultravioletas, en los pétalos que nosotros vemos uniformemente blancos o amarillos, las marcas que les indican el acceso a las fuentes de néctar.

Algo similar ocurre con nuestro rango de ondas audibles, que va desde 20 a 20.000 Hertz (ciclos de compresión de aire por segundo), mientras que los murciélagos, por ejemplo, sintonizan pulsos ultrasónicos para el oído humano y escuchan mediante el eco la localización de los insectos que atrapan con toda precisión. Otros organismos, como es el caso de algunos peces, “viven en un mundo” de electricidad galvánica con electrorreceptores que les permiten percibir medidas, formas y movimientos en el agua oscura. Es pues a través del pensamiento que, construyendo instrumentos que amplifican la capacidad de nuestros sentidos, nos

movemos en un espectro racionalmente construido, que abarca desde la trayectoria de una partícula subatómica hasta el remoto nacimiento de las estrellas que se ubican a miles de años luz en distantes galaxias. El orden de magnitud que separa esas dos “percepciones” de la consciencia humana corresponde a un uno seguido de 37 ceros.

Una vez admitido que percibir es interpretar la presencia de un conjunto entero a partir del registro de una de sus partes (según el principio al que alude la expresión *pars pro toto*), nos encontramos con el proceso que denominamos significación, dentro del cual Susanne Langer, en su famosísimo libro *Nueva clave de la filosofía*, distingue entre signos y símbolos.

Un signo, sostiene Langer, indica una presencia, como sucede cuando el abrigo colgado en el perchero le indica a la secretaria que ha llegado el jefe. Si el jefe se hubiera olvidado el día anterior de llevarse el abrigo, el ejemplo nos permitiría contemplar otras dos posibilidades: si la secretaria ignorara ese dato, interpretaría erróneamente el abrigo como un signo, como sucede en el caso del sombrero de *cowboy*; si en cambio lo supiera (o lo aceptara), el abrigo pasaría a funcionar, de acuerdo con lo que afirma Langer, como un símbolo que re-presenta a un jefe ausente.

Distinguimos así los signos propiamente dichos de los símbolos. Y distinguimos también entre presencias y ausencias, pero es necesario reparar en que una ausencia es siempre una ausencia de algo, una particular ausencia “específica” que se define por el hecho de que poseemos una representación de aquello que registramos como ausente.

La *parte* que registramos “físicamente” (se trate, como el abrigo del jefe, de un signo o de un símbolo) se diferencia de nuestras rememoraciones “psíquicas” por el hecho de que “llega” a la consciencia, como captación sensorial. Podemos decir,

metafóricamente, que llega por una particular “ventana” que pone, a todo lo que pasa por ella, una etiqueta que dice “existe físicamente” (a esto se refiere Freud con la expresión “signos de realidad objetiva”).

El *todo*, que interpretamos “mentalmente” (como el jefe), nos llega, por otro camino, como una rememoración que denominamos re-presentación (que carece, por supuesto, de los “signos de realidad objetiva”) y que necesitamos para identificar (interpretar) qué (o quién) es aquello que se halla presente o ausente.

Tenemos, pues, dos tipos de discriminaciones: una es la que se realiza, mediante la percepción, entre una presencia física percibida y una ausencia física rememorada; la otra es la que distingue, mediante la rememoración, la identidad de un objeto entre otros. Queda claro, entonces, que la percepción (para poder identificar lo que percibe) lleva implícita la rememoración (sea consciente o inconsciente). La observación permite constatar, además, que la rememoración surge siempre excitada por una captación sensorial que puede ser consciente o inconsciente.

Señalemos que mientras que la presencia o la ausencia de la *parte* es un hecho que depende de los signos de cualidad objetiva como característica sensorial primaria que capacita para la primera discriminación, la presencia o ausencia del conjunto entero que denominamos el *todo* (como identificación de un determinado objeto “completo”) es el producto de una interpretación que depende de un contexto. El cartel que anuncia en una ruta una estación de servicio a 500 metros de distancia será interpretado como la indicación de una presencia por un automovilista que viaja a 100 kilómetros por hora, pero será registrado como la noticia de una ausencia para el que debe llegar a la estación empujando su automóvil. Frente a un hombre con una pierna artificial, solemos ver la ausencia de su pierna original, pero un fabricante

de prótesis verá muy probablemente la presencia de una pierna, buena o mala, de reemplazo.

Cabe agregar, por último, que, de la combinatoria de captación de presencia y rememoración que configuran la percepción como interpretación, surgen, esquemáticamente, dos posibilidades que, tal como señala Bertrand Russell (*The Analysis of Mind*), conviene distinguir. Una (propia de la física), cuando el objeto permanece inmóvil y giramos a su alrededor, integrando los sucesivos *scorzos*, que son puntos de vista, en un objeto completo. La otra (propia de la psicología), si, en cambio, permanecemos en un mismo lugar y, desde allí, desde ese centro “personal”, contemplamos el entorno integrando los sucesivos “panoramas”, como “perspectiva” espacial, o como “biografía” temporal, de lo que denominamos mundo o circunstancia.

Actualidades y reactualizaciones (sensaciones y recuerdos)

No cabe duda de la importancia que Freud le concedió, desde el principio de su obra, al afecto, que constituía, en sus apreciaciones teóricas, el único y verdadero motivo de la represión. Sin embargo, aun cuando afirmó que es necesario “perseguir por separado” los destinos que la represión impone al afecto de los que impone a la parte eidética de la representación (y aunque en un artículo que escribió en francés utiliza la expresión “valor afectivo”), en sus trabajos de metapsicología redujo el afecto a lo que denominó un *quantum* o “suma de excitación”, sosteniendo que la cualidad del afecto era aportada por la idea inconsciente que constituía la otra parte de la representación.

A pesar de ese uso “clásico” del término representación, cuando progresamos en las relaciones de la percepción con el pensamiento y la rememoración, y las de la sensación con el sentimiento y los recuerdos

(que comprometen afectos), nos vimos forzados a sostener que el equivalente, para la sensación, de lo que constituye la representación para el caso de la percepción deberíamos denominarlo “reactualización”.

Reparemos en que (tal como lo expresamos en “Cómo nace y se formula la interpretación psicoanalítica”) es importante subrayar que *actualidad no es lo mismo que presencia*. De acuerdo con lo que establece la teoría psicoanalítica, podemos reducir los referentes de cada discurso a tres fundamentales. El recuerdo “evocado” (que, desde un punto de vista metapsicológico, es también un deseo, ya que ambos se constituyen como recarga de una huella mnémica), la sensación “somática” (es decir, algo que se clasifica como corporal, como sucede, por ejemplo, con el frío o con el hambre) y la percepción (que en sentido riguroso sólo refiere a los objetos del mundo que llamamos físico). Cada sentimiento, cada actitud, cada pensamiento, siempre podrá ser comprendido como una combinación de esos tres referentes: percepción, sensación y evocación.

Cuando algo es “material”, y está “presente”, es porque se lo percibe por medio de los sentidos y posee lo que el psicoanálisis denomina “*signos de cualidad sensorial*”. La llamada “percepción interna”, o de los procesos de conciencia, es siempre secundaria, ya que en gran parte depende de los “*signos de descarga lingüística*”, que provienen de su ligadura con los restos mnémicos de la percepción, y que son los que nos permiten establecer la categoría de lo que denominamos “mental”. (No es sólo el superyó, por lo tanto, el que habla con palabras oídas, sino que todo recuerdo, deseo o pensamiento que se hace consciente lo logra gracias a los restos mnémicos de la percepción, fundamentalmente acústicos, pero también visuales.)

En cuanto a las sensaciones que llamamos “corporales” y que permanecen indisolublemente unidas a lo que denominamos afectos, hasta el punto que precisamente tales sensaciones constituyen su característica más importante, podemos decir que se manifiestan mediante “*signos de actualidad*”, los cuales cumplen, para el caso de la sensación, una

función análoga a la que cumplen los signos de cualidad sensorial para las percepciones. (Frente a esa capacidad de “examen de la realidad”, Freud señala —en nota al pie de su artículo “Complemento metapsicológico a la teoría de los sueños”— que cabe distinguirla de otra, que denomina “examen de actualidad”).

De modo que, en lo que respecta a la teoría psicoanalítica, *actualidad no equivale a presencia*. Presente es aquello que se percibe materialmente, en el mundo, y actual es lo que actúa desde la sensación, sobre el cuerpo. Un alfiler presente puede producir entonces un dolor actual. Dado que los afectos son actuales, es necesario tener en cuenta que, en última instancia, *psicoanalizar lleva implícito prestar más atención a la actualidad que a la presencia*.

La palabra “actual” (originada en el latín *actualis*) alude a la palabra “acto”, que proviene del vocablo *actus*, derivado de *agere*, cuyo significado es “llevar a cabo”, “mover hacia adelante”, “hacer”. Dado que *agere* es una palabra que funciona, al mismo tiempo, como participio pasivo (lo que está hecho) y como sustantivo verbal (“el hacer” que se está haciendo “ahora”, en el momento en que se habla) se explica que “actual” condense dos significados distintos. En inglés, por ejemplo, se usa *actually* (derivado de *actus*) únicamente para referirse a la realidad “de los hechos” y nunca para aludir al tiempo presente, que difiere del pasado y del futuro.

De modo que nuestro “actualmente” no se traduce, al inglés, por *actually*, sino por *present*. En castellano, en cambio, el significado de “real” que posee el vocablo “actual” (como antónimo de virtual y de potencial) ha caído en desuso, y los términos “actual”, “actualidad” y “actualmente”, en la inmensa mayoría de los casos, se refieren todos ellos al tiempo del momento en que se habla (que denominamos tiempo presente).

Disponemos en nuestro idioma, entonces, de dos palabras, “presente” y “actual”, para referirnos a la cualidad temporal que

designamos cuando decimos “ahora”, pero necesitamos, también, identificar algún término que nos permita convocar el significado de un acontecimiento que se diferencia de lo que, en forma de potencia, permanece latente, para manifestarse en un acto como algo, activo, que obra ejerciendo una acción que (sin olvidar que, además, es contemporánea con la palabra que la designa) se ejerce realmente. El vocablo “presente” no satisface adecuadamente esa necesidad, porque, por su origen, lleva implícita una fuerte connotación espacial de “presencia”, que lo separa demasiado del “ahora” temporal en el que ocurre una acción que se define como un acontecer “real”.

La palabra “actual”, y su derivado “actualización”, se presta especialmente para referirnos al carácter de “realidad” que posee, como ejecución de una acción, el acto cuyos antónimos “potencia”, “latencia” o “virtualidad” señalan de manera mucho más adecuada que el término “ausencia” el de-facto (lo no hecho) de un acontecimiento supuesto (porque la palabra “ausencia” comparte la fuerte connotación espacial que señalamos al referirnos al vocablo “presente”).

Aquello que se constituye como “noticia” de una falta no sólo se define como ausente en el espacio, configurando lo que suele denominarse un “objeto”, sino también, y con mayor significancia, como un acto omitido en el tiempo que, transformado en inacción, se quedó “en potencia”. No debemos olvidar, mientras tanto, que la realidad del acto, y la temporalidad que lo ubica en un particular “ahora”, son dos aspectos de un mismo suceso (el psicoanálisis involucra, inevitablemente, esos dos aspectos cuando sostiene que existen “neurosis actuales”).

Así como sucede que cuando decimos que “presenciamos” algo queda implícito que lo percibimos (como percepción “objetiva”), podemos decir que cuando “actualizamos” algo (que

antes sólo existía latente, en potencia) queda implícito que lo sentimos (como sensación “subjetiva”). Del mismo modo que la percepción sólo es posible gracias a que una rememoración (no siempre consciente) colabora para que podamos “reconocer” la identidad de lo que percibimos, la sensación sólo es posible gracias a que un recuerdo “afectivo” (como es el caso de lo que se denomina “*souvenir*” o “*saudades*”) colabora (no siempre de manera consciente) para que podamos “reconocer” la identidad de lo que sentimos.

Freud diferencia entre una identidad “de pensamiento” y una identidad “de percepción”, propia de la alucinación, cuando afirma que ese proceso “de identificación” puede transcurrir de una manera adecuada o inadecuada, dado que la intensidad de las investiduras puede conducir a la confusión de lo rememorado con lo percibido, ignorando que lo que se rememora carece de los “signos de realidad” que caracterizan a lo que se percibe.

Es importante recordar ahora que, frente a esa capacidad de “examen de la realidad”, señala (en nota al pie de su artículo “Complemento metapsicológico a la teoría de los sueños”, y por única vez, de acuerdo con lo que afirma Strachey) que cabe distinguirla de otra, que denomina “examen de actualidad”. Podemos suponer, de manera análoga (a lo que ocurre con las identidades de pensamiento y percepción), y por motivos semejantes, que (tal como lo afirma Gustavo Chiozza en “Acerca de las relaciones entre presencia, ausencia, actualidad y latencia”) es posible distinguir entre una identidad de sentimiento y una identidad de sensación. En esta última, sucede que un examen de actualidad inadecuado conduce a una deformación catatímica de la circunstancia actual.

Es cierto que la abundante literatura acerca de la percepción nos permite comprobar que, junto con numerosas indagaciones

que nos han enriquecido con conocimientos valiosos, muchos enigmas irresueltos persisten, pero debemos admitir que, cuando se trata de la sensación, la situación empeora. Se suele reconocer, por ejemplo, que la sensación parece formar parte, en todos los casos, de la percepción (aunque, muchas veces, el acento abandone la sensación para recaer, entero, sobre la percepción), pero también se incurre en pensar que no toda sensación se acompaña con una percepción.

En cuanto a lo que aproxima la sensación a la percepción, reparemos en que la palabra “seso”, con la cual se suele denominar al cerebro, proviene del latín *sensus*. A partir de la muy rica raíz “sen”, del verbo *sentire*, que también significa oír, involucra al sentido y a la percepción por los sentidos. Pero, además, al procesado de esas sensaciones, a la reflexión a partir de ellas, al pensamiento y a la capacidad de emitir un juicio u opinión bien formada. En definitiva, involucra el resultado de sentir y pensar a la vez y, si se quiere, al “sentido común”. La persona sensata es la bien dotada de *sensus* o de seso, y el insensato es el que se comporta como si careciera de él. (Es el necio, el ignorante, a quien le falta *scire*, que es una forma del saber que posee el dotado de *scientia* y de consciencia.)

Muchísimas palabras llevan la raíz “sen”, como, por ejemplo, sentido y sinsentido, sentir (en su origen sentir y pensar), sentencia, consenso, disensión, asentir, presentir, resentir, centinela y sensación. Incluso se suelen relacionar con ellas palabras como señor (de *senior*), senectud y senado. Reparemos también en que suele consignarse que el término “sensación”, que proviene del latín *sentatio*, con el significado de “impresión capturada por los sentidos” (en italiano, *sensazione*; francés, *sensation*; inglés, *sensation*; portugués, *sensação*), se construye con el verbo *sentire* (derivado, como hemos dicho, de “sen”) más el sufijo “ción”, que significa “acción y efecto”, pero debemos señalar, además, que la raíz “sen” proviene del indoeuropeo *sent*, que incluye el

significado de “ir”, como en alemán antiguo *sinnan* (ir, viajar, anhelar), anglosajón *sið*, irlandés antiguo *set*, o galés *hynt*. Podría también estar emparentado con el inglés *send*, o alemán moderno *senden* (enviar). En latín, podría haber obtenido su significado figurativamente, como en “ir y encontrar su camino (usando los sentidos)”. En alemán moderno, *Sinn* significa también “sentido, mente”, o *sinnen*, pensar, derivado probablemente de la acepción “anhelar”, o “tener en mente”. Señalemos, por fin, que la palabra “sentido” se utiliza para señalar lo que se siente, pero también para referirse a la dirección hacia la cual algo, o alguien, se mueve.

A pesar de los frecuentes y contradictorios vaivenes de la ciencia, que tan pronto distinguen como homologan sensación y percepción (recordemos que el mismo Freud se refiere, a veces, a una percepción “interna”), es posible extraer algunas pocas precisiones que se repiten y parecen atinadas. Señalemos, en primer lugar, que la percepción parece llevar implícito un pensamiento, y la sensación, un sentimiento. También parece atinado subrayar que, cuando hablamos de percepción y de “presencias”, estamos identificando “objetos” que ocupan un lugar en el espacio.

Todas esas “presencias” de objetos se rememoran como representaciones, y aunque el prototipo más característico lo encontramos en las imágenes visuales, esto sucede también cuando se trata de lo que oímos, tocamos, olemos o saboreamos. Cuando hablamos de sensación, en cambio, el “objeto” que la atención define (centrándose, más que en el espacio, en su duración en el tiempo) lo encontramos en uno mismo, mientras que, en su evocación mnémica, como ya señalamos, el acento recae en el afecto.

Recordemos aquí lo que mencionamos (finalizando el primer apartado) sobre las dos posibilidades que, acerca de la percepción,

señala Bertrand Russell. Una, propia de la física, en la cual el objeto permanece inmóvil y giramos a su alrededor; y la otra, propia de la psicología, en la cual permanecemos en un mismo lugar y, desde ese centro “personal”, integramos los sucesivos “panoramas” como “perspectiva” espacial o como “biografía” temporal.

Nuestro ánimo se inclina, frecuentemente, hacia la idea de que la sensación proviene de una vida “interior”, psíquica, ideal o mental, y la percepción, en cambio, de una realidad “exterior”, material y física, aunque la atención suele formar parte de la percepción. Pero, más allá de que los mundos interior y exterior funcionan, a menudo, como metáforas marchitas, esto no impide que toda sensación sea una sensación “de”, y que el sujeto que experimenta, por ejemplo, una sensación de frío, dolorosa, de desasosiego o de angustia la atribuya a una especie de “objeto indefinido” que habita en un mundo que (más allá de ser externo o interno) desde allí lo sujeta o, en otras palabras, lo transforma en lo que habitualmente denominamos “sujeto”.

Lo reconocemos así cuando distinguimos entre una identidad de sensación y una identidad de sentimiento, dado que esas dos identidades se construyen en la relación que la sensación establece entre uno mismo y el mundo. La sensación y la percepción, entonces, no sólo se implican recíprocamente, sino que ambas existen en esa relación de una persona y su entorno. (Recordemos, en este punto, la discrepancia que Ángel Garma [1956] establece con Freud, cuando, refiriéndose a la génesis del juicio de realidad, sostiene que a la agencia yoica le resulta más fácil, gracias a la posibilidad de reprimir, librarse de un estímulo traumático interno que de uno exterior.)

Suponer que pueden existir sensaciones “exentas” de percepciones nos reintroduce en un prejuicio semejante al que (implícito

en su denominación) nos puede inducir a creer que el proceso primario “precede” al secundario y puede, por sí sólo, preservar la supervivencia. Parece atinado, en cambio, sostener que, así como la conjunción de los procesos primario y secundario es inherente, en un organismo, al mantenimiento de su vida, la conjunción de sensación y percepción es inherente a la función de una consciencia.

Más adelante volveremos sobre la inseparable conjunción de los procesos primario y secundario, inherente a la relación de significación, implícita en lo que suele denominarse “capacidad simbólica” (de la que también nos ocuparemos luego). Cabe señalar ahora, sin embargo, que en esa “amalgama exitosa” de los procesos primario y secundario, *que constituye la manifestación principal de la vida*, podemos discriminar entre una identidad de sensación, que corresponde a lo que denominamos transferencia masiva (en la cual —“confundiendo” el símbolo con lo simbolizado— se incurre en lo que los kleinianos han llamado una “ecuación simbólica”), y una identidad de sentimiento, que corresponde a una transferencia “saludable” que funciona como un adecuado instrumento del ejercicio cognoscitivo (en la cual se conserva la noción del “como sí”, esa imprescindible capacidad de la vida que permite valorar el “trecho” que va “del dicho al hecho”).

Los afectos y sus vicisitudes

Resumiremos, en este apartado, ideas expuestas en “Acerca de la relación entre sensación somática y afecto” y en “Los afectos y sus vicisitudes”. Comencemos por recordar que, desde la metapsicología, los afectos son “procesos de descarga” que se manifiestan en una actividad motriz o secretoria que produce una alteración

del propio cuerpo y cuyas últimas manifestaciones son percibidas como sentimientos; las acciones, en cambio, en movimientos destinados a la alteración del mundo.

Freud afirma (en “Lo inconsciente”) que no existen afectos inconscientes en el mismo sentido en que existen ideas inconscientes, dado que las ideas inconscientes son investiduras de huellas mnémicas, y en ese sentido son actuales, mientras que, cuando hablamos de afectos inconscientes, nos estamos refiriendo a estructuras afectivas que son disposiciones; constituyen, en ese sentido, un “potencial comienzo” (un amago) que no se desarrolla.

Es importante reparar en que, en realidad, no existen afectos “retenidos”, dado que los afectos siempre se descargan. Cuando un afecto reprimido se expresa a través de un sustituto, como, por ejemplo, una conducta, es porque ha desplazado sobre él su investidura. La “pérdida” de su investidura inconsciente, transferida sobre el sustituto, lo “priva” de su cualidad de afecto para “transformarlo” en una disposición latente.

Las funciones motoras o secretoras que corresponden a la descarga afectiva dependen de inervaciones que son “excitadas” de acuerdo con una “clave” (una estructura afectiva disposicional inconsciente) que determina la distinta cualidad de cada afecto y que existe bajo la forma de una idea inconsciente. En estos enunciados metapsicológicos, que culminan alrededor de 1915, se mantiene la disociación cuerpo-mente que es propia del paralelismo. Las inervaciones son físicas; la clave es anímica.

Señalemos, además, que mientras que la palabra “inervación” se usa profusamente, la palabra “clave” se menciona una sola vez (en *La interpretación de los sueños*) en toda la obra freudiana. Sin embargo, la existencia de esa clave de inervación permite comprender que las disposiciones inconscientes al desarrollo afectivo son

diferentes y específicas de cada particular afecto, y también que la enfermedad somática se constituye a partir de un modo particular de “sofocación” del afecto.

En la neurosis, se evita el displacer que proviene del sistema “moral” reprimiendo el afecto que corresponde al deseo (se puede, además, substituir, como sucede en la fobia, la representación del objeto ligado a la descarga afectiva). En la psicopatía (recordemos que la perversión es el negativo de la neurosis), el afecto reprimido es el que corresponde a la condena moral. En la psicosis, mediante una alteración en la percepción de la realidad, se sustituye un afecto, penoso, por otro acorde con la realidad ficticia. (Tal como señala Freud en “La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis”, mientras que en la psicosis se altera de manera directa la percepción de la realidad, en la neurosis, en cambio, se la deforma de manera indirecta —catatímicamente—, mediante el producto de un primer movimiento represivo que actuó sobre la tendencia rechazada.)

En la enfermedad somática, por fin (que, desde este punto de vista, podemos llamar “patosomatosis”), la investidura afectiva se desplaza sobre una de las inervaciones de la clave, generando así una descarga que, desprovista de su significado original, afectivo, será categorizada como una alteración (una “afección”) somática.

Años después de haber realizado este planteo (expuesto en “La enfermedad de los afectos”), cuando nos ocupamos de investigar el significado inconsciente específico de la esclerosis múltiple (en “Ideas para una concepción psicoanalítica de la esclerosis en placas”), se hizo evidente que el fructífero concepto de “clave de inervación” podría ser aplicado también para la descarga en la acción motora ligada con la satisfacción del deseo. Se consolida de este modo la idea (que expusimos en “La transformación del

afecto en lenguaje”) de que la descarga del afecto forma una serie complementaria con la descarga lograda mediante la acción eficaz.

No se agotan, sin embargo, en este punto, las repercusiones que tiene para la teoría el concepto de “clave de inervación”. Nuevas reflexiones (en *“Body, Affect and Language”*) nos llevan a pensar, a partir de la idea de “clave”, que el deseo se entreteje con los materiales que provienen de la sensación “somática” de un modo similar a como el recuerdo se entreteje con los que provienen de la percepción.

Las inervaciones motoras o las descargas que corresponden a cada particular afecto se acompañan de la percepción de las acciones ocurridas y de las sensaciones de placer o displacer que otorgan, a cada uno de ellos, su tono dominante. El núcleo que mantiene unido al conjunto es la repetición de una vivencia significativa, una “reminiscencia”, que Freud ubica en la filogenia. De modo que (en “Conferencias de introducción al psicoanálisis”) concluye afirmando que “el ataque histérico es comparable a un afecto individual neoformado, y el afecto normal, a la expresión de una histeria general que se ha hecho hereditaria”. En “Inhibición, síntoma y angustia”, lo repetirá con otras palabras: el afecto es un símbolo mnémico que equivale a un ataque histérico típico, universal y congénito.

Los términos “vivencia significativa”, “reminiscencia” y “símbolo mnémico”, referidos a la filogenia, poseen, en la obra de Freud, un significado preciso. En el dibujo con el cual esquematiza (siempre en “Conferencias de introducción al psicoanálisis”) el concepto de las series complementarias en la etiología de las neurosis, usa el término “prehistoria” para referirse a los factores universales y congénitos. Cuando se ocupa de esclarecer la formación de los síntomas histéricos, señala que están determinados

por las escenas cuyos restos mnémicos esos síntomas “figuran” (en “Cinco conferencias sobre psicoanálisis”).

Esos “restos” son símbolos mnémicos, reminiscencias o monumentos conmemorativos, que se esclarecen en su particularidad, por la referencia a la escena traumática, propia de la historia individual, que esos síntomas conmemoran. En “Inhibición, síntoma y angustia”, escribe: “Si uno quiere explicar el ataque histérico, no tiene más que buscar la situación en que los movimientos correspondientes formaron parte de una acción justificada”.

Freud (ya en *Estudios sobre la histeria*) sostiene que las sensaciones e inervaciones de la histeria “pertenecen a la ‘expresión de las emociones’, que, como nos lo ha enseñado Darwin (en *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*), consiste en operaciones en su origen provistas de sentido y acordes a un fin, por más que hoy se encuentren en la mayoría de los casos debilitadas a punto tal que su expresión lingüística nos parezca una transferencia figural...”.

En resumen: en este grupo de ideas el afecto aparece como una estructura “doble”, descarga somática por un lado y reminiscencia psíquica por el otro. ¿Esto significa que nace simultáneamente en el cuerpo y en el alma, o que está formado por una mezcla de ambas cualidades? Creo que la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis (de la que nos ocuparemos luego) nos autoriza a suponer que la conciencia registra dos aspectos, la descarga física y la significación histórica, de una misma realidad inconsciente, el desarrollo de afecto que, en sí mismo, “carece” de esas dos categorías.

La equivalencia entre histeria y afecto, que encontramos ya en los comienzos del psicoanálisis, permite comprender que, así como el síntoma histérico constituye un acto motor “justificado” (es decir, comprensible en su sentido) en la escena del pasado individual que le dio origen, el afecto constituye

un acto motor cuyo sentido se justifica en el pasado universal filogenético.

A partir de este punto y de la idea antes expresada, acerca de la deformación de la clave de innervación en las patosomatosis, podemos pensar que, tanto en la enfermedad somática como en el afecto, *cabe distinguir síntomas típicos*, que se constituyen mediante la deformación de una clave filogenética, como significaciones primarias, como “símbolos universales”, “prehistóricos”, “congénitos”, y *síntomas particulares*, que se constituyen como “símbolos mnémicos personales”, “históricos”, ontogenéticamente adquiridos, que se añaden a la patosomatosis como resignificaciones secundarias.

Ejemplo de los primeros lo encontramos en el ataque histérico y en las lesiones neuroaxíticas de la esclerosis en placas; ejemplo de los segundos, en los fenómenos “únicos” que determinan la particular astasiaabasia de Isabel de R., o los igualmente singulares que producen la muerte de un enfermo de cardiopatía isquémica en un tiempo y manera que conmemora un especial suceso de su vida pasada.

De acuerdo con cuanto llevamos dicho hasta aquí, en la enfermedad somática hay una parte que se manifiesta como un trastorno material típico y universal que corresponde a la deformación de una clave afectiva filogenéticamente formada, y una parte que se manifiesta como un trastorno material personal, propio y atípico, que debe corresponder a la deformación de la clave de un afecto personal y neoformado durante el desarrollo ontogenético.

Como hemos visto, Freud identificaba a la histeria misma con un afecto de ese tipo, pero estamos ahora en condiciones de comprender que la parte de la histeria que identificamos como típica es el resultado de la deformación de una clave filogenética, y que,

aunque la parte altamente personal de la histeria puede ser vista como la deformación de un afecto ontogenéticamente adquirido, no todos los afectos “nuevos” deben forzosamente descargarse, deformados, como síntomas histéricos o como resignificaciones secundarias de los síntomas que acompañan a las enfermedades somáticas.

En “Apuntes sobre metapsicología”, distinguimos los afectos secundarios, productos de la descarga de disposiciones atemperadas por el pensamiento y la cultura, de los afectos primarios, pasionales, productos de la descarga de disposiciones universales y congénitas. Años después (en “Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia” y “Una introducción al estudio de las claves de inervación de los afectos”) sostuvimos que existen afectos neoformados como producto de un desarrollo emocional “terciario” que actualiza disposiciones latentes que habitan el psiquismo bajo la forma de protoafectos que, en un cierto sentido, son “pre-sentimientos”.

Freud (en su “Proyecto de psicología”) señala que el niño, al principio de su desarrollo, para poder llevar a cabo la acción específica necesita de la asistencia ajena, y que aprende entonces a utilizar la descarga afectiva, que testimonia su particular necesidad, a los efectos de la comunicación. El afecto adquiere así, en palabras de Freud, la “importantísima función secundaria” de la comunicación. Uno podría, a partir de este párrafo, sentirse tentado a interpretar que el poder comunicativo del afecto es rudimentario, pero no es así.

Hemos sostenido que los afectos constituyen una serie complementaria con las acciones eficaces. Su emergencia indicaría, pues, una ineficacia en la acción. Freud ha escrito repetidamente que el displacer, y finalmente la angustia, puede ser utilizado como señal para evitar un desarrollo afectivo que expone a un

sufrimiento mayor. Si tenemos en cuenta que el afecto se constituye alrededor de una vivencia significativa como un monumento conmemorativo, o como un símbolo mnémico, llegamos a la conclusión de que la descarga afectiva no sólo es expresiva, sino que además es simbólica. Pero la cuestión, grávida de consecuencias, no se detiene en este punto; llegamos también a la conclusión (en “El psicoanálisis y los procesos cognitivos”) de que los afectos, a través de su tono dominante displacentero o placentero, no sólo motivan la represión, sino que determinan la finalidad de cualquier otro movimiento de la conducta humana. En otras palabras, determinan la significancia, la importancia del significado.

Aunque los afectos llegan a la conciencia sin necesidad de ligarse con palabras, la experiencia no sólo muestra que sentimos la necesidad de buscar nombres para los afectos inefables, sino que, además, buscamos identificar y nominar objetos y “lugares” perceptivos en relación con los cuales esos afectos surgen. El ejemplo más representativo de esa situación lo encontramos en el caso de la angustia. Cuando un afecto conflictivo queda sustituido por un equivalente afectivo que sólo se registra como sensación somática, la peregrinación del enfermo en la búsqueda de una alteración perceptible en su cuerpo, y un nombre para su enfermedad, resulta patética.

Weizsaecker (en “La historia clínica”) y Matthis (en *Strangebody*) han descripto de manera muy lograda dos conmovedoras historias que ejemplifican esa situación. Pero precisamente en ellas se ve con claridad que el problema no reside en la incapacidad para verbalizar afectos que se ha llamado alexitimia. Hay una pregunta genuina, acerca de la historia que se oculta en el síntoma, que el enfermo reprime, muchas veces con la ayuda del médico, pero se trata de una historia “biográfica”, que pertenece

a la ontogenia, y que va mucho más allá de la nominación de un afecto.

Cuando, en cambio, el paciente ya ha iniciado el camino que lo aleja de la recuperación del afecto implicado, casi siempre ha comenzado también una larga peregrinación en la búsqueda de nombres ficticios, se trate de afectos, como en el caso del síndrome de pánico, se trate de “objetos”, como en el caso del alcohol, el tabaco o determinadas personas, o se trate de enfermedades, como en el caso de la hipertensión “esencial”.

3. El nacimiento de una incipiente metahistoria

Cuando la vida se aprecia y se vive con la cara descubierta, nos enteramos de que la serpiente y el árbol del Edén no se presentan una sola vez, que funciona “de una vez para siempre”. Aunque le demos la espalda al escenario, nuestro corazón ya sabe que la función continúa, en cada una de las vidas, desde el instante en que se inician para florecer en lo existente, hasta la hora, fatal, en que todo lo hecho unirá su destino con lo apenas soñado.

Luis Chiozza, *¿Para qué y para quién vivimos?*

Más allá del principio de placer

En 1920 (en “Más allá del principio de placer”) Freud modifica su afirmación de que el conflicto nace cuando se oponen las pulsiones libidinosas y los intereses del yo, y sostiene que surge entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte. Unifica, entonces, bajo el signo de Eros, como pulsiones “de vida”, los intereses que procuran la “autoconservación” del yo, con las tendencias libidinosas que, en forma de amor propio, configuran el narcisismo, aclarando que no podremos distinguir, unos de otros, cuando permanecen como investiduras del ego.

Consignemos aquí que, en un principio, sostuvo que durante un período “autoerótico”, anterior a la constitución del yo y, por lo tanto, al narcisismo, las pulsiones cualitativamente diferenciadas, emanadas de las distintas zonas erógenas, no se integraban en

un conjunto unitario, aunque podían desplazarse y condensarse, erotizando otros órganos.

Debemos admitir, sin embargo, que, en dos circunstancias, por lo menos, el mismo Freud pone en tela de juicio su afirmación de que el autoerotismo precede al narcisismo. En primer lugar, en “Esquema del psicoanálisis”, en donde se refiere a un narcisismo primitivo “absoluto”, aclara que, “en verdad, el cuerpo íntegro es una zona erógena”. En segundo lugar, cuando sostiene que, durante la etapa autoerótica, existe una organización pregenital, “más laxa”. Señalemos, de paso, que (de acuerdo con lo que sostuvimos en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*) cuando contemplamos a esa organización pregenital desde la complementariedad que existe, en biología, entre el metabolismo y la reproducción, debemos reconocerle una indudable finalidad metabólica.

La idea de que la compulsión a la repetición (de situaciones que suelen ser penosas y destructivas) es lo suficientemente poderosa como para hacer caso omiso del principio de placer inicia el camino que conduce a Freud a postular que existen pulsiones de muerte. Su idea (que apoya en los principios de inercia, de constancia y de nirvana) consiste, en esencia, en que, mientras la vida permanentemente “introduce nuevas diferencias que tienen que ser agotadas viviéndolas” (lo que equivale a “ligar” los elementos en unidades más complejas), las pulsiones representadas por Tántatos, en cambio, tienden a retornar el organismo a lo inorgánico (rompiendo las ligaduras y descomponiéndolo en sus componentes más simples).

Esto lo conducirá, también, a describir, unos pocos años más tarde (en “Inhibición, síntoma y angustia”), cinco orígenes, distintos, de las resistencias. Sostuvo entonces que, junto a tres formas que se ejercen desde el yo, por obra de la represión, de la

transferencia y del beneficio secundario, es posible reconocer otras dos: una que proviene del superyó, surgida frente a la distancia que separa al yo de su ideal, y la otra del ello, debida a lo que en principio se llamó viscosidad de la libido y, posteriormente, compulsión a la repetición.

No cabe duda de que las ideas expuestas en “Más allá del principio de placer” (que lo condujeron a la postulación de un masoquismo primario) cambiaron las apreciaciones anteriores de Freud acerca del sadismo y del masoquismo, llevándolas más allá de la idea de una perversión como producto de una fijación pregenital y de su ligamen con los sentimientos de culpa y las fantasías de castigo.

Sin necesidad de sumarse a una polémica, dentro del psicoanálisis, acerca de los “principios” aducidos en “Más allá del principio de placer” (que comprometen actualmente aspectos complejos de la física cuántica, que escapan a nuestra competencia), y a pesar de que, como ha sido señalado por el mismo Freud, las afirmaciones más audaces que allí escribe no pueden ser llevadas con facilidad al terreno de las observaciones clínicas, cabe subrayar que, en lo que respecta al sadismo y el masoquismo, la consideración de las fijaciones pregenitales y de los sentimientos inconscientes de culpabilidad conserva todo su valor. Reparemos, además, en dos asuntos que nos parecen importantes.

El primero, menos trascendente, consiste en que podemos concebir un masoquismo “erógeno” que puede surgir, en condiciones “normales”, cuando frente a un dolor inevitable una cierta cuota de placer es convocada, desde “otro sistema”, con la finalidad de sobrellevar mejor el sufrimiento. Sabemos, por ejemplo, que un mono, en el momento en que un depredador lo apresa y comienza a devorarlo, segrega una dosis de endorfinas que atenúa su penuria. A partir de este punto, también podemos concebir que este

recurso, en ciertas circunstancias, puede llegar a convertirse en vicio, como sucede con algunas adicciones.

El segundo parte de una idea que expusimos con mayor detalle, y apoyándonos en algunos párrafos de Freud, en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*. Pensamos que (tal como sucede con la mente y el cuerpo) las cualidades de las pulsiones de vida y de muerte no son, en sí mismas, realidades ontológicas, sino que esas cualidades surgen como productos de la relación de esas pulsiones con la capacidad del yo que debe gestionarlas. Pasando del *more* geométrico al *more* lingüístico, podríamos decir, entonces: tus ángeles pueden llegar a ser mis demonios y, tal vez, mis demonios, tus ángeles.

No podemos dejar de consignar, sin embargo, que relativizar la realidad ontológica de las pulsiones “en su origen”, afirmando que sus “cualidades” tanáticas, o eróticas, surgen como una consecuencia de la capacidad del yo en su relación con ello, no significa negar que los procesos constructivos o destructivos que operan en el yo (o en lo que denominamos ello, habitado por las innumerables existencias anteriores del yo) poseen, inevitablemente, una realidad ontológica que, de acuerdo con lo que sostiene Ilya Prigogine, coloca a la vida en un permanente equilibrio inestable que la caracteriza.

En *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, decíamos que Freud (en “El Yo y el Ello”) escribe: “Hemos obrado como si en la vida anímica existiera una energía desplazable, indiferente en sí, pero susceptible de agregarse a un impulso erótico o destructor, cualitativamente diferenciado, e intensificar su carga general. Sin esta hipótesis nos sería imposible seguir adelante”; y también: “Declararé, pues, que dicha energía, desplazable e indiferente, que actúa probablemente tanto en el yo como en el ello, procede, a mi juicio, de la provisión de libido narcisista, siendo, por tanto, Eros desexualizado”. Ya anteriormente (en “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso

de paranoia —dementia paranoides— descrito autobiográficamente”) había escrito: “No se puede desechar la posibilidad de que las perturbaciones libidinales ejerzan unos efectos de contragolpe sobre las investiduras yoicas, como tampoco lo inverso, a saber, que alteraciones anormales en el interior del yo produzcan la perturbación secundaria o inducida de los procesos libidinales”.

Interpretando a la luz de estas tres citas los anteriores conceptos de Freud acerca de las zonas erógenas, podríamos pensar que la carga de los instintos de autoconservación, o sea, el interés, adquiere el nombre de libido, y constituye parte de los potenciales instintivos sexuales, en el mismo momento en que ya no se descarga en el funcionamiento del órgano que le da origen e invade las estructuras corporales vecinas (erotización). Dicho en otras palabras, la energía del instinto sexual emanada primariamente y como carga original (propia) de los órganos reproductores se enriquece mediante las cargas de interés emanadas de las funciones yoicas. Inversamente, las cargas sexuales que invaden y erotizan a las funciones yoicas se descargan mediante los actos del yo que tienden a la conservación y el *crecimiento*, sin que sea posible distinguirlas de las cargas del instinto de autoconservación. (El crecimiento, como producto de la *reproducción* celular, correspondería así a una fase “narcisista” de aquello que luego será la genitalidad, como si se tratara de un nexo o “pasaje” en el cual confluyen o se fusionan el interés y la libido narcisista en una organización pregenital “metabólica”, en la cual la identificación ocupa el lugar de la carga del objeto.)

Por fin, cabría suponer que aquellas cargas eróticas que no logran ligarse a través de un crecimiento armónico, o descargarse a través de la capacidad efectora del yo y se acumulan más allá de un cierto límite, constituyen los potenciales del instinto de muerte y actúan como un tóxico “tanatizando” a los órganos que han sido su fuente o a las estructuras corporales vecinas. En determinadas condiciones de la economía

tánato-libidinosa, estas cargas del instinto de muerte podrían nuevamente transferirse a los instintos sexuales, si nos atenemos a las siguientes palabras de Freud (en “El problema económico del masoquismo”): “También la excitación provocada por el dolor y el displacer ha de tener tal consecuencia” (aportar algún componente a la excitación del instinto sexual).

El yo y su relación con lo inconsciente

Freud utilizó la palabra “yo” para aludir, con ella, a dos referentes distintos. Uno de ellos se constituye como una “instancia” psíquica (un “grado jurisdiccional”), una agencia (una empresa o establecimiento con capacidad o facultad gestora propia o delegada) que ejerce funciones o actividades tales como la represión, la autoconservación, la autocrítica o el examen de la realidad.

Reparemos en que solemos pensar en la consciencia como si fuera “un lugar”, pero también podemos representarla como si se tratara de una luz que ilumina, o de una vibración que surge como una resonancia (de acuerdo con lo que Freud, en su “Proyecto de psicología”, caracterizaba como “período” en el sistema omega) y en que, desde ese punto de vista, puede muy bien ser considerada como una función del yo.

El otro referente que la palabra “yo” designa, en la teoría psicoanalítica, coincide con el significado que, dentro del uso habitual, la constituye como un pronombre personal. Alude a lo que los ingleses denominan *self*, y a lo que nos referimos, en castellano, cuando decimos “uno mismo”.

Cuando Freud señala (en “El Yo y el Ello”) que el yo es, ante todo, corporal, no se refiere a la agencia, se refiere a ese “uno mismo” que se constituye “en el espacio”, como un “esquema

corporal” (como una “interfaz” que podemos representar como una línea o como una superficie de contacto) y, en el tiempo, como una invariancia que nos permite reconocernos a pesar de que cambiamos.

Si dejamos de lado lo que piensa la señora que, cuando su psicoanalista le señala “necesitamos saber qué dice el inconsciente”, contesta que su marido seguramente no querrá concurrir a la consulta, con el término “inconsciente” también cabe distinguir entre dos significados. Uno descriptivo (*lo* inconsciente) y otro por obra del cual se lo considera un sistema (*el* inconsciente). El preconscious, que descriptivamente es inconsciente, pero que no ha sido reprimido y, por lo tanto, puede hacerse consciente con facilidad (así sucede cuando le preguntamos a una persona su nombre y apellido), desde el punto de vista sistemático, es consciente.

En el principio de su recorrido, Freud homologó a la instancia yoica con la consciencia, pero muy pronto se le presentó un problema. Si la represión es una función del ego y, al mismo tiempo, es evidente que (excepto en un primer instante en que comienza como un acto “voluntario”) la represión es inconsciente, una parte de la instancia yoica es inconsciente. (Luego veremos, con mayor detalle, que ese mismo problema se presenta para el caso de las representaciones y las reactualizaciones inconscientes, forzándonos a admitir que también existen “otras consciencias” que son inconscientes para la consciencia “habitual”.)

A partir de ese punto, Freud distingue entre un yo coherente y otras instancias yoicas que son inconscientes. En algunas ocasiones, señala que una parte del yo coherente es inconsciente; en otras, homologa a la consciencia con el yo coherente. Más importante aún es destacar que distingue entre un inconsciente reprimido (mediante una represión secundaria o propiamente dicha), que alguna vez fue

consciente, y otro, que nunca fue consciente, “no reprimido” (secundariamente), que fue objeto de una represión primordial que opera en el hipotético instante primitivo en que se constituye, junto con el organismo, la cisura (barrera de contracatexis) entre consciencia e inconsciente.

Se trata, en última instancia, de los esfuerzos de Freud para armonizar, en su metapsicología, una primera tópica, constituida por los sistemas consciente, preconsciente e inconsciente, con la segunda que establece, en 1923, cuando escribe “El Yo y el Ello”. Allí sostiene que el ello contiene las innumerables existencias anteriores (filogenéticas) del yo y, más tarde, en un artículo que lamentablemente quedó inconcluso (“La escisión del Yo en el proceso defensivo”) señala que existen aspectos disociados y reprimidos (secundariamente) del yo coherente, que permanecen inconscientes.

Cuando Freud, en su segunda tópica, transforma el sistema inconsciente en “la instancia” que denomina ello, toma el concepto de George Groddeck, para quien consistía, esencialmente, en una capacidad simbólica generadora de formas vitales que trascienden el ámbito de lo que constituye una persona. Pero no cabe duda de que, aunque Freud incluía en esa instancia al plasma germinal que se manifiesta, en una persona, como un “mandato” de la especie biológica que se constituye como humanidad en ese particular ser humano, su concepción ha dado pie para que se interprete que cada uno “viaja” por la vida con “su” ello, como si se tratara de algo (una especie de homínido primitivo) que le pertenece como una “instancia propia”.

No debemos desaprovechar la ocasión que esto no brinda para aclarar que, a pesar de la devoción con la que Viktor von Weizsaecker respetaba la obra de Freud, su concepción del ello incluye aspectos distintos, que amplían, sin menoscabarlo, el significado que

le otorgaba Freud. Weizsaecker utiliza la misma palabra, tal como podemos comprobarlo en lo que denomina “la formación del ello” (en su *Patosofía*, por ejemplo), para referirse a todo lo que no se reconoce como una parte inseparable de ese “uno mismo” que designamos con la palabra “yo”.

En cuanto al superyó, cabe decir, en primer lugar, que nace cuando, frente a las primeras identificaciones (que constituyen al yo desde su concepción como embrión), la “debilidad del yo incipiente” (que debemos reconocer como el principio explicativo — inexplicable en sí mismo, como ocurre en toda ciencia— a partir del que se construye la teoría psicoanalítica) le impide mantenerse unido y lo conduce a disociarse, separando en el proceso, junto con el ingreso que resulta intolerable, una parte de sí mismo.

Así se constituye el núcleo primitivo (que crecerá por “yuxtaposición” de disociaciones posteriores) de un superyó que, como una instancia que “tiene algo” de yoica y que, sin ser del todo propia, “nos habita” como una especie de personaje que viaja con nosotros (utilizando con frecuencia, en nuestro interior, la voz de nuestros padres).

Reparemos en que Freud, cuando sostiene que el superyó es un representante del ello ante el yo, subraya el origen filogenético del superyó que nace de las primeras identificaciones, como un testimonio de la profunda imbricación que existe entre natura y cultura. Sabemos que sobre ese núcleo primitivo se agregan los mandatos que aporta la sociedad dentro de la cual se vive y que, en los primeros años, opera a través de la relación entre un niño y sus progenitores.

Se trata de una instancia que ejerce sus funciones, fundamentalmente, desde lo inconsciente, y que, junto a los aspectos temidos (que surgen del recuerdo, traumático, del primer “encuentro” que condujo a su disociación), contiene otros, valorados, que se hubiera

preferido asimilar (hasta el punto que muchos de los preceptos que contiene terminan por quedar incorporados en la manera de ser y de proceder que denominamos carácter).

Es desde este punto de vista que el psicoanálisis ha subrayado que el superyó constituye siempre, en una de sus vertientes, un ideal del yo (algo que ya se expresa en la palabra “super”) y que, mientras no se lo incorpora, se genera un sentimiento de carencia y de deuda que puede operar, bien o mal, como una distancia medida o excesiva, estimulante o desmoralizante, entre el yo coherente y su ideal. Es lo que queremos significar cuando hablamos de un superyó maduro o inmaduro, tolerante o sádicamente cruel. No siempre tenemos en cuenta frente a esas figuras superyoicas (que podemos ver como ángeles o como demonios) que se trata, siempre, de relaciones cuyas cualidades también dependen de la capacidad del yo.

Reparemos, también, en que la distancia, medida o excesiva, que existe entre el yo y su ideal configura el inmenso capítulo de los sentimientos de culpa, con los cuales, muchas veces, preferimos enfrentarnos (tal como lo expusimos en *La culpa es mía. La construcción de la culpa*) antes que reconocer una impotencia que nos aterra. Existe en castellano una palabra, “falta”, que posee el maravilloso doble sentido (que también se da en italiano con el término *man-canza*) de carencia y deuda moral, que revela ese “camino abierto” desde la impotencia hacia la culpabilidad, y la inevitable movilidad de la vida que transcurre entre los verbos querer, poder y deber. Es un tema fundamental (que desarrollamos en “Sobre lo que nos hace falta” y en *Para qué y para quién vivimos*) que ha conducido a Freud y, sobre todo, a Weizsaecker a subrayar que toda enfermedad involucra, siempre (desde la ruina a la ruindad), un componente moral, en su doble aspecto de desánimo y desorientación ética, que reunimos, por ejemplo, en la palabra “desmoralización”.

Señalemos, por fin, que, entre las escisiones del yo que constituyen perturbaciones sumamente frecuentes en la formación del carácter, sobresalen tres, íntimamente vinculadas con los sentimientos inconscientes de culpabilidad, que dificultan los procesos de duelo inherentes a la prosecución de la vida. Llegan a configurar tres grandes entidades nosológicas, conocidas desde antiguo, y suelen sucederse, en su predominio, alternativamente, en distintos momentos de una misma persona o, también, en la existencia colectiva de un conjunto humano.

Se trata de la manía, la paranoia y la melancolía, a las que nos referiremos brevemente reproduciendo, en parte, lo que hemos escrito en *El interés en la vida*, en donde sostenemos, además, que se trata de tres hermanas que nacen de una misma madre (la escisión del yo íntimamente asociada con la identificación), y que, allí donde vemos una, están las otras dos.

Mencionemos, en relación con este tema, que la investigación psicosomatológica de numerosas enfermedades nos ha conducido a pensar que la comprensión de los significados inconscientes de los trastornos que llamamos somáticos puede enriquecerse cuando los contemplamos como otras tantas modalidades, cualitativamente distintas, de alguna de esas tres formas “clásicas” de una escisión inconsciente del ego que perturba el duelo que nos conduciría a una integración saludable.

En la primera de ellas, que podemos comparar con una suerte de prestidigitación (maníaca), sobresale la negación (el sucedáneo intelectual de la represión) de lo que nos causa desagrado y dolor. Como si se tratara de una compañera exuberante y descocada, que nos aconseja cortar camino desviando nuestra ruta hacia la meta que anhelamos, nos orienta, solamente, hacia los caminos fáciles. Nos dirá que ningún daño de importancia ha sucedido, y que podremos continuar la vida, alegremente, por el mismo trayecto.

Haciéndonos creer que el hada bienhechora concurrirá puntualmente a nuestra cita con ella, en la ruleta del casino, nos expone de modo ineludible al inevitable desengaño. Pero además nos conduce a perder lo mejor de la vida, que no reside en las cosas, sino en la manera en que llegamos a ellas.

En la segunda, que podemos comparar con una forma solemne de irresponsabilidad (paranoica), sobresale la proyección de aquella culpa que, con mayor urgencia, queremos “echar” sobre alguien que habita en nuestro entorno. Como si se tratara de una compañera desconfiada y artera, que nos aconseja, frente a los infortunios que frecuentemente ocurren en la vida, presentar los argumentos que demuestran que esa desgracia es sin duda una injusticia que da derecho a un reclamo, nos dirá que no hemos originado el perjuicio y que no nos corresponde buscar su solución. Nos expone, de ese modo, a perdurar el resto de la vida en una espera impotente, colmada de protestas, en la cual todo depende, por fin, de lo que un supuesto tribunal decida.

En la tercera, que podemos comparar con una lastimosa extorsión (melancólica), sobresale (por encima de las quejas que conservan un cierto tinte paranoide), el autorreproche, que, aunque “formalmente” se ejerce contra sí mismo, ocurre mientras la identidad, transferida sobre el hablante que pronuncia la sentencia acusadora (de una manera que puede ser cruel, arrogante y omnipotente), “se preserva de la crítica”. Como si se tratara de una compañera amarga y ñanosa, que nos aconseja inocular sentimientos de culpa en quienes nos rodean e inspirar una lástima que suponemos los conducirá a otorgarnos la única opción que les hemos dado, nos declamará que el daño lo hemos hecho, pero que no podemos repararlo, y que, dado que estamos muy afligidos, necesitamos que nos

atiendan, que nos consuelen y que nos aseguren que lo solucionarán. Nos expone, de ese modo, a perdurar alimentando, continuamente, los sufrimientos (con frecuencia secretamente erotizados) en los cuales se apoya la esperanza torpe de una meta imposible.

Edipo, Prometeo y Narciso (tres maneras de la vida)

Dado que el incesto y el parricidio constituyen el “contenido manifiesto” de la leyenda de Edipo, la primera cuestión que debemos preguntarnos, frente al complejo que lleva su nombre, apunta al significado que permanece oculto. Tal como lo consignamos en “Reflexiones sin consenso”, el planteo de Ángel Garma (en “Tres aspectos básicos de las resistencias transferenciales en las etapas finales del tratamiento psicoanalítico”), cuando sostiene que Edipo no es hijo de Layo y Yocasta, y que la leyenda oculta una inhibición de la genitalidad exogámica proyectando sobre ellas situaciones incestuosas, nos parece ejemplar, en la medida en que inicia una indagación acerca de las fantasías edípicas (y la inhibición del incesto) sobre las cuales se apoyan la civilización y la cultura.

Se trata de una indagación que no podremos abordar en esta ocasión. Nos detendremos, pues, frente a esa puerta, aunque otras cuestiones, sobre las que volveremos, nos conducirán otra vez ante ese mismo umbral. Subrayemos, de paso, que a pesar de que el Complejo de Edipo ha quedado, en el *more* geométrico de su metapsicología, convertido en un triángulo (en donde operan vectores, en una ecuación con cantidades positivas y negativas que resultan en un tercero excluido), Freud, con la leyenda, nos introduce, a través de Sófocles y Shakespeare, por ejemplo, en una incipiente metahistoria que, como teoría, no llegó a formular.

Mencionemos también que (tal como lo señalamos en “El falso privilegio del padre en el Complejo de Edipo”) en el drama que denominamos edípico las apariencias engañan, porque el padre no prohíbe al hijo algo que el padre puede (como el hijo falsamente supone) realizar, dado que, como es evidente, el padre tampoco realiza el incesto. La protesta y el sentimiento de injusticia que nacen en el hijo frente al padre que prohíbe el incesto, el drama que ocurre en la leyenda entre Edipo y Layo, es el producto de un malentendido. Reparemos, aquí, en que (tal como lo expusimos con mayor detalle en *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa*) el malentendido es la forma metahistórica de aquello que, desde la metapsicología, llamamos represión.

Si ese malentendido se deshace, la prohibición del incesto, y con ella el dolor de la renuncia a la madre, subsisten, pero ocurre que el conflicto ya no transcurre entre el padre y el hijo, sino que ambos, hermanados y solidarios, experimentan ese conflicto frente a las leyes de la naturaleza o de la cultura (como representantes, adecuados o inadecuados, de las exigencias de la realidad).

El dilema de la recíproca relación entre natura y cultura se nos ha convertido en el mismo que atañe al vínculo entre psiquis y soma, que (y no por casualidad) volvemos a encontrar en el fondo del malentendido edípico, acerca del cual podemos decir, esquematizando mucho, que en él se confunde el cuerpo material, de una mujer, con los roles funcionales, de madre y esposa, que en distintos momentos desempeña.

El tema de la evolución del Complejo de Edipo, que atraviesa el importante asunto de en qué proporción se elige, a partir de una condición creada por la bisexualidad constitucional del ser humano, entre “ser como”, o “tener a”, cada uno de los

progenitores, condujo a que Freud escribiera “El sepultamiento del Complejo de Edipo”. Allí se refiere a un destino “final” que describe con distintas palabras. Mientras por un lado sostiene que no ve razón alguna para denegar el nombre de represión al proceso, por otro afirma que, cuando se consuma idealmente, equivale a una destrucción y cancelación. Pero también afirma que, como resultado de las dolorosas desilusiones acontecidas, se va al fundamento.

Frente a lo que Freud sostiene, caben dos reflexiones. La primera, que surge de la experiencia psicoanalítica acumulada, nos conduce a pensar que no existen consumaciones ideales. La segunda, alimentada por la teoría que hemos aprendido, nos conduce a preguntarnos hasta qué punto puede decirse que lo que habita el fundamento no exterioriza efecto alguno. A partir de esas reflexiones escribimos (en ¿Por qué nos equivocamos?, por ejemplo) que, aunque una represión “exitosa” del Complejo de Edipo puede ponernos a cubierto de los trastornos psicopatológicos que conocemos desde antiguo, no nos protege de los retoños que nos “envía”, desde el fundamento, bajo la forma de los cuatro “gigantes del alma”, a los cuales, como consecuencia de su ubicuidad, consideramos “normales”: la envidia, los celos, la rivalidad y la culpa.

Narciso era un joven hermoso y, entre las jóvenes que se enamoraban de él, estaba la ninfa Eco, a quien Hera, disgustada por ella, había condenado a repetir las últimas palabras de aquello que se le dijera. Por eso era incapaz de hablarle a Narciso del amor que, frente a él, sentía. Un día, caminando por el bosque mientras ella, oculta, lo seguía, Narciso preguntó: “¿Hay alguien aquí?”, y Eco respondió: “Aquí, aquí”. Narciso entonces le gritó: “Ven”. Eco salió de entre los árboles con los brazos abiertos, pero Narciso, cruelmente, no aceptó su amor.

La ninfa desolada se ocultó en una cueva, en donde se consumió hasta que su voz fue lo único que quedó. Némesis, la diosa de la venganza, hizo que Narciso se enamorara de su propia imagen, reflejada en una fuente, de modo que acabó encontrando la muerte arrojándose a las aguas, en donde creció una hermosa flor que lo recuerda.

Cuando, a partir de lo que el mito nos relata, queremos enriquecer nuestra comprensión metahistórica de lo que el psicoanálisis, desde su metapsicología, denomina narcisismo, nos encontramos con algunos cuestionamientos que son ineludibles, y que nos conducen a pensar que una parte esencial, en el sufrimiento de Narciso, no coincide con la descripción teórica habitual del narcisismo.

Freud sostiene que ello ama al yo y a “un” objeto (cuya imagen, filogenéticamente, conserva). A partir de una única fuente, ello reparte su amor entre ambos. Gracias al amor con el que ello inviste al yo, el yo no sólo se ama, sino que también siente que una parte (más grande o más pequeña de ese amor) busca un objeto. Un objeto que ello reconoce y elige, a veces a través del yo, y otras veces “directamente”, sin que el yo “se entere”. Cuando esa parte del amor que el yo dedica al objeto se frustra, intenta recuperarlo, otra vez, para sí mismo, incluyendo, en el intento inconsciente, la recuperación de la investidura amorosa del objeto que ha partido de ello, sin mediación del yo.

Llamamos narcisismo primario al amor de ello por el yo, y narcisismo secundario a lo que se recupera, cuando retorna hacia el yo la investidura amorosa del objeto, independientemente de si esa investidura, en el origen, había partido de ello, en forma directa, o por intermedio del yo. En rigor de verdad, es importante no omitir que, además, en el trayecto entre el yo y los objetos, hay objetos “internos”, que nos permiten

describir una introversión de la libido, que juzgamos narcisista, por oposición a la investidura de los objetos del mundo real, pero objetal, en cambio, cuando la comparamos con el amor que se dedica al yo.

Si comparamos, ahora, el narcisismo metapsicológico con lo que le ocurre a Narciso, diremos (tal como lo hemos sostenido en “Reflexiones sin consenso”) que no se ama a sí mismo, ya que no sólo se entrega a una muerte precoz, sino que además, en algunas versiones del mito, sufre el hambre y la sed. El nombre “Narciso” le ha sido adjudicado por otros, que lo ven, así como él se ve reflejado en las aguas (o en el eco de su propia voz), y muy distinto de como él se siente. Ni el nombre ni el reflejo coinciden demasiado con lo que Freud interpretaba como un yo que ello ama. En lugar de amarse a sí mismo “desde adentro”, en su habilidad, sus sentimientos y sus deseos, se enajena para contemplarse como si fuera con ojos ajenos.

Para expresarlo del modo más breve, podemos afirmar (como lo hicimos en “Reflexiones sin consenso”) que si me miro en el espejo para decir: “¡Qué lindos ojos que tengo!”, es en el fondo como si dijera: “¡Qué lindos anteojos que tengo!”, porque, tanto en uno como en otro caso, desde el momento en que los “tengo”, es porque no soy ellos. Pero mis anteojos (y mis ojos también) son unos “aparatos” que están hechos para que yo mire a través de ellos, y no para que yo los mire. En cuanto yo me ame, a mí mismo, me amaré mirando, y viendo, un mundo poblado de objetos, en donde mis ojos y mis anteojos, tal como los veo en el espejo, desaparecen. Comprendemos así que la pérdida de Narciso es doble. Si cuando me miro en el espejo me amo con los ojos de la imaginada mujer que me ama, al mirar a través de ella soy incapaz de verla, y la pierdo, como pierde el distraído los anteojos, cuando los lleva puestos.

La conclusión que podemos extraer es sorprendente. Aquello que nos separa de los otros no es el amor con el que desde el narcisismo secundario nos amamos, y menos aún aquel con el cual ello, primariamente, nos ama; lo que le sucede a Narciso en el mito es precisamente lo contrario, por una carencia de investidura yoica (de autoestima, si se quiere) se enajena, de manera ilusoria, de sí mismo, intentando quererse, como si le fuera posible lograrlo, “desde un alma ajena”.

En esa debilidad yoica que permanece oculta, y que conduce a una estima exagerada de un ideal inalcanzable, reside el núcleo en torno del cual gira la patología “narcisista”. Si el conflicto de Edipo lo conduce al malentendido de un “querer” que, más que excesivo, es equívoco, el conflicto de Narciso, en cambio, lo conduce al malentendido de un “deber” igualmente equivocado.

Aunque Karl Abraham (en *Estudios sobre psicoanálisis y psiquiatría*) y Freud (en “Sobre la conquista del fuego”) realizan sendas investigaciones, muy valiosas, en los significados inconscientes del mito de Prometeo, sus conclusiones se limitan, en lo esencial, a destacar que el héroe simboliza, y atrae sobre sí, el malestar que la renuncia a la omnipotente satisfacción de las pulsiones instintivas introduce en la cultura.

Sin embargo, tal como lo expusimos en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, el ave que devora las entrañas representa el suplicio que acompaña al proceso de materializar los ideales, las “formas” que, desde ello, pugnan por realizarse en crecimiento, en procreación y en sublimación. Es lo que encontramos expresado, de manera inmejorable, cuando leemos que Prometeo, en el decir de Esquilo, fue el primero en distinguir, entre los sueños, los que han de convertirse en realidad.

Si bien diversas versiones, míticas y literarias, nos permiten contemplar una secuencia evolutiva en el drama constituido por

la gesta prometeica, su núcleo fundamental queda centrado en el suplicio que, cotidianamente renovado, lo doblega. Podemos decir, entonces, que mientras Edipo huye de la responsabilidad para permanecer atrapado, de manera paranoica, en una contienda dolorosa que proviene de un querer frustrado dentro del equívoco de una injusticia, y Narciso, huyendo de su carencia frente a un deber que se le antoja imposible, se refugia de un modo presuntuoso y maníaco, en un *pseudoself* prosopopéyico del cual no logra escapar, Prometeo, evitando enfrentarse con el duelo al que lo obligan los límites de su poder, se encuentra, sumergido en la melancolía, sorbiendo su propia hiel, en un suplicio inacabable al cual permanece encadenado.

Volviendo sobre lo que desarrollamos en *Corazón, hígado y cerebro* y en *¿Para qué y para quién vivimos?*, encontramos, en los tres personajes prototípicos, tres maneras de la vida que nos conducen a vivir en tres mundos. Un mundo edípico, perceptivo y sensual, en donde habitan los objetos que ello, a través de nosotros y con nuestro “corazón”, en el presente, *quiere*. Un mundo prometeico, sensitivo y sensato, poblado con las satisfacciones y las penurias que nuestro yo, con nuestro “hígado”, en un pasado que no ha terminado de ocurrir, *pudo* (o no pudo). Y un mundo narcisístico, normativo y sensible, en donde hay un conjunto de acciones ideales que nuestro superyó, a través de nosotros y con nuestro “cerebro”, transforma en una falta de algo que se *debe* en un futuro que ya ha comenzado.

III

Los fundamentos epistemológicos de la psicopatología

4. El rechazo del dualismo cartesiano

... de hecho se había superado con ello el paralelismo contenido en las series de los fenómenos psíquicos y somáticos, en la medida en que retornaba a una identidad que subyacía tras las paralelas, dado que el conflicto anímico no es otra cosa que la enfermedad del cuerpo como tal. Se puede observar cómo esta conceptualización de la identidad obtiene aquí de antemano la victoria sobre la causalidad recíproca, dado que solamente el modo de contemplación separa dos series que en su esencia se basan en una identidad.

Viktor von Weizsaecker, *Natur und Geist*, traducido por Dorrit Busch.

La trascendencia de las dos hipótesis fundamentales

El dualismo cartesiano que distingue entre una cosa extensa y otra pensante conduce al callejón sin salida que los filósofos suelen denominar aporía, porque si bien es cotidianamente evidente que los estados de ánimo influyen sobre el cuerpo y los órganos del cuerpo influyen sobre los estados de ánimo, carecemos de una tercera “cosa” que nos permita trazar un puente entre lo físico y lo psíquico. Tal como señala Gilbert Ryle (en *El concepto de lo mental*), dado que se trata de “interacciones” que no gozan del estatus de lo mental ni del de lo físico, se supone que no obedecen ni a las leyes conocidas de la física ni a las leyes que se han descubierto en psicología.

Freud, cuando postula en 1938 lo que considera las dos hipótesis fundamentales del psicoanálisis, rechaza enfáticamente el paralelismo psicofísico que surge de la formulación cartesiana. Si analizamos esas dos hipótesis fundamentales a la luz de su teoría de la libido y acerca del psiquismo inconsciente, llegamos a la conclusión de que Freud, apoyándose explícitamente en Kant, piensa que psíquico y físico son dos organizaciones del conocimiento, dos categorías que establece una consciencia que sólo puede “captar la cosa en sí” a través de sus derivados, accesibles a la sensibilidad. Lo psíquico, en principio inconsciente, se caracteriza por estar dotado de sentido en su doble connotación de sentimiento e intencionalidad, y se desarrolla en el tiempo configurando una historia. Lo físico, en cambio, se caracteriza por ocupar un lugar en el espacio y se hace presente a los órganos sensoriales a través de un conjunto de cualidades (precisamente organolépticas) que, como la temperatura o la dureza, consideramos “físicas”.

La teoría psicoanalítica de las zonas erógenas introduce claridad en este punto, y nos permite comprender que las formulaciones que Freud realiza al final de su vida ya estaban implícitas en el comienzo de su obra. Percibimos la boca y la estudiamos, en su anatomía y en su fisiología, con métodos que derivan de la percepción. Tenemos, por consiguiente, tanto de nuestra boca como de las ajenas, representaciones (la mayoría de las cuales no ocupan nuestra consciencia) que configuran nuestro conocimiento de la boca como un órgano que forma parte del cuerpo.

Freud sostuvo que la boca constituye una zona erógena, lo cual significa que es *fuentes* de una excitación que se genera a partir de impulsos instintivos que denomina orales, porque son específicos de ese órgano que los “origina”. Pero también significa que es *agente*, ya que es una parte del ego que gestiona, que “maneja”, esos

impulsos, y *objeto*, porque, como es evidente, cuando se besa en la boca (o con la satisfacción autoerótica) puede ser elegida como destinatario de las pulsiones orales.

Se configura así, “alrededor” de la boca, un conjunto de fantasías específicas, la mayor parte de las cuales permanecen inconscientes. Corresponden fundamentalmente al deseo y a la actividad de succionar (o lamer) y de morder, y llegan a la consciencia como sensaciones que son específicas y que contribuyen a constituir las representaciones (en términos de la metapsicología freudiana) que integran nuestro conocimiento de la boca como una parte de la vida psíquica. Esas sensaciones se acompañan con un componente de displacer o de placer que, dado que también es específico, denominamos oral. La palabra “oral” integra, pues, esos dos orígenes (perceptivo y sensitivo) de una boca que nos podemos representar, físicamente, como una parte del cuerpo, o “reactualizar”, psíquicamente, como una parte del alma, negando que, en última instancia, el cuerpo y el alma “disponen” de una misma boca.

Si bien el psicoanálisis centró sus estudios en las fantasías inconscientes orales, anales y genitales, que configuran una primacía, porque son las que predominan durante un período de la vida (y aquellas en las cuales el epitelio cutáneo se encuentra con el epitelio mucoso), Freud sostuvo que “en realidad pueden funcionar como zonas erógenas todos y cada uno de los órganos”, ya que “todo proceso ‘algo importante’ puede aportar sus *propios* componentes a la excitación general del instinto”. También sostuvo que ese componente importante, que forma parte de un proceso, puede (según el principio de la *pars pro toto*) “arrogarse la representación de ese proceso en su totalidad”.

Es evidente que la teoría psicoanalítica acerca de las zonas erógenas lleva implícita la postulación de fantasías inconscientes

específicas de los distintos órganos del cuerpo, pero, además, lleva también implícita la idea de que la función de las vísceras genera fantasías inconscientes con cualidades propias que “se originan” en los órganos mismos. En otras palabras: el psiquismo es inherente al cuerpo en su totalidad, y no se limita a ser un producto del funcionamiento del sistema nervioso.

En 1963, interpretando de este modo la teoría psicoanalítica de las zonas erógenas, afirmamos que existe una primacía hepática prenatal y describimos las características de las fantasías hepáticas, iniciando un camino que condujo a la investigación de distintas fantasías específicas de órganos (como el corazón o los riñones), de sistemas funcionales (como el visual o el inmunitario), de funciones o procesos elementales (como la inflamación o la exudación), y de enfermedades (como el cáncer o el SIDA). En 1969 (en un trabajo realizado con V. Laborde, E. Obstfeld y J. Pantolini) describimos las fantasías inconscientes inherentes a la acción farmacológica del opio, afirmando la posibilidad de que los alcaloides que contiene funcionen de manera opoterápica, es decir, reemplazando sustancias que habitualmente produce el organismo. En 1975 se descubren las endorfinas.

En distintos trabajos publicados a partir de 1970, sostuvimos que las fantasías inconscientes específicas de las estructuras materiales del cuerpo físico y de las funciones fisiológicas no son “generadas” (oponiéndonos a lo que, en algunos de sus escritos, que no concuerdan con lo que afirma luego, sostiene Freud) como representaciones del cuerpo en el psiquismo inconsciente, sino que son, en cambio, esas mismas estructuras y funciones contempladas desde la finalidad a la cual ellas se dirigen y en la cual encuentran su razón de ser.

En 1989, en un trabajo (“*Organsprache*. Una reconsideración actual del concepto freudiano”) acerca del concepto que Freud

resume en la expresión “lenguaje de órgano”, sostuvimos que esta concepción que identifica las distintas fantasías inconscientes específicas con las finalidades de las diversas funciones del cuerpo constituye la esencia de lo que Freud postula como segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, y que esa hipótesis ya se hallaba implícita en sus primeras concepciones acerca del psiquismo inconsciente.

A partir de 1974, y coincidiendo con la importancia creciente que el consenso le otorga a la intervención de los afectos en los procesos cognitivos, sostuvimos (tal como antes mencionamos) que los síntomas y signos de los trastornos corporales son el producto de una deformación que la represión impone a las descargas de los diferentes afectos. Recordemos que una idea esencial en la fundamentación de esas investigaciones surgió de lo que Freud afirmó en *La interpretación de los sueños*, cuando postuló que las diferencias cualitativas entre las distintas descargas afectivas dependían de la existencia de disposiciones innatas que, bajo la forma de “claves de inervación”, configuraban los diferentes afectos.

Podríamos hacer una larga lista relacionando afectos con síntomas y signos. Por ejemplo: el desaliento con la disnea, la envidia con la disquinesia biliar, o la ambición con los trastornos urinarios. ¿Estamos ahora en presencia de una simplificación como aquella en la cual incurrieron las primeras formulaciones acerca de las localizaciones cerebrales? Reparemos en que, cuando decimos que recordar es “volver al corazón”, queremos significar que el corazón se arroga la representación simbólica de las rememoraciones que transcurren con una sobresaliente participación afectiva. No afirmamos que recordar es el equivalente psíquico de la función cardíaca.

El proceso que sustituye la descarga normal de un afecto a través de su clave de inervación por una descarga deformada que

llega a la consciencia, como, por ejemplo, una arritmia cardíaca (o un cólico biliar), no se ejerce “únicamente” con el corazón (o con la vesícula). Las claves de inervación codifican funciones vegetativas que involucran de manera particular un conjunto de órganos que determinan las distintas cualidades de las descargas que configuran los diferentes afectos. Las distintas vicisitudes de la activación de las claves corresponden a distintas variaciones de la función moduladora de los estados afectivos. Los neurocientíficos afirman que esas funciones se ejercen en distintas regiones del tallo cerebral y en estructuras profundas del cerebro que se vinculan con distintas áreas de la corteza cerebral.

Platón, en su *Timeo*, se refiere a la parte del alma que habita en torno al hígado. Sin embargo, la envidia no “habita” en el hígado, los recuerdos no “están” en las venas, ni los sentimientos en el corazón, así como la música no “está” en el violín. Es evidente que la música que se escucha no “está” en el CD ni en el parlante. Es un producto del CD, del lector electrónico, de la energía que lo mueve, de la voluntad del que lo enciende y, además, de la actitud de escucharlo. Podemos decir que el alma que “emana” del cuerpo está sujeta a condiciones similares.

Sabemos que la sinfonía de Beethoven que transmite el receptor de radio no se origina ni permanece en el aparato, sino que el receptor la sintoniza en un campo impregnado por una enorme cantidad de información, que llega a él y continuamente lo “atraviesa”. De manera análoga, los pensamientos que un ser humano recibe, “sintoniza”, procesa y expresa “resuenan” en él, pero no permanecen físicamente en su interior. Funcionamos como antenas con un circuito oscilante que sintoniza las ideas, afectos y conductas que flotan en el ambiente en que vivimos.

Algunas de esas ideas, afectos y conductas que nos atraviesan se quedan con nosotros, porque producen un cambio perdurable en

nuestra estructura física y en nuestras funciones. Tal como lo dice Antonio Porchia (en *Voces*) de manera conmovedora: “Me hicieron de cien años unos minutos que se quedaron conmigo, no cien años”. Así sucede con las experiencias formativas que enriquecen nuestra vida dividiéndola en un antes y un después. Así también sucede con los traumas que originan lo que suele denominarse “complejos”.

Por las razones apuntadas, no encontraremos inconveniente en afirmar que existe un acuerdo general acerca de que, así como aceptamos que la voluntad no está en los músculos, aceptamos que tampoco están en el corazón los sentimientos. Pero, entonces, podemos preguntarnos ahora: ¿por qué creemos y decimos que los pensamientos están en el cerebro? Aunque reservemos la palabra “pensamiento”, en su sentido más riguroso, para la actividad que se caracteriza por enjuiciar la realidad, cuando una ameba diferencia entre el alimento que incorpora y el desagradable tóxico del cual se aleja establece un juicio, sin lugar a dudas. Y lo mismo ocurre durante el funcionamiento inmunitario cuando un linfocito reconoce a un antígeno.

Parece inevitable desembocar, por este camino, en las mismas conclusiones a que hemos llegado por otro, al cual nos referíamos cuando mencionábamos la “cuota de psicología” que encontramos “fuera” del sistema nervioso. Las fantasías cerebrales, como las hepáticas o las cardíacas, ya están presentes en las células, y es a partir de las células que se formarán esos órganos cuyas funciones, como sostiene desde antiguo la fisiología (cuando postula que la función “hace” al órgano), los preceden.

Cuando estudiamos en 1963 las fantasías inconscientes propias de la función hepática, dijimos que podíamos dividir las primarias, hepatoglandulares, específicas (de acuerdo con el principio de la *pars pro toto*) de la función de materializar las ideas, y secundarias,

hepatobiliares, específicas de la función que corresponde a la acción transitiva que designamos con el verbo “envidiar”. Gracias a lo que comparten en común un cólico biliar y los sentimientos de envidia, ese tipo de cólico posee la capacidad de representar inconscientemente, y al mismo tiempo re-emplazar, precisamente, a esos sentimientos que, de este modo reprimidos, se descargan mediante una transacción “sustitutiva” que la consciencia acepta.

A partir de 1978, junto con otros colegas comenzamos a investigar la función cardíaca con idénticos criterios, y nos ocupamos no sólo del corazón en general, sino también de las cardiopatías isquémicas y de los trastornos venosos que denominamos várices. Llegamos por fin a la conclusión de que podíamos dividir a las fantasías cardíacas en primarias, representadas en el ritmo con que “palpita” el corazón, específicas del recordar (resentir) y el presentir, y secundarias, representadas en el corazón como cáliz o vaso sagrado, específicas de lo trascendente vinculado con la compasión, la misericordia y la concordia. Gracias a lo que comparten, un trastorno de la circulación venosa de retorno posee la capacidad de representar inconscientemente, y al mismo tiempo sustituir en la consciencia, los recuerdos penosos conflictivos que, de este modo reprimidos, se descargan mediante esa transacción que la consciencia tolera.

En 1980 escribimos el trabajo titulado “Corazón, hígado y cerebro: introducción esquemática a la comprensión de un trilema”. Allí, acuciados por la idea de que esos tres órganos representaban tres maneras de la inteligencia y de la vida, comenzamos a interesarnos por tratar de comprender en qué consiste lo esencial de las fantasías inconscientes que son propias de la función cerebral.

En 1990 realizamos, junto con otros colegas, una investigación sobre los significados ocultos en las cefaleas y en los accidentes

cerebrovasculares. Allí sosteníamos que gracias a lo que comparten en común, una cefalea posee la capacidad de representar inconscientemente, y al mismo tiempo sustituir en la consciencia, los conflictos implícitos en la dificultad para decidir un dilema que reactualiza afectos conflictivos que se reprimen y se descargan mediante esa transacción.

En 2009, en el libro titulado *Corazón, hígado y cerebro. Tres maneras de la vida*, afirmamos que podíamos dividir las fantasías cerebrales en primarias, específicas de la función de representar o aludir a un referente mediante signos o símbolos (función que resulta equivalente a lo que denominamos registrar, recibir, percibir y sentir, tomar noticia, leer o interpretar), y secundarias, específicas de la función que establece el “bucle recursivo” que denominamos “autorreferente” y que nos permite tener consciencia de ser consciente y tener consciencia del “sí mismo” que a veces denominamos *self*.

Es necesario aclarar, sin embargo, el alcance que poseen los términos “primarias” y “secundarias”, cuando, abandonándonos a una costumbre clásica, los usamos para diferenciar un conjunto de modalidades, distintas e importantes, que reconocemos entre las que caracterizan a determinadas fantasías (sean orales, anales, genitales, hepáticas, renales, cardíacas, pulmonares o cerebrales), que relacionamos, de manera específica, con los órganos que les otorgan su nombre. La secuencia evolutiva que se distingue con mayor claridad en algunas no puede sostenerse de la misma manera en todas ellas, ni puede ser fundamentada con la misma solvencia, como sucede, por ejemplo, cuando, refiriéndonos a las orales, reconocemos la diferencia que existe entre succionar y morder.

Volvamos, por fin, a la afirmación de que corazón, hígado y cerebro (que ya abordamos en el capítulo anterior) simbolizan tres

maneras de la vida, para señalar (nuevamente) que vivimos con nuestra consciencia “habitada” por tres mundos (que cada especie establece con sus características propias) y que, en nuestra relación con ellos, vivimos expuestos a desequilibrios que, aunque no siempre son extremos, en general predominan.

Un mundo perceptivo (que configura objetos físicos que benefician o dañan) que se relaciona especialmente con el poder que deriva del pasado, con el yo y con el hígado. Un mundo sensitivo (que configura sujetos animados que “habitan” un cuerpo físico) que se relaciona especialmente con el querer que se experimenta en el presente, con el ello y con el corazón. Un mundo normativo, por fin (que configura valores espirituales, que se refieren a una convivencia), que se relaciona especialmente con el deber que se proyecta hacia el futuro, con el superyó y con el cerebro.

Recordemos, aquí, las palabras que escribe Ortega (en *El hombre y la gente*):

¡Bien haría cada cual en precisarse cuáles son los lados de su vida de donde soplan sobre él, con más insistencia, los vientos de su vivir! [...] la estructura formal que posee el mundo donde cada cual vive [...] se parece muy poco al mundo físico; quiero decir, al mundo que la física nos revela. Pero conste que en ese mundo no vivimos, simplemente lo pensamos, lo imaginamos. Porque si antes dije [...] que la poesía es una forma de conocimiento, ahora añadido [...] que la física es una forma de poesía, esto es, de fantasía, [...] de una fantasía mudadiza que hoy imagina un mundo físico distinto del ayer y mañana imaginará otro distinto del de hoy.

La interpretación psicoanalítica de la enfermedad "somática"

Pensamos que los procesos fisiológicos (tanto normales como alterados) o los trastornos cromosómicos que conducen a las

enfermedades genéticas corresponden a fantasías inconscientes específicas. En ese sentido, podemos decir, junto con Pi Suñer (*La unidad funcional*) que “es tan inextricable la relación entre los hechos psíquicos y fisiológicos (se trata al fin y al cabo de la misma cosa) que no cabe distinguirlos por el análisis experimental”. Es el mismo pensamiento que encontramos en Weizsaecker, como producto de una comprensión más profunda, cuando escribe lo que citamos en el epígrafe de este capítulo.

Es lo que queremos significar cuando decimos que psiquis y soma son dos caras de una misma moneda, o “dos puntos de vista” (dos organizaciones del conocimiento que establece el ser humano “en su consciencia”) acerca de un existente (inconsciente) que “en sí mismo” no tiene por qué ser más que “uno solo”. En otras palabras, pensamos que psiquis y soma son cualidades (adjetivos) de un existente inconsciente (sustantivo), que sólo podemos conocer a través de sus derivados conscientes.

Es, también, lo que queremos significar cuando decimos que la fisiología (y, por lo tanto, la patología médica) nunca ha podido prescindir de la teleología y que el psicoanálisis tampoco puede prescindir del pensamiento causal (en la teoría psicoanalítica conjugamos ambas cosas cuando hablamos de metas pulsionales, y cuando otorgamos a la palabra “motivo” la doble connotación de causa y finalidad).

Sabemos que no sólo posee significado una poesía, sino que también lo poseen las palabras y las letras que la constituyen. Y que, así como hay sustantivos, verbos y adjetivos “específicos” que podemos (hasta cierto punto) traducir en distintos idiomas, hay riñones similares en distintas especies, y ojos parecidos en moluscos y mamíferos que pertenecen a líneas evolutivas diferentes. No sólo poseen, entonces, un significado específico los órganos de los organismos complejos, también lo poseen las sustancias que

los constituyen, se trate de atropina, endorfina, digitalina, aspirina, cloruro de magnesio o colesterol, “atravesando” la frontera de lo que suponemos vivo. En la estructura del conjunto, desde la misma intimidad de la trama dentro de la cual se interpenetran lo mineral con lo vivo, crece su significado inconsciente y nacen las raíces de una “inteligencia” ecosistémica, junto con los algoritmos fractales que componen las “máquinas” vivas, en cada sustancia.

Sabemos que la relación entre la sustancia y la forma (lo mismo que la que existe entre materia e idea, o el signo y el significado) pueden existir, como sucede con los jeroglíficos egipcios, más allá del ser vivo que le ha dado origen. Y que la significancia (la importancia del significado, que fundamenta la intencionalidad y la automovilidad que constituyen las características esenciales de la vida, y suponen la función de alguna forma de consciencia), sólo surge, en cambio, en los organismos vivos.

Sin embargo, las fantasías inconscientes específicas de los procesos fisiológicos o de los trastornos cromosómicos, que hemos mencionado antes como ejemplo, y que han sido objeto de la represión primordial, nunca han sido conscientes durante la vida (que pertenece a la “biografía”) de un ser humano particular. Podemos decir, entonces, que, en un determinado ser humano, constituyen un producto que no deriva de su vida “personal”, dado que proviene de las innumerables existencias anteriores del yo, que forman parte de lo que denominamos “ello”. Recordemos que la vida hace un bebé antes de que el bebé haga su vida.

Por esa razón, cuando, como psicoanalistas, interpretamos el significado inconsciente reprimido (mediante la represión secundaria, o “propriadamente dicha”) de un trastorno que se manifiesta “en el cuerpo”, como, por ejemplo, una hepatitis, y decimos que se constituye como una expresión simbólica inconsciente que se

arroga la representación de un proceso “psicosomático completo” que denominamos “insuficiencia hepática” (una categoría de la teoría psicoanalítica que describimos como un déficit relativo en la materialización de los ideales), queremos decir que el órgano (anatomofisiológico) hígado, cuando funciona bien, forma una parte importante del ejercicio normal de ese proceso psicosomático completo. Por eso se presta para representar (por ejemplo, mediante la hepatitis) sus alteraciones, y por eso decimos que la capacidad para materializar los ideales es “hepática” (en términos simbólicos que son propios de la teoría psicoanalítica).

No estamos afirmando, entonces, que el ejercicio de la función hepática alcanza, por sí solo, para materializar los ideales. Tampoco decimos que el duelo por las ambiciones que no hemos logrado concretar se realiza, completamente, “sin más” que el ejercicio de la función fisiológica renal. Algo similar sucede cuando solemos decir que vemos hoy “con otros ojos” lo que ayer creímos. Porque no pensamos que una percepción visual clarividente se realiza “entera” en la función ocular. Por la misma razón que los sentimientos no se construyen, únicamente, con la función cardíaca, ni los pensamientos, con la intervención exclusiva del cerebro, por más importante que este órgano sea. (Sin embargo, cuando alguien comete una locura, no decimos que ha perdido el corazón, decimos que ha perdido la cabeza, y en cambio, si un hijo nos ofende gravemente, no decimos que nos ha roto la cabeza, decimos que nos ha roto el corazón.)

Dada la relación de *pars pro toto* que existe entre el símbolo y el referente, cuando interpretamos una relación “psicosomática”, los “eslabones” del proceso de materializar los ideales (que, en el ejemplo mencionado, constituye el referente) no equivalen, punto por punto, a los “eslabones” del funcionamiento fisiológico, hepático,

de asimilación, que conducen a transformar, en carne propia, las proteínas heterólogas (funcionamiento que, en la enfermedad hepatitis, funciona como símbolo).

Dada una particular alteración somática, su significado inconsciente específico es “la vertiente psíquica” de un acontecimiento que hubiera realizado el organismo completo, que no ha ocurrido, y que ha sido substituido por la alteración. Pero esa alteración fue elegida porque la función normal del órgano alterado habría formado *una parte solamente* (aunque “importante” de acuerdo con Freud) del acontecimiento completo omitido y substituido.

Hasta aquí nos hemos referido a los principios que rigen la representación simbólica inconsciente ejercida mediante trastornos “corporales” que surgen como un retorno de lo reprimido (tal como Freud los describe, por ejemplo, en el historial de Isabel de R. y, también, cuando se refiere a la existencia de un “lenguaje de órgano”).

Esto en primera instancia, porque en segunda instancia solemos llegar a interpretar que la alteración misma, en las vicisitudes que la alejan de su función normal, también puede representar las tendencias en conflicto que condujeron a reprimir el acontecimiento “completo” sustituido, y que pueden y suelen continuar obrando. (Así las vicisitudes de la neuralgia facial de Dora sufren los avatares de su relación con Freud, reactivadas por las noticias que, acerca de él, leyó en el periódico.)

Por este motivo, llegamos a sostener que el significado específico inconsciente de cualquier alteración “somática” constituye, siempre, un acto fallido “actual”, en el cual la acción perturbada suele ser también inconsciente. En otras palabras: la enfermedad (como retorno de lo reprimido) nunca es el producto de un acto represivo “único”, dado que la represión misma es el resultado de

un “esfuerzo de desalojo” (así lo llamaba Freud) sostenido en el tiempo. Pero se trata de un resultado que sufre las vicisitudes que las percepciones que permanecen “permeables” introducen en lo reprimido.

Necesitamos, ahora, realizar un pequeño periplo para recordar un asunto importante, volviendo sobre lo que ya hemos dicho acerca de los afectos. El motivo de la represión (secundaria o propiamente dicha) es impedir el desarrollo de un afecto que, como producto de un conflicto (por obra del cual el placer para un sistema lleva implícito displacer para el otro), sería penoso.

Frente a este dilema, Freud describió vicisitudes diversas. Si se reprime el deseo y se da curso a la condena, el retorno deformado del deseo constituye lo que denominamos neurosis (por ejemplo, una fobia). Si, en cambio, se reprime la condena y se da curso al deseo, se constituye una perversión (como “negativo” de la neurosis). También allí, en las perversiones, “retornarán” conductas “placenteras” que son autodestructivas. Luego Freud descubrirá que, distorsionando la realidad (en las psicosis), se puede evadir el conflicto substituyendo un afecto penoso por otro, placentero, acorde con la realidad ficticia. En todas estas vicisitudes, los afectos se desplazan sobre distintos “objetos” o se sustituyen unos con otros, pero no se deforman lo suficiente como para no ser reconocidos como tales.

Sin embargo, ya desde sus primeras investigaciones en la histeria, Freud, apoyándose en Darwin, se encuentra con que los órganos hablan un “dialecto” (el “lenguaje de órgano”) que proviene de la estructuración filogenética de los afectos, y eso no sólo lo conduce a sostener que los afectos equivalen a ataques histéricos universales y congénitos, sino también que la histeria adquiere el sentido de un afecto neoforado en la historia personal infantil.

A partir de ese punto, llegamos a pensar que los trastornos “corporales” expresan una forma “patosomática” de enfermar en la cual lo que retorna, como patología, es el producto de una deformación de los afectos que ocurre en la “clave de inervación” que los configura en su típica particularidad. Lo importante, para el tema que nos ocupa, es que uno de los elementos de esa clave se “arroga” la representación del conjunto entero que configura el afecto completo, el cual, así reprimido, desaparece, como tal, de la consciencia, y queda en ella substituido por lo que se considera una afección. Comprenderlo de este modo permite muchas veces llegar a “descubrir” el significado, que ha sido reprimido, y que ha sido substituido por un trastorno (“corporal” y “específico”) que (de acuerdo con el principio de la *pars pro toto*) lo re-presenta simbólicamente.

Nos queda, por fin, examinar un último aspecto. El trastorno “corporal”, contemplado como un ejercicio simbólico que constituye un retorno de algo que se ha reprimido, no siempre configura, únicamente, un intento (simbólico) de reactualizar, aunque sea de manera alterada, la satisfacción (conflictiva) cuya condena condujo a la represión del deseo. Es necesario comprender, además, que la imposibilidad de satisfacer el deseo reprimido lleva, muchas veces, a que ese deseo emprenda un camino regresivo hacia formas de satisfacción que predominaron en estadios anteriores del desarrollo evolutivo.

Acerca de una concepción psicosomatológica del cáncer

Veamos, por ejemplo, lo que ocurre con el cáncer. Todos los seres humanos experimentamos “fijaciones” (en los estadios anteriores de nuestro desarrollo libidinal) que permanecen como deseos, inconscientes y reprimidos (de manera primordial o secundaria), que configuran disposiciones latentes.

Una cierta “cuota” de fijación embrionaria, que constituye (en la teoría que proponemos) una condición necesaria (aunque no suficiente) para el desarrollo de un cáncer, puede concebirse (así lo expresaba Freud en “Más allá del principio de placer”) como un deseo narcisista prenatal que no se integra con el desarrollo que emprende el resto de la personalidad (el “yo coherente”) hacia los estadios sucesivos y permanece, por lo tanto, completamente ajeno a la consciencia.

Si tenemos en cuenta que una de cada tres personas enferma de cáncer, y que se admite que la desviación neoplásica de células aisladas ocurre de manera continua sin que la mayoría de las veces, gracias a la actividad inmunitaria, llegue a constituir una enfermedad cancerosa, podemos suponer que todos compartimos, en alguna medida, esa disposición latente. Debemos reconocer, entonces, en primera instancia, que esta condición no se ha gestado con la predominante influencia de las vicisitudes atravesadas durante el transcurso de nuestra vida “personal”.

Surge, pues, otra condición necesaria, la más importante tal vez, constituida por una cierta “complicidad” del sistema inmunitario que (actuando como una fuerza policial que tolera, en una zona “liberada”, que se ejerza el delito) continúa destruyendo todas las desviaciones celulares neoplásicas (se calcula que cada una de nuestras células recibe todos los días unos diez mil impactos que dañan el ADN de su núcleo, y la mayoría de esos daños son revertidos por un sistema que los reconoce y trabaja en su reparación) con la única excepción de las que constituyen, en el órgano “elegido”, el crecimiento canceroso.

Dejando ahora de lado las fantasías específicas que determinan la elección del órgano que “aloja” la neoplasia, encontramos la razón de la “complicidad inmunitaria” (específica del cáncer particular que se ha desarrollado) en la existencia de

una frustración muy importante. Consiste en un fracaso “actual” de la gratificación libidinal correspondiente a los últimos estadios de la evolución que recorre la vida erótica y afectiva en una determinada persona (que puede ser un niño). Sobre todo, en aquellos estadios que, para esa persona, son los más eficaces (“económicamente”) y constituyen su modo habitual de gratificar su excitación vital.

A partir del enorme “peso” que adquiere el fracaso oculto en la frustración reprimida, *se condiciona una regresión* que incrementa la energía pulsional de la fijación narcisista prenatal, reactivando las fantasías de crecimiento (embrionario) que ese núcleo inconsciente contiene.

La observación de lo que ocurre con los pacientes que padecen un cáncer muestra que esta condición suele presentarse, de manera evidente, con mucha frecuencia, bajo la forma de un duelo “difícil”, provocado por una pérdida muy importante. Dado que se trata de una condición que depende, sin duda, de las vicisitudes de una “particular biografía”, es fundamental reparar en que su influencia, sobre la evolución de la enfermedad neoplásica, puede modificarse, de un modo significativo, conduciendo la frustración actual a la consciencia.

Es imprescindible, por fin, reparar en una “tercera” condición necesaria, que la práctica psicoanalítica y la consiguiente investigación revelan. Si la frustración reprimida, que conduce a la regresión, reactiva el punto de fijación embrionario, es porque la magnitud del fracaso que oculta impide que se logre un suficiente equilibrio en otros puntos de fijación, que corresponden a estadios posnatales. Entre todos ellos, hay uno que sobresale por su particular pertinencia.

Investigando en el horror al incesto, a partir de la resignada confesión de Freud, y de Frazer: “No conocemos el origen del

horror al incesto y ni siquiera sabemos qué orientación tomar. No nos parece satisfactoria ninguna de las soluciones del enigma propuestas hasta ahora”, llegamos a la conclusión (en 1966, en “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer”) de que el horror en cuestión oculta un temor horripilante a un crecimiento descontrolado, “monstruoso” y anormal, “contenido” en la fijación embrionaria.

De manera que la etapa que sigue, en sentido progresivo, a la fijación narcisista, prenatal, surge de la relación de objeto, “endogámica”, que el ser humano lactante establece con su madre, y que excita los deseos incestuosos que determinan el Complejo de Edipo, que Freud consideraba “nuclear”.

Desde ese punto de vista, correspondiente a una fijación endogámica, el crecimiento canceroso (producto de una reproducción celular asexual) suele quedar representado, en la fantasía inconsciente, como si fuera el producto de una relación hermafrodita sinistral y prohibida.

El fracaso en la descarga “progresiva”, que constituye una condición necesaria para la eclosión de un cáncer, surge, entonces, la mayoría de las veces, como un fracaso de la gratificación de la excitación incestuosa, excitación que, en situaciones normales, *se satisface, con los objetos consanguíneos, en forma sublimada, o coartando y sustituyendo su finalidad genital*. De hecho, es posible observar que la pérdida de un vínculo semejante deriva, con mucha frecuencia, en la eclosión de un cáncer.

De cuanto llevamos dicho hasta aquí surge, con claridad, que la evolución de una enfermedad cancerosa depende mucho más de lo que ocurre en la actitud (inmunitaria, por ejemplo) del enfermo que lo aloja y, mucho menos, de lo que ocurre en la célula que, aparentemente, lo inicia. Por eso se suele observar, en pacientes que han logrado “desprenderse” de un cáncer, que algunos desarrollan,

años después, otro, “nuevo”, que no es una metástasis, ni una recidiva, del tumor anterior.

Frente a la eclosión de un cáncer, es posible comprobar, en los pacientes en los cuales crece, tres actitudes típicas (que son esquemáticas). Una, en la cual el enfermo no deposita por completo, en la enfermedad, los malestares, regresivos, que con ella simboliza. De manera que (“identificado” con la enfermedad) tiende a comportarse, en la comunidad a la que pertenece, como la progenie de la célula cancerosa se comporta frente al organismo, en el cual “vive” para sus propios fines.

Otra, de pronóstico peor, que suele ser la más frecuente, en la cual los enfermos evidencian, en su convivencia, una actitud contraria (una “formación reactiva”) a la conducta que la neoplasia simboliza. En ellos predomina un carácter dulce, bondadoso, apacible y conciliador, mientras que, en el foco de su enfermedad, arde una rebelión incontenible que avanza hacia la destrucción total.

Por fin encontramos también, en los enfermos de cáncer, aunque con menos frecuencia, formas de carácter que subliman la inclinación hacia un crecimiento invasor. Se diferencian del carácter reactivo por el hecho de que no se coartan los fines luchando contra ellos, sino que se los elabora, de modo que la bondad y la tolerancia ya no se superponen a una tendencia en conflicto que permanece activa, sino que se alcanzan mediante una transformación que la trasciende. Esto puede influir en la evolución de una neoplasia y explicar, tal vez, por qué algunas “misteriosamente” se detienen.

¿Hacia dónde proseguirá el camino?

Expondremos, en este apartado, algunos conceptos que presentamos, con mayor detalle, en “Psicoanálisis y enfermedad somática en la práctica clínica”.

Utilizando la palabra “forma” en un sentido amplio que abarca estructura, función y desarrollo, hablamos de *alteración somática* cuando ocurre un cambio de la forma, que tenga suficiente magnitud o permanencia como para hacerse *perceptible*. Si ese cambio se desvía de la norma manifestándose como desorden o perturbación, hablamos de trastorno.

El descubrimiento de instrumentos que aumentan el poder de la percepción sensorial, o de indicadores y reactivos que “trazan” marcas o huellas perceptibles de objetos imperceptibles, extiende de un modo permanente el ámbito de lo que consideramos material, y de este modo se extiende el alcance de lo que, teóricamente, llamamos alteración somática.

Cuanto más profundizamos en la investigación, lo somático se nos muestra cada vez más psíquico y lo psíquico, cada vez más somático, de una manera que resulta acorde con el supuesto teórico de que idea y materia constituyen dos apariencias distintas, de un mismo existente biológico, que se ocultan recíprocamente a la conciencia.

En la práctica clínica, sin embargo, nos encontramos con enfermedades que se manifiestan fundamentalmente como psíquicas y otras como somáticas. Tal como lo expresamos en “Acerca del ‘compromiso somático’” y en “El ‘compromiso somático’”, se hace útil y necesario distinguir, por lo tanto, aun desde el punto de vista teórico, entre una fantasía que cursa con una alteración somática evidente y otra fantasía cuya alteración somática supuestamente ocurre de una manera todavía inaccesible a la percepción.

Solemos llamar, utilizando una metáfora, “capacidad patoplástica corporal” al “factor desconocido” que, “presente” en el primer tipo de fantasías, determina una alteración somática con las características de magnitud o permanencia que le brindan su cualidad perceptible. Es posible aventurar la hipótesis de que la capacidad patoplástica corporal

depende (aun en los casos en que no se trata de una neoplasia) de que la fantasía que configura la crisis actual implique, mediante una reactivación regresiva, puntos de fijación prenatales que corresponden ontogénicamente al estadio embrionario de la organogénesis.

Si así fuera, estaríamos en condiciones de comprender el camino por el que transcurre la transformación o desaparición de una alteración somática mediante la intervención del psicoanálisis, porque, esquemáticamente, dependería de dos acontecimientos: a) la transformación de su fantasía específica (universal y congénita) que corresponde a esa particular alteración; y b) la “desactivación” del punto de fijación prenatal que corresponde a la capacidad patoplástica corporal.

El procedimiento por el cual se logre el cambio que consideramos será el producto de la combinación, en distintas proporciones, de tres influencias “psicoterapéuticas” capaces, cada una de ellas, en principio, de actuar sobre la transformación “a” y sobre la desactivación “b”: 1) la “creación” o intensificación actual de una determinada transferencia latente (deriva en un máximo de reversibilidad y un mínimo de estabilidad); 2) la interpretación de las resignificaciones personales y secundarias propias del caso estudiado y elaboradas en diferentes contextos (proporciona un grado medio de reversibilidad y estabilidad); 3) la interpretación específica, elaborada en diferentes contextos, de la fantasía implicada, universal y congénita (asegura el grado mínimo de reversibilidad y el grado máximo de estabilidad).

Aunque no existen casos puros, sino mezclas distintas de las tres influencias psicoterapéuticas, debemos aclarar que la primera configura lo que suele llamarse “cura transferencial”; la segunda constituye lo que sucede con mayor frecuencia en lo que denominamos “curación”, y la tercera es un infrecuente producto de una “evolución” colectiva, “transindividual”, que debería aumentar su frecuencia en la medida en que la investigación y su repercusión en la cultura determinen una diferente presión del consenso.

Agreguemos, además, que obtener una desactivación (“b”) del punto de fijación prenatal, sin la transformación (“a”) de la fantasía específica que corresponde a la alteración, podría explicar que el paciente “se cure” de su enfermedad somática, pero quede en disposición latente para volver a padecerla. Como ocurre, por ejemplo, espontáneamente, en enfermedades como el asma bronquial que configuran crisis periódicas y recurrentes. En cambio, obtener la transformación “a” sin la desactivación “b” podría explicar que el paciente “sustituya” la enfermedad somática que lo conduce a la consulta por otra cuyo grado de alteración corporal es semejante. El ejemplo más común de esta situación lo observamos muchas veces como un resultado codeterminado por terapéuticas que apuntan a uno solo de los sistemas orgánicos.

La tarea de procurar un cambio en la organización somática de una enfermedad a través del psicoanálisis nos lleva también a interrogarnos acerca de las coordenadas teóricas que pueden configurar *el procedimiento* adecuado. Si el psicoanálisis de enfermos psicóticos o el psicoanálisis de niños tuvieron que diseñar su propio *encuadre* e inventar los *instrumentos* específicos para su labor, el psicoanálisis del enfermo que presenta una alteración somática debe todavía progresar en la tarea de descubrir los suyos.

Dentro de ese procedimiento, será útil distinguir entre la influencia de un movimiento transferencial que se desarrolla como producto (espontáneo o dirigido) de una relación médico-paciente y la influencia que se obtiene a través del proceso de hacer conscientes significaciones inconscientes. En ese proceso, será además especialmente importante el aprender a distinguir entre las resignificaciones secundarias que los síntomas alcanzan y aquellas otras, primarias, que configuran el proceso de su constitución.

Las metas implícitas o explícitas del paciente y el médico no siempre coinciden, ya que la restitución de un estado anterior que

se considera “normal” (sea desde el punto de vista de un ideal o desde el punto de vista de un promedio) no siempre es posible o no siempre es deseable. Dichas metas deben además ser revaloradas, frente al caso particular, en función de un contexto más amplio que involucra, más allá de un órgano, no sólo al organismo entero, sino también a realidades complejas que, como es el caso de la familia, configuran metasistemas.

Aparentemente, la situación es clara en lo que respecta a cuál es el objeto de la actividad psicoanalítica específica que estamos estudiando y para la que postulamos la necesidad de un encuadre y un instrumento adecuados. El objeto es el enfermo que presenta una alteración somática, es decir, una alteración que se manifiesta como realidad material en un cuerpo físico vivo. Sin embargo, y a riesgo de que lamentablemente las consideraciones siguientes desdibujen en forma peligrosa el campo de lo que puede llamarse medicina, el objeto no puede, como hemos visto, limitarse al paciente, sin tener en cuenta los distintos sistemas en los cuales este se haya incluido.

Es necesario tomar muy seriamente en consideración que (tal como lo expusimos en el apartado “Acerca de las relaciones entre consenso público y con-trato”, incluido en “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia”) la labor que es posible realizar con una persona queda inevitablemente acotada por la presión influyente de un consenso público que interviene en cada con-trato entre médico y paciente marcando determinados límites a la situación terapéutica y codeterminando el conocido fenómeno según el cual, llegando a un punto determinado en el progreso de la cura, la resistencia crece en una curva divergente hasta alcanzar un valor insuperable. Encontramos así en cada tratamiento campos de significación que son metaindividuales y podemos comprender desde este punto

de vista gran parte de las vicisitudes que determinan tanto su evolución como su desenlace.

Reparemos, además, en que el descubrimiento del psicoanálisis, como mutación epistemológica, no es un acto de interpretación psicoanalítica de lo reprimido. Es, por el contrario, un acto “metapsicoanalítico” de interpretación de lo resistido, realizado sobre la población humana en su conjunto. Evoluciona bajo la forma de lo que Freud denominaba “el movimiento psicoanalítico”. Podemos compararlo a un cambio adaptativo sometido a la selección natural que opera sobre una población heterogénea completa, con unidades de supervivencia que son transindividuales. Interpretaciones tales como la del significado específico de los trastornos somáticos trascienden el ámbito habitual de la interpretación psicoanalítica de los complejos infantiles reprimidos que desembocan en un trastorno psíquico y representan un cambio epistemológico cuya supervivencia depende de la suerte que alcance un *movimiento* encaminado a modificar el consenso de un conjunto humano.

Es necesario insistir en que, si la tarea que es posible realizar sobre cada paciente queda inevitablemente acotada por la presión influyente de un consenso público, es evidente que *el objeto* de la interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática debe trascender el campo de aplicación de cada caso particular para alcanzar las características de una labor que toma la forma de un “movimiento”, análogo en su configuración a lo que en su hora constituyó el movimiento psicoanalítico como ámbito y artífice de una ruptura epistemológica.

Después de haber planteado los problemas que nos separan todavía del logro acabado de un psicoanálisis específico para el tratamiento psicosomatológico de las alteraciones somáticas, nos encontramos frente a la necesidad de suscribir las palabras, resignadas, de

Weizsaecker, cuando expresa su convicción de que el tratamiento psicoanalítico de las enfermedades somáticas está esperando la llegada de un genio similar al de Freud para resolver sus problemas.

5. La relación de significación

Dicen que una persona que por casualidad se encontró con Picasso le preguntó por qué no pintaba las cosas como las cosas son, agregando que, si alguien retrataba a su mujer, le gustaría que la pintara como ella era realmente. Picasso le preguntó cómo era su mujer, y el interlocutor le mostró una foto que extrajo de su billetera. Entonces, mirando la fotografía, Picasso comentó: ¡qué chiquita y que chatita es su mujer!

Una parte que representa un "todo"

En la relación de significación que se establece entre una representación y el referente al cual alude, es importante distinguir, entre las representaciones, las que tienden a "copiar concretamente", punto por punto, conservando lo que denominamos "parecido", la imagen de un particular objeto, los sonidos que configuran el canto de un ave, o el encadenamiento de los acontecimientos que configuran un drama, de aquellas otras que solemos designar representantes y que procuran captar la esencia abstracta y general del referente al cual aluden. Es la diferencia que existe entre la afirmación "metapsicológica" acerca de un triángulo edípico, que puede ser positivo o negativo, y el drama "metahistórico" narrado por Sófocles o por Shakespeare. En términos groseramente esquemáticos, podemos decir que obtenemos, mediante una cámara fotográfica, la representación de una particular escena, mientras que el contorno de una cara

con bigotes, sobre la puerta de un lavabo, es un representante que alude al género masculino.

Más allá de ese esquema, la relación de significación compromete dos cuestiones de peso que son fundamentales, ya que hacen a su misma esencia. El modo más breve de referirse a la primera tal vez sea el episodio que se atribuye a Picasso y que relatamos en el epígrafe de este capítulo.

Se encierra, en ese episodio, un asunto inmenso, porque los parámetros que conducen de un referente a su representante son caminos trazados por procesos de un pensamiento creativo que permanece abierto a nuevas experiencias. La segunda cuestión, no menos importante, radica en que no sólo representamos objetos que nuestros procesos perceptivos “captan”, sino que, junto con ellos, procuramos siempre representar, mejor o peor, nuestro sentir consciente e inconsciente frente a esos objetos.

De hecho, como señala Nicholas Humphrey (en *Una historia natural de la mente*), nuestro modo de ejercer la función del olfato establece una clara diferencia entre el sentir y el percibir, porque cuando predomina el sentir, aspiramos por la nariz profunda y prolongadamente, mientras que cuando predomina la actitud perceptiva, lo hacemos en diversas direcciones y con aspiraciones cortas y breves. En la función visual encontramos algo parecido. Contemplamos una obra de arte con mirada acariciadora y penetrante, y exploramos el entorno con miradas cortas en todas direcciones, en una actitud “vigilante” que en inglés se denomina *watch* (coincidiendo, tal vez, con lo que en nuestro lunfardo se dice “relojear”).

Podemos decir, otra vez esquemáticamente, que las representaciones (funcionando como signos) tienden a expresar, reactualizándolos a partir de la memoria, los afectos implícitos en nuestra relación con el referente concreto al cual aluden, mientras que los

representantes (funcionando como símbolos) procuran “interpretar” esa relación, abstrayendo, de la rememoración de un conjunto más amplio, su esencia general. Pero no se trata, claro está, de una división neta y absoluta.

Otra cuestión importante surge en torno de la afirmación, sostenida desde la semiótica que estudia las estructuras de los distintos lenguajes verbales, de que la relación entre un signo y su significado es el producto de una elección convencional y arbitraria. Es cierto que han quedado atrás los días en que los lingüistas buscaban en la onomatopeya las razones de una tal elección, dado que si eso se establece fácilmente en algunas palabras (como “mugido” en castellano, como *muca* en italiano, o como *crush* en inglés), es imposible de generalizar a todas.

Sin embargo, más allá de la onomatopeya, la exploración psicoanalítica de las cadenas inconscientes muestra que, a través de los múltiples intermediarios que nos aporta la etimología, la palabra, de acuerdo con el principio de la *pars pro toto*, es una parte (lo que se dice un signo natural) del entero conjunto al cual se refiere. Esto es independiente de que, en diferentes idiomas y muy probablemente de acuerdo con idiosincrasias distintas, se elijan partes disímiles para representar a “un mismo todo”. Tal como señala Bertrand Russell (en *The Analysis of Mind*), “es difícil suponer que se haya reunido un parlamento formado por los jefes privados hasta entonces del lenguaje y allí se haya coincidido en llamar vaca a una vaca y lobo al lobo. La asociación de las palabras con sus significaciones debe haber surgido por algún proceso natural, aunque en la actualidad se desconozca la naturaleza de ese proceso”.

El pequeño adminículo que usamos para encender un fuego nos aporta un buen ejemplo. En nuestro país decimos “fósforo”, utilizando como signo a la sustancia química que lo constituye; en

España, “cerilla”, por la cera que impregna el papel arrollado que le sirve de cabo; en Italia, *famifero*, porque engendra una llama; en francés, *allumette*, porque ilumina; en inglés, *match*, por el encuentro con la caja que lo enciende; y en alemán, *Streichholz*, porque cuando se construye con un cabo de madera, es una madera que se frota.

Volvamos sobre la diferencia entre presencia, representación y representante, usando como ejemplo un órgano de extrema importancia en la estructura humana, la mano. La percepción de la mano “física”, que podemos contemplar como un órgano que ocupa un lugar en el espacio, configura una presencia. Es la del cuerpo “físico” (que los alemanes denominan *Körper*), la que una mujer contempla cuando se pinta las uñas. Pero también existe la que sentimos como propia cuando la introducimos en el bolsillo para aferrar una moneda y la que se une a nuestros recuerdos cuando con ella estrechamos la de la mujer amada. Se trata, entonces, de una mano que, más que “anímica”, es “psicosomática” e “histórica” (que pertenece al cuerpo que los alemanes denominan *Leib*), que se constituye como una representación.

Señalemos enseguida que en nuestra tierna infancia tuvimos que establecer, entre esas dos manos, una identidad necesaria para perfeccionar su eficacia funcional. Así lo testimonia el juego infantil durante el cual la madre mueve la mano del bebé frente a sus ojos mientras le canta “qué linda manito que tengo yo”. Una tal integración del cuerpo que percibo con el cuerpo que siento puede realizarse de manera “adecuada” (cuando digo, por ejemplo, que una ofensa me ha “roto el corazón”, o que, cegado por el deseo, he “perdido la cabeza”) o de una manera “errónea” (que puede estar filogenéticamente condicionada, como sucede cuando atribuyo el dolor que me ocasiona un cólico biliar a mi omóplato derecho).

Por fin nos encontramos con la mano “espiritual” o “abstracta”, una mano “mental” que (como una fantasía específica), además de constituir un órgano privilegiado del tacto, corresponde al concepto o la idea de un órgano que apresa, concepto que, dirigiéndose hacia el rigor de una fórmula propia de la ciencia matemática, constituye un representante mental que conduce a la construcción de una pinza o de los instrumentos con que se manipulan las sustancias radioactivas.

Funcionan, pues, en nuestra consciencia, dos organizaciones “extremas” del conocimiento. Una que nos enfrenta con el cuerpo “desalmado”, material y local (el *Körper*) que podemos contemplar en una radiografía, en un análisis de sangre o a través del microscopio. La otra se nos revela como un fenómeno mental (o espiritual), abstracto, temporal, “ingrávido” y “descorporizado” que, como la rememoración del teorema de Pitágoras, se resiste a su ubicación en un espacio.

Pero también existe una tercera, con la cual, en un cuerpo animado (el *Leib*), desaparece, o pierde nitidez, la distinción entre el cuerpo y la mente. Entonces podemos decir, junto con William Blake (el insigne poeta inglés que murió treinta años antes de que naciera Freud), que el hombre no tiene un cuerpo distinto del alma, porque lo que llamamos cuerpo es la parte del alma que se percibe con los cinco sentidos. Y agregar que tampoco posee un alma distinta del cuerpo, porque lo que llamamos alma es la parte de la vida (*bios*, más que *zoe*) que se manifiesta como “automovilidad” o “intencionalidad” de su conducta.

Nos falta, por fin, afrontar una última cuestión. Luego de la construcción de una nueva disciplina, la biosemiótica, han quedado atrás los tiempos en que se sostenía, a rajatabla, que la simbolización era un patrimonio exclusivamente humano, y en los que se databa su comienzo, coincidiendo con la adquisición (en

términos kleinianos) de la posición depresiva, ubicándolo en los comienzos del segundo semestre de la vida extrauterina. Suele mantenerse, todavía, sin embargo, un tema de discusión entre etólogos y biólogos: ¿a cuáles organismos podemos atribuirles esa función, íntimamente relacionada con la existencia de una vida mental, que lleva implícito algún “grado” de una consciencia indisolublemente unida a una capacidad que les permite distinguirse de su entorno, habitado por otros?

Pocas veces se ha discutido esta cuestión con la sensatez, la lucidez y la inteligencia con que lo hace Carl Safina (en *Mentes maravillosas. Lo que piensan y sienten los animales*). Sostiene que “sería casi imposible que existiese una criatura móvil que no fuese capaz de diferenciarse de otras cosas”. Y que “a todas horas y en todas partes, la vida y la muerte dependen constantemente de una consciencia de uno mismo de alto nivel y de agudísimas distinciones entre el propio ser, el medio y los demás”. También señala que “es ridículo decir que los animales que no entienden su reflejo no distinguen el yo del no yo. El reconocimiento de sí mismo es la razón por la que un lobo que se esté comiendo la pata de un uapití no se muerde la suya. El concepto de ‘yo’ es absolutamente fundamental”.

Es cierto que, si tenemos en cuenta que uno sólo puede ver, a través de un microscopio, un promielocito cuando sabe lo que tiene que mirar, llegamos a la conclusión de que el reconocimiento de uno mismo, en un reflejo, sólo es posible cuando uno ya posee una “idea” de lo que uno es. Pero eso no demuestra que, cuando en esas condiciones no se reconoce, es porque carece de la idea. Tal como señala Safina, si un pájaro ataca su propia imagen, en un espejo, creyendo que se trata de otro, con eso precisamente nos revela que establece una diferencia entre los otros y él. Mientras tanto, innumerables experiencias, como la del mono

que, frente a su reflejo, se balancea, ladea la cabeza, abre la boca y mueve su lengua, nos dan testimonios inequívocos de que allí se reconoce.

Desembocamos, de este modo, en la cuestión del simbolismo, cuya existencia ubicua, en organismos que no son humanos, tanto nos cuesta aceptar. Porque reconocerse en una imagen reflejada (como se constata en simios, en delfines o en elefantes, por ejemplo) significa (en las palabras del autor citado): “Entender que el reflejo no eres tú, entiendes que te representa a ti. Desentrañar la representación significa que la mente de quien observa el espejo tiene capacidades simbólicas”.

Acerca de las diferencias entre la consciencia y lo inconsciente

El asunto constituido por la relación de significación nos conduce a ocuparnos de algunas características de la consciencia y su vínculo con lo inconsciente. Comencemos por señalar que la finalidad de una función, o de un acto, su intención, su sentido, su significado, es lo psíquico “primario”, lo que Freud, cuando formula su segunda hipótesis fundamental, denomina lo psíquico genuino o verdadero. De acuerdo con lo que afirma en 1901 (en su *Psicopatología de la vida cotidiana*), el significado de un acontecimiento psíquico se define por su pertenencia a una serie que se encamina hacia un fin. Cuando, en 1938 (en “Esquema del psicoanálisis”), establece lo que considera las dos hipótesis fundamentales del psicoanálisis, sostiene que lo psíquico (genuino o verdadero) es inconsciente, porque la consciencia sólo se agrega a unos pocos procesos inconscientes convirtiéndolos en procesos conscientes.

Sin embargo, y a pesar del inmenso respeto que se merece la solvencia de Freud, hace ya muchos años que Gustavo Chiozza

viene insistiendo en que algo de razón tenían los filósofos, con los cuales el creador del psicoanálisis discute, cuando afirmaban que hablar de un psiquismo privado de consciencia es una contradicción en sus términos. También hace años que pensamos que suponer la existencia de un psiquismo fetal lleva implícito suponer la existencia de una consciencia en el feto. Esto no puede ser probado, se dirá, como no se puede probar la existencia de una consciencia en un perro, pero en este punto valen los argumentos que Freud utiliza para defender el derecho a suponer la existencia del psiquismo inconsciente: tampoco podemos probar la existencia de la consciencia en otro ser humano y, sin embargo, en lo que a eso respecta, carentes de una asunción mejor, nadie duda.

¿En qué quedamos, entonces? ¿Puede haber un psiquismo inconsciente privado de consciencia, como sostiene Freud? Para responder esos interrogantes necesitamos hacer, previamente, un pequeño rodeo.

Recordemos que el origen de la represión, que Freud, en los comienzos de su obra teórica, había adjudicado a la consciencia, se lo atribuyó, posteriormente, a la existencia de una agencia yoica, y que muy pronto se vio forzado a admitir que una parte de esa agencia debía funcionar de manera inconsciente. Como hemos señalado ya en otros trabajos, también la teoría psicoanalítica de los afectos (que conduce a contemplarlos como actos motores que se justifican en la filogenia) nos conduce a conclusiones semejantes.

Subrayemos entonces que, cuando Freud encuentra en la represión (que constituye una función ejercida por la agencia que denominamos “yo”) el prototipo general de los procesos defensivos (en sus primeros escritos, y antes de describir a la represión como un proceso específico que difiere de las otras modalidades

que adquieren los “mecanismos de defensa” en patologías distintas), frente al descubrimiento de que la represión puede y suele permanecer inconsciente, se ve forzado a reconocer que (entre las “raíces” de un yo, consciente y “coherente”) existe una parte del yo que también permanece inconsciente.

Es un tema que retomará, años más tarde, desde dos vertientes distintas. En 1923 (en “El Yo y el Ello”), cuando sostiene que en el ello (como producto de la represión primordial) se encuentran las innumerables existencias anteriores (filogenéticas) del yo. En 1938 (en un artículo que lamentablemente quedó inconcluso, “La escisión del yo en el proceso defensivo”), cuando señala que el yo se disocia como producto de una represión secundaria. Fidias Cesio volverá sobre ese tópico, desde la vertiente de la represión primordial, cuando, en sus investigaciones sobre psicósomática, se refiere a la existencia de un yo “célulohumoral”. Agreguemos aquí que lo mismo que condujo a Freud, frente a la represión, a postular la existencia de funciones yoicas inconscientes puede sostenerse, por ejemplo, frente al fenómeno que denominamos “representación”, o frente a la percepción que la origina, ya que sabemos que ambas pueden ser inconscientes.

Reiteremos que, más allá de los términos metafóricos con los cuales solemos hablar de la consciencia como si se tratara de un lugar, y de los engramas de la memoria, como si hubiéramos hallado sus huellas físicamente grabadas en alguna estructura, distintos autores han subrayado que se trata en realidad de funciones. Entonces, si de funciones se trata, debemos admitir que serán ejercidas por la instancia o agencia que denominamos ego. Por eso, luego de lo que hemos mencionado acerca de la disociación del ego, debemos también admitir que una parte de ese ejercicio pueda ser operada desde un yo inconsciente. Esto,

universalmente admitido para el caso de la percepción y la memoria, no despierta la misma convicción cuando se trata de la consciencia.

Sin embargo, si examinamos la relación de significación, a la luz de la primera hipótesis fundamental del psicoanálisis, podemos llegar a establecer algunas conclusiones. Recordemos que esa primera hipótesis freudiana postula la existencia de un metafórico aparato psíquico “extenso” que funciona a la manera de un espacio virtual (como el que se produce en un telescopio o en un microscopio), haciendo “lugar” para la “doble inscripción” constituida por la existencia simultánea de una representación inconsciente y su “copia” consciente.

La existencia de signos y símbolos supone, por lo menos, la colaboración de dos “instancias”: la del signo (o el símbolo) que asume la representación y la del referente que es representado. También son necesarias por lo menos dos instancias (que concuerdan con lo que Freud denominaba “inscripciones”) para poder postular la existencia simultánea de lo consciente y lo inconsciente. La relación de *pars pro toto* que mantienen los signos (o símbolos) con su referente también concuerda con la afirmación de que las formaciones de la consciencia, frente a la magnitud de lo inconsciente, siempre constituyen versiones parciales (que solemos caracterizar como “puntos de vista”, circunstanciales y momentáneos).

Reparemos en que nada impide, sin embargo, que tales instancias sean muchas más que dos, y que un estrato que para otro estrato “superior” es inconsciente funcione como consciente frente a otro estrato “inferior”. Es obvio que nada se opone, tampoco, a que los representantes sean a su vez representados en una estructura de complejidad creciente. A partir de este punto, nos vemos forzados a asumir tres conclusiones.

La primera consiste en que, si aceptamos que en lo inconsciente funcionan distintos niveles de consciencia, también deberemos admitir que cada uno de esos niveles de consciencia configure el mapa de un yo inconsciente distinto, de acuerdo con la afirmación freudiana de que el ello contiene las innumerables existencias anteriores del yo. Los distintos e innumerables “niveles” de consciencia se organizarán sin duda siguiendo los modelos que manifiestan la complejidad de la vida. Podemos mencionar algunos, comenzando por la consciencia moral, que se configura a partir de los valores surgidos de la vida afectiva, constituyendo un superyó, que se disocia del yo, debido (tal como señala Freud en “El Yo y el Ello”) a que la debilidad del yo incipiente le impide mantenerse unido frente al impacto de las primeras identificaciones.

Las neurociencias describen una consciencia “extendida” que vinculan con las distintas áreas de la corteza cerebral, y otra “nuclear” que relacionan con las estructuras del tallo cerebral. Denominan a la primera “canal-dependiente”, porque se constituye alrededor de los datos aportados por la percepción sensorial, y a la segunda, “estado-dependiente”, porque se establece alrededor de los estados de ánimo que se configuran mediante las sensaciones víscero-humorales.

Las posibilidades no terminan allí, ya que cada sistema, sea respiratorio, metabólico, excretor o inmunitario, necesitará disponer, para cumplir su función, del componente “cibernético” que le aporta su propia “consciencia”. El registro en el bulbo raquídeo de los niveles de anhídrido carbónico o el de la tensión arterial en el seno carotideo pueden servirnos de ejemplo. Es posible concebir la organización de la consciencia como si fuera una laberíntica galería de espejos que se integra en múltiples niveles de “reflexión”, bajo la forma de representaciones (que

funcionan, en un cierto sentido, como otros tantos reflejos o “especulaciones”).

Los significados, como las muñecas rusas, se contienen, unos dentro de otros. La relación entre central y periférico también convoca la idea de general y particular, o la de principal y accesorio, implícitas en la idea de que existen jerarquías. Como sucede con las hojas, las ramas y el tronco de los árboles, disponemos de un “árbol” arterial, pero también nos encontramos con los “niveles” de integración del sistema nervioso, descritos por Hughlings Jackson.

La observación de las estructuras anatómicas e histológicas que componen al organismo humano parece mostrar una coexistencia del sistema en forma de árbol con el sistema de capas concéntricas, y también la coexistencia de centros con la existencia de redes multifocales. Incluso es posible que su organización se configure siguiendo patrones de complejidad similares a los que se describen en los modelos de la teoría de las catástrofes o en las fórmulas matemáticas que generan fractales. La idea de “holones”, sustentada por Arthur Koestler (en su libro *Jano*), implica que cada partícula de una organización jerárquica ejerce una función de supeditación hacia “órdenes” emanadas de un “nivel superior” al cual permanece permeable y una función de “ordenamiento” hacia un “nivel inferior” con el cual también se comunica.

La segunda conclusión nos reconcilia con la afirmación freudiana de que lo psíquico verdadero (o genuino) es inconsciente, cuando insiste en que la consciencia sólo se agrega a unos pocos, entre esos procesos inconscientes, transformándolos en conscientes. La única conciliación entre lo que hemos dicho acerca de los numerosos “niveles” de consciencias inconscientes y lo que Freud sostiene surge cuando reparamos en que son

inconscientes para una muy particular consciencia. Precisamente aquella que la represión primordial “elige”, en cada especie biológica, para constituir su consciencia “habitual” (que corresponde a la configuración de un yo “coherente”) separándola de todas las “otras” consciencias (que funcionan, por ejemplo, en las antiguas y filogenéticas formas anteriores del yo). Se trata, entonces, de consciencias (habitualmente inconscientes) que, dado que nunca han ingresado a la consciencia “habitual”, integran “la roca viva” del inconsciente que nunca fue objeto de una represión secundaria.

Llegamos, así, a nuestra tercera conclusión. La afirmación de que lo psíquico verdadero es inconsciente lleva implícito que lo que define al psiquismo no es lo que habitualmente (y desde nuestro yo “coherente”) llamamos consciencia. Ya mencionamos que aquello que, de acuerdo con Freud, define al psiquismo es el estar dotado de un significado, y que un significado se define por el formar parte de un proceso (“intencional”) que se encamina hacia una meta.

Es cierto que, para referirnos a un significado, también utilizamos la palabra sentido, que no sólo alude a un propósito (que adquiere el valor de un atractivo) y que dirige mis actos hacia un objetivo, sino que también se refiere a lo que siento como el impulso que me mueve para realizar lo que hago. Pero también es cierto que el psicoanálisis nos tiene acostumbrados a la idea de que esa doble connotación de la palabra “sentido” (que también la encontramos en el uso de la palabra “motivo”) puede operar de manera inconsciente. Señalemos, de paso, que una serie de acontecimientos que tiene significado constituye una historia (que culmina en un fin), de modo que lo que llamamos psiquismo y lo que llamamos historia son dos puntos de vista sobre un mismo asunto.

Sólo nos resta subrayar ahora que, dado que el significado define (como verdadero o genuino) al psiquismo inconsciente, ese mismo significado (o sentido) no alcanza para definir a la consciencia exactamente de la misma manera (como algo “psíquico” que sólo se define por su significado), porque si así lo hiciéramos, estaríamos definiendo, con propiedades idénticas, dos existentes que juzgamos distintos. ¿Qué agrega, pues, la consciencia, a lo psíquico inconsciente, para que una parte de este último psiquismo devenga consciente?

En primer lugar, señalemos lo que ya hemos dicho, que la consciencia mantiene, frente a lo inconsciente, las relaciones de *pars pro toto* que caracterizan a la relación de un signo (o un símbolo) con su referente. De manera que pensamos (tal como escribimos hace ya algunos años en “La consciencia”) que la consciencia funciona como un órgano que “nota” o “se da cuenta de” (parcialmente, y guiado por propósitos circunstanciales) un contenido inconsciente que registra como una especie de reflejo o “copia” de algún aspecto de un original que, en su completitud, es inaccesible.

Las “noticias” conscientes, que pueden llegar a constituir lo que denominamos “noción” o “conocimiento”, funcionarán, de todos modos, como signos (o símbolos) que aluden a un significado inconsciente, más amplio. Reparemos en que la “consciencia de sí mismo”, como producto de una escisión del yo, inevitable en la función de “autoconsideración” (*selfregard*), lleva implícita la existencia de esa “localidad doble” (de la primera hipótesis) que posibilita la “copia” que denominamos “noticia”.

Dado que la relación que existe entre la noticia y el significado del cual se tiene noticia (y que puede ser descripta en los términos de una jerarquía) es una relación de significación (dentro de la cual

la noticia ocupa la parte del símbolo o el signo), todo lo que acerca de la significación hemos aprendido nos permite comprender el modo de funcionar de la consciencia.

Recordemos, por de pronto, que, frente a la presencia, que se percibe “físicamente”, existe la posibilidad de una re-presentación (teatral o fotográfica, por ejemplo) que “se siente” como un drama histórico, y la de un re-presentante abstracto, que nace como un concepto que intenta captar la esencia formal (general) de una particular experiencia.

6. La historia que se oculta en el cuerpo

... trataré los sucesos de la naturaleza como si constituyeran un lenguaje, convencido de que el mundo puede ser ejemplificado de igual manera, si no es que mejor, suponiendo que es un lenguaje universal en lugar de una gigantesca maquinaria de reloj; específicamente, usando el metalenguaje del lenguaje común, consistente en "signo", "cosas significadas", "reglas de gramática", etc., en lugar del vocabulario propio de las máquinas, consistente en "partes", "efectos", "causas", "leyes de operación", etc., para describirlo.

Colin Murray Turbayne, *El mito de la metáfora*.

Los "mapas" del mundo y del "yo"

Nuestra imagen del mundo se construye como un mapa que, de acuerdo con lo que nos enseña la historia, evolucionó de una manera que podemos dividir, esquemáticamente, en tres estilos.

El primer mundo era mágico-animista, en el sentido de que sucesos naturales como el relámpago y el trueno, o el sol y la luna, estaban dotados de intenciones, como nosotros mismos, y, también, de que esas intenciones podían ejercer sobre la materia un efecto semejante al que ejercen algunos de nuestros pensamientos en nuestros movimientos musculares.

El segundo mundo era, en cambio, lógico-racionalista, una gigantesca maquinaria en donde cada fenómeno ocurre como

consecuencia de una causa antecedente, como producto de un *ethos* que opera mediante un mecanismo, mientras que el alma aparece en el momento en que los seres vivos alcanzan complejidad suficiente para poseer un cerebro.

Un tercer mundo se construye cuando la lógica del *ethos*, la llamada etiología, comparte su reinado con la lógica del *telos*, que da lugar a la teleología. Es decir, cuando la interpretación del fenómeno observado combina la idea de “qué y cómo” lo produce, paradigmática de la relación causa-efecto, con la idea de “por qué y para qué”, que pertenece al universo del sentido, de aquello que se comprende en función de una meta, y es propio de la relación de significación. En este mundo construido con mapas que admiten al pensamiento teleológico, natura y cultura no sólo se comportan como dos antagónicos, sino que muchas veces confluyen como proto-agonistas que marchan en una misma dirección desde distintos ángulos.

Si homologamos, esquemáticamente, el mundo mágico-animista con el protagonismo del proceso primario, y el lógico-racionalista con el protagonismo del proceso secundario, debemos decir que el tercer mundo, dentro del cual el pensamiento en términos históricos empareja su importancia con el pensamiento en términos físicos, se construye de acuerdo con un proceso que (en 1970, en “Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina”) propusimos denominar “terciario”.

Aunque la construcción de un mapa acerca de uno mismo tropieza con las paradojas de la autorreferencia (que dieron lugar a los enunciados de Gödel), cuanto hemos dicho acerca de la imagen del mundo cabe repetirlo en lo que respecta a la imagen del yo. En lo que a esa imagen respecta, existen también tres “estilos”.

El primero, que da lugar a lo que Freud llamaba “el yo de placer puro”; el segundo, que genera una noción del *self*, o esquema corporal, pretendidamente objetiva, y el tercero, que (tal como lo hemos expuesto en “Reflexiones sin consenso”) se genera como un mapa cambiante que admite rediseñar continuamente los límites entre lo familiar y lo extraño y que nos conduce a la idea de una permanente relatividad del yo.

Entre las formas que adquiere la autoestima surgida del “estilo” que conduce al “yo de placer puro”, cabe subrayar un modo particular de arrogancia inconsciente que nos lleva a sentirnos en el centro del mundo. La reiterada experiencia de que percibimos, en todas las direcciones, hasta una misma distancia nos instala, “insensiblemente”, en esa convicción de estar en el centro, que de un modo inconsciente asumimos. Si reparamos en la frecuencia con la que los datos arrojados por la percepción se homogenizan de manera ilusoria con los que arrojan el recuerdo o el deseo, queda claro que lo que solemos denominar *pseudoself* es el resultado de la exageración de un proceso ubicuo que debemos considerar normal.

El tema de la relatividad del yo, en cambio, conlleva otras circunstancias también importantes. De un modo análogo a como sucede con los dedos del embrión humano, que se codifican, en cada extremidad, como cuatro espacios interdigitales, el “yo” se constituye en espacios que son interpersonales. (Quién no ha sentido alguna vez el drama implícito en el “puedo ser así sólo contigo”.) Suelen ser tan distintos los mapas que acerca de nuestro “yo” trazamos en distintos ámbitos, que solemos resignarnos, inconscientemente, con una imagen constituida, en forma rudimentaria, con la parte invariante de lo que se manifiesta en el conjunto de nuestras relaciones habituales.

El alma y el cuerpo

Cuando vivimos en el mundo mágico del hombre primitivo que una vez fuimos, los cuerpos celestes, los ríos, los vientos o los truenos están animados de buenas o malas intenciones. Cuando vivimos en el mundo lógico del hombre racional, que bifurcó la magia en religión y ciencia, contemplamos el alma como un soplo vital que penetra en el hombre cuando nace y sale con el aliento que expira cuando muere, o la vemos como un producto de los organismos biológicos que han adquirido un cerebro.

Para la ciencia positivista, la materia, el cuerpo, el espacio, la física, la relación causa-efecto y el mecanismo son los conceptos fundamentales. De allí derivan otros conceptos que operan en nuestro modo de pensar de manera “automática” y que pertenecen al llamado “paralelismo psicofísico”.

Suele entonces sostenerse, más allá de toda duda, que 1) el cuerpo material existe primero, y lo psíquico aparece después, cuando se desarrolla un cerebro; 2) hay un espacio psíquico o mundo interior en algún lugar de la cabeza, y allí reside la consciencia; 3) el encéfalo es el punto de conexión entre la psiquis y el cuerpo; 4) hay una representación del cuerpo en la psique; 5) hay una influencia del cuerpo en la psiquis mediante sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro; 6) el funcionamiento psíquico produce cambios cerebrales; 7) el cerebro y el sistema nervioso influyen en el resto del cuerpo.

El psiquismo inconsciente

En 1895, Breuer y Freud descubrieron que un trastorno “corporal”, la histeria, podía ser mejor comprendido como el

resultado de un trauma psíquico que como una alteración física del sistema nervioso. A partir de este punto, Freud hizo tres descubrimientos importantes acerca de las personas normales: 1) ha demostrado, a través del análisis cuidadoso de numerosos actos fallidos, que la acción que impide alcanzar el propósito consciente pertenece a otra serie de actos, encaminados hacia otro propósito, acerca del cual el sujeto en cuestión no tiene noticia; 2) mediante la actividad onírica, se representa, de manera encubierta y simbólica, la realización de propósitos inconscientes; 3) el efecto cómico de los chistes proviene de que también ellos constituyen una forma encubierta de satisfacer propósitos inconscientes reprimidos.

La neurosis deja de ser considerada como una enfermedad degenerativa del sistema nervioso. Es, en cambio, la consecuencia de un conflicto entre propósitos que el paciente, en su mayor parte, ignora. Bastan unas pocas frases para consignar la magnitud de la contribución freudiana: 1) en la histeria, se padecen recuerdos olvidados; 2) la consciencia no define lo psíquico, es sólo una cualidad que falta en la mayor parte de los procesos psíquicos; 3) lo psíquico es sentido, es decir, finalidad, sentimiento y significado (y se manifiesta esencialmente a través de percepciones, sensaciones y evocaciones); 4) espacio y tiempo son características del funcionamiento del sistema de la consciencia, y el hombre no vive en el espacio y en el tiempo. El espacio y el tiempo viven en el hombre; 5) las pulsiones instintivas son propósitos inconscientes cualitativamente diferenciados determinados por los fines (teleología) de las distintas funciones del cuerpo; 6) no sólo las funciones del cerebro sino sobre todo las funciones del cuerpo permiten comprender la psiquis, descrita en términos de fantasías cuyas cualidades derivan de funciones “corporales” (como las orales, anales o genitales); 7)

los afectos no sólo son descargas actuales, sino también monumentos conmemorativos de sucesos filogenéticos que poseen un sentido, es decir que sus particularidades son psíquicamente comprensibles.

El modelo físico del psicoanálisis

Para fundamentar su teoría, Freud creó una metapsicología que, influido por la epistemología que predominaba en su época, apoyó sobre un modelo físico caracterizado por una tónica, una economía y una dinámica. A partir de este modelo metapsicológico, se estructuran los conceptos que predominan en el campo de lo que se suele llamar “el enfoque psicosomático”.

Se sostiene entonces que 1) el cuerpo y el alma son dos existentes (sustantivos) ontológicamente separados que se relacionan entre sí; 2) puede deducirse la existencia de *un psiquismo inconsciente situado entre el cuerpo y la conciencia* (una especie de “subconsciente” que emana de un “substrato” descrito por una biología que se limita a estudiar los seres animados con los métodos derivados de la física y la química); 3) hay funciones corporales, hay representaciones inconscientes de *algunas* funciones corporales, hay derivados conscientes de *algunas* representaciones inconscientes (es decir que hay sucesos corporales que arrojan signos de su existencia al aparato mental y otros que no); 4) algunos trastornos corporales son el efecto de una causa psíquica, es decir, el producto de una *psicogénesis* (sólo algunos); 5) algunos trastornos psíquicos son el efecto de una causa física, es decir, el producto de una *somatogénesis*; 6) algunos trastornos psíquicos pueden desaparecer *convirtiéndose* en somáticos y también puede ocurrir una transformación inversa (existe pues un misterioso “salto” entre dos formas ontológicas del ser, el cuerpo y la mente); 7) en toda

neurosis hay que diferenciar un factor neurótico actual (neurosis actuales), que tiene las características de la cantidad, distinto del factor psiconeurótico, que corresponde a un recuerdo olvidado, y que tiene las características de la cualidad.

El modelo histórico

Una formulación teórica cuidadosa del “factor” psiconeurótico exige escapar de la cárcel constituida por la física clásica y recurrir a un modelo histórico de propio derecho. Aunque Freud no llegó a construir ese segundo modelo, encontramos en su obra los lineamientos esenciales. 1) El tiempo no se percibe “físicamente”, sino gracias a la capacidad de recordar (el reloj es un aparato construido para transformar la noción tiempo en la noción espacio, pero para “leer” el transcurso del tiempo es necesario recordar la posición de sus agujas). 2) La psique no ocupa un espacio físico o “real” (ocupa un “espacio” que, más que virtual, es imaginario). 3) El sentido, como propósito, como afecto y como significado, se expresa según un modelo histórico (mediante percepciones, sensaciones y evocaciones). 4) El trauma psíquico es un drama histórico. 5) La importancia asignada a un personaje, una imagen o un pensamiento y que corresponde a lo que llamamos “investidura” (palabra que proviene de la vestimenta que representa un determinado cargo o dignidad) es algo más que una cantidad. 6) El fenómeno que denominamos “transferencia” no solamente es el desplazamiento de una cantidad, sino que, ante todo, es una *reedición* del pasado en el presente de otra relación. 7) El olvido no sólo es un deterioro o el producto de una fuerza física represora, sino sobre todo la obra de una *censura* “histórica” o intencional. 8) Si existe un puente entre lo físico y lo psíquico, ese puente no puede ser físico ni psíquico, ya que, si perteneciera

a una de las dos categorías que establece el paralelismo psicofísico, dejaría de ser puente.

Cien años después

Han pasado más de cien años desde los orígenes del psicoanálisis y no han pasado en vano. En 1938, Freud (“Esquema del psicoanálisis”) declara categóricamente que *la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis se opone a la teoría del paralelismo psicofísico*. La profunda transformación epistemológica que, desde la física y las matemáticas, modifica los fundamentos de la cultura de nuestra época confluye con la profética intuición freudiana, otorgando un apoyo multidisciplinario a nuevos desarrollos que prosiguen el camino que iniciara Freud.

Mencionaré, por ejemplo, tres temas esenciales. 1) Comprender el fenómeno llamado transferencia, y su carácter atemporal, condujo a comprender que la historia no ha pasado, sino que está viva como una actualidad que, precisamente, “actúa” en el presente. El acento se desplaza, entonces, desde considerar el trauma pretérito reprimido como la causa de la perturbación actual hacia interpretarlo como una mera representación simbólica, un relato (“recuerdo encubridor”) que alude a la crisis afectiva, o “biográfica”, que está ocurriendo en el presente observado. 2) Podemos distinguir, esquemáticamente, entre micro y macroestados afectivos. Los primeros son cambiantes y breves; los segundos, duraderos e invariantes, configuran lo que constituye el “meollo” de una crisis biográfica “en curso”. Los macroestados afectivos penosos componen lo que denominamos un drama (para el sentimiento), un problema (para el pensamiento) y un esfuerzo (para la acción). Cuando no podemos resolverlos ni tolerarlos, solemos reprimirlos, pero lo reprimido siempre “retorna”, obligándonos a pagar, por el alivio de un sentimiento insoportable,

el precio de un sufrimiento distinto, que llamamos enfermedad. 3) La enfermedad del cuerpo, entonces, producto de la deformación que la represión impone a un estado macroafectivo insoportable, contiene, en la precisa alteración de la forma y la función orgánica, el libreto o el guion específico del drama o la historia que oculta. Libreto que, a la manera de un mosaico, se configura con la particular combinatoria de las fantasías inconscientes que lo constituyen.

¿Qué es lo que llamamos historia?

De acuerdo con la interpretación predominante, la historia, como disciplina científica, estudia los hechos que una vez fueron percibidos y registrados, ordenándolos, crono-lógicamente, en una secuencia temporal que permite concebir una relación lógica entre causas y efectos.

El producto del arte narrativo, que también denominamos historia, transmite, en cambio, la significación de una experiencia que es independiente de su ubicación en un espacio y en un tiempo determinados y reales (como el “érase una vez” de los cuentos infantiles).

Pertenece a un modo de pensar que, en lugar de representar a la realidad “físicamente”, como suma algebraica de fuerzas, o como la resultante geométrica de una conjunción de vectores, la representa con palabras que aluden a las relaciones entre personas. Se trata, por lo tanto, de un modelo “histórico-lingüístico”.

A pesar de que el hábito intelectual de nuestra época nos conduce a considerar que las historias son hermanas menores de la científica historia, el fundamento genuino de todo pensamiento histórico, el sustento primordial de la interpretación histórica, nace precisamente de la narrativa, porque el relato, la leyenda o el mito son versiones de experiencias sempiternas, o atemporales, que nos

permiten interpretar el significado afectivo de un hecho histórico a partir de un presente en el cual ese significado (que permanece vivo) actúa.

Una historia se forma siempre llenando de carne el esqueleto de una estructura “típica”. Sin esa estructura típica es imposible tejer una intriga. Tiempo, lugar, escenario, decorados, ropajes y actores, pero sobre todo las circunstancias, a veces insólitas, constituyen la carne que refuerza el interés que despierta una particular historia. Su esqueleto, en cambio, armado con temáticas que, como la venganza o la expiación de la culpa, son atemporales, es tan universal y típico como lo son nuestras manos, nuestras orejas o las enfermedades que habitualmente sufrimos, y constituye el último y verdadero motivo de nuestro interés. Pero es fundamental aclarar que (tal como lo expusimos en *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa*) las temáticas, típicas y universales, se tejen, siempre, en torno de un malentendido que no se disipa, y por eso nos impregna el sentimiento de que vivimos con la esencial necesidad de encontrarnos con quien pueda entendernos.

El interés que despierta una historia

No es exagerado decir que vivir es jugarse la vida, ya que la vida, inevitablemente, se apuesta, se pone entera en el vivir. La historia, en cambio, no es el drama inherente a la vida, sino sólo la representación “teatral” de alguna de sus caras. El interés que despierta un relato, y que a veces alcanza a constituir el suspenso que “suspende” nuestro aliento (como si se pudiera, con ello, suspender la vida), es el producto de nuestra capacidad para “meternos” en la historia, negando de manera intencionada, como lo hacemos en el cine, que la representación

no es el drama representado. Sin embargo, al mismo tiempo, sabemos que el hecho que la narración relata (o el teatro “pone en escena”) no está ocurriendo “realmente” mientras se relata la historia.

Sucede entonces que, oscilando entre una y otra de esas dos actitudes o “creencias” inconscientes, y mientras dura la intriga de una historia, apostamos emocionadamente nuestra vida, identificándonos con algún personaje del relato, y luego, cuando la historia culmina, retiramos la casi totalidad de la apuesta “sin ganar ni perder” nada más que una “suma simbólica”.

Los enfermos ponen, en un momento dado, su vida entera en el significado de una historia insoportable y oculta, y se enferman de un modo que concuerda con la trama de esa historia que desean modificar. En los términos que utilizamos algunos párrafos más arriba, podríamos decir que se trata de una historia inconsciente, “detenida en el tiempo”, de manera que, aunque la intriga se haya terminado, el enfermo no retira su apuesta, como nos sucede a veces durante los primeros minutos, horas o días posteriores a nuestra salida del cine.

Podemos decirlo, sin embargo, de una manera mejor. La historia no sólo representa, o relata, un hecho que ya ha terminado de ocurrir, sino que también, y fundamentalmente, *se despierta en la medida en que tiene la capacidad de representar un acontecimiento actual, inconsciente, que permanece “en curso” y cuya intriga no se ha definido todavía.*

Los temas de la historia

Las enfermedades “contienen”, ocultas, diferentes historias, y cada una de esas historias se presenta, en la consciencia del enfermo, y en la del observador, como un trastorno corporal distinto.

En otras palabras, las distintas tramas son distintos “temas”, y los modos en que un hombre enferma son tan típicos como los temas que constituyen la trama particular y propia de las historias que cada una de las distintas enfermedades oculta.

Si podemos comprender su sentido, es precisamente en la medida en que somos capaces de compartir afectivamente, desde nuestras propias experiencias vitales, su significado, porque todas ellas pertenecen, como es inevitable, al enorme repertorio de temáticas, recurrentes y sempiternas, que impregnan la vida de los seres humanos. Debemos insistir una vez más en que son historias tan típicas y universales como los trastornos orgánicos que el enfermo “construye” para enmascararlas.

La actualidad de la historia

Si comprendemos que una historia no se realiza con los hechos que han “pasado”, sino, precisamente, con un significado afectivo que “constituye” hechos y los enhebra como si se tratara de las cuentas de un collar, comprendemos también que el único acceso posible a un significado “pretérito” depende de que ese significado continúe perdurando en el presente, es decir, que conserve su sentido. De modo que una historia sólo puede relatar aquello que está vivo en el presente, aquello que “no ha pasado”, en el sentido de que no ha terminado de ocurrir.

Cuando construimos una historia, atribuimos un tiempo, un lugar y un transcurso a una escena que, haya ocurrido o no, tal como la recordamos en nuestro relato, condensa la significancia afectiva actual (que actúa en el presente) del instante en el cual se construye esa historia.

Tiene, por lo tanto, muy poca importancia buscar en los datos de la memoria consciente del paciente, o en nuestra versión de “los

hechos”, “lo que realmente aconteció”, porque lo que nos interesa del pasado es lo que está vivo en la actitud y en la manera de vivir el presente. Muy por el contrario, es ese presente “vivo” el que produce la interpretación del pasado que llamamos historia, y es la realidad incontrovertible de esa producción actual lo que asigna a toda historia su valor de verdad.

Si renunciamos, en virtud de lo que señalamos, a la pretensión de una historia definitivamente “verdadera”, podemos comprender que cada una de las historias que nacen en nuestro campo de trabajo, cuando interpretamos el significado inconsciente de las enfermedades del cuerpo, constituye un valioso fragmento de “la verdad” buscada.

En resumen

1) En el acto espontáneo de masticar un alimento, en el sentimiento de miedo, o en el estrechar la mano de un amigo, no existe la disociación psicósomática. El cuerpo sano, o el enfermo, se experimenta como solamente físico cuando la finalidad que cumplen sus funciones permanece inconsciente. *El psiquismo inconsciente no se halla “entre” el cuerpo y la conciencia*, sino que coincide, desde otro punto de vista, con lo que llamamos cuerpo. Dicho en los términos de la computación: el hardware también es un software, ya que su estructura es el producto de una idea o “programa”.

2) El hombre primitivo piensa que el trueno es una consecuencia del relámpago que siempre lo precede. El científico piensa mejor sosteniendo que ambos provienen de una descarga electromagnética que sólo percibimos mediante dos registros sensoriales que nos llegan a velocidades distintas; la luz y el sonido. El cuerpo no produce el alma, cuerpo y alma son dos registros distintos, en la conciencia, de una realidad inconsciente incognoscible “en sí

misma". Tal como lo escribe William Blake, llamamos cuerpo a la parte del alma que se percibe con los cinco sentidos, y *alma*, agregamos ahora, *a los propósitos y las intenciones que animan al cuerpo*.

3) Cuando profundizamos en el estudio de los actos fallidos, en los cuales un propósito consciente es perturbado por otro contradictorio e inconsciente, comprendemos que los trastornos somáticos funcionales (desemboquen o no en alteraciones estructurales de los órganos) son actos fallidos en los cuales el propósito alterado es también inconsciente.

4) Cuando construimos una historia, atribuimos un tiempo, un lugar y un transcurso a una escena que, haya ocurrido o no, tal como la recordamos en nuestro relato, condensa la significancia afectiva actual (que actúa en el presente) del instante en el cual se construye esa historia que se conforma en torno de un malentendido. Las enfermedades "contienen", ocultas, diferentes historias, y cada una de esas historias se presenta, en la consciencia del enfermo, y en la del observador, como un trastorno corporal distinto. Son historias tan típicas y universales como los trastornos orgánicos que el enfermo "construye" para enmascararlas.

7. Acerca de la relación entre el significado y la vida

Aprendimos que el cuerpo humano se compone de tejidos y que los tejidos se componen de sustancias químicas. Aprendimos que todo esto se modifica en las enfermedades de acuerdo a la forma y a la composición. Ahora podemos emitir un juicio: esto está enfermo. Pero el enfermo puede decir: yo estoy enfermo. ¿Es que una célula puede decir “yo”? ¿Es que una molécula, un átomo, un electrón pueden decir “yo”? ¿Quién es aquel que dice “yo”? Sólo nos enseñaron cuestiones acerca de las cosas que son “algo”, no aprendimos nada de cosas que son “alguien”. Pero la consulta comienza con que alguien nos dice “estoy enfermo”...

Viktor von Weizsaecker, *El médico y el enfermo*.

Significado, significancia y significando

La mecánica material que constituye una máquina es siempre secundaria. Lo importante de un molino es que muele; si lo hace con superficies de piedra o de acero es secundario. Una máquina, más allá de la materia que la constituye, es un procedimiento efectivo (un algoritmo) que se define como tal por la finalidad que explica su función y que constituye su razón de ser.

Esa misma finalidad es la que encontramos en el funcionamiento de los órganos (o en un programa, como el Word, que se diseña para ser ejecutado por el CPU de una computadora). Ortega ha señalado (en “Idea del teatro”) que la función no solamente

“hace” al órgano, sino que, además, lo explica. Por eso decimos que el psiquismo inconsciente no sólo es un “producto” del funcionamiento del sistema nervioso, sino que, por el contrario, el psiquismo inconsciente es inherente, inseparable, en cada función fisiológica.

Es conveniente señalar en este punto que aquello que a partir del paralelismo cartesiano se ha llamado “el fantasma en la máquina” (Gilbert Ryle, *El concepto de lo mental*; Arthur Koestler, *The Ghost in the Machine*) corresponde a la actividad significativa que “anima” la vida otorgándole permanentemente un significado desde los innumerables estratos de consciencia que son inconscientes para la consciencia habitual.

Durante el camino recorrido, llegamos a la conclusión de que la función de la consciencia coincide con la actividad significativa que establece una relación de significación entre el signo y aquello a lo cual alude, y esto nos conduce a la idea de que la actividad significativa (ejercida por un “sujeto” significativo que puede ser inconsciente para la consciencia habitual) es la cualidad esencial que define a la vida.

Es evidente en cambio que el significado, aunque haya surgido como producto de una actividad significativa, puede perdurar, en una obra de arte, o en la idea que constituye la maquinaria de un molino, más allá de la vida que le ha dado origen.

Necesitamos recordar ahora que, de acuerdo con la segunda hipótesis fundamental, el significado define a lo psíquico “genuino”, diferenciándolo de lo psicológico (consciente); y que la función de la consciencia no se define, como se define lo psíquico, por su significado, sino que se define como un *significando*, un sujeto significativo, la mayor parte del cual, en aparente paradoja, es inconsciente para la consciencia habitual.

En otras palabras: la actividad significativa que caracteriza a la consciencia “genera” el significado. Cuando ese significado se ha separado de la consciencia y se ha vuelto inconsciente, caracteriza a lo psíquico inconsciente. La actividad significativa funciona como el pensar que produce juicios, conceptos, ideas y procedimientos efectivos. Mientras que el significado “establecido” tiende a funcionar como pensamientos pre-pensados, prejuicios, ideas preconcebidas, algoritmos repetitivos (implícitos en hábitos y automatismos). Incluye, por lo tanto, el conjunto de asociaciones preformadas y facilitadas que suele denominarse “un complejo” y también la estereotipada interpretación de una historia.

Si bien es cierto que la vida es posible gracias a la repetición de conductas y de asunciones que no necesitan ser nuevamente “pensadas” (la mayoría de las cuales funciona de manera adecuada), debemos reparar en el hecho, subrayado por Freud, de que algunas conductas repetitivas alcanzan el carácter de compulsiones dañinas que están “más allá del principio de placer” y se alejan de la vida configurando “pulsiones de muerte”.

Hemos señalado ya que la actividad significativa que caracteriza a la vida, como un continuo estar significando, la mayoría de las veces es inconsciente para la consciencia habitual, pero que se realiza no obstante en otro “nivel” de consciencia.

No todos los significados se resignifican de manera permanente; la inmensa mayoría se repite en forma automática. No es casual entonces que la actividad psicoanalítica procure resignificarlos re-conduciéndolos hacia la consciencia. Procediendo de este modo, el psicoanalista, operando como opera un catalizador en una reacción química, reactiva y profundiza un proceso que, aunque puede haberse “detenido”, es “natural” en el funcionar de la vida. Así procede Emilio Zola cuando, escribiendo su monumental *Yo*

acuso, logra “resignificar” la estereotipada historia que “demostraba” la traición de Dreyfus.

Una vez admitido que el cuerpo y la mente, lejos de ser “sustancias” con una realidad ontológica propia, son construcciones de nuestro conocimiento consciente habitual, comprendemos que podemos establecer una relación semejante entre conceptos tales como materia e idea, sustancia y forma o signo y significado.

La forma (como se ve claramente si tomamos, por ejemplo, un triángulo) se manifiesta en la materia, pero no es en sí misma material. La idea de modo, manera y función es una parte integrante del concepto de forma (el rigor formal de un razonamiento matemático o la formalidad de un trato protocolar, por ejemplo). La noción de materia o de sustancia está implícita en la noción de un cuerpo físico. La noción de forma confluye con la noción de significado y finalidad que constituye al existente psíquico.

La distinción entre sustancia y forma nos permite concebir el importante fenómeno que denominamos transferencia, de acuerdo con el cual decimos que una forma puede “viajar” desde una a otra sustancia, como ocurre por ejemplo cuando el cuño otorga su forma a la moneda.

Durante la transferencia que observamos en la clínica psicoanalítica, se nos hace evidente que lo que “viaja” como “forma” confluye con el significado inconsciente que denominamos psiquismo, y que el sujeto al cual se alude con la expresión “el fantasma en la máquina” constituye una especie de “personificación”, tal vez abusiva, conformada como un “alguien” que, como un “sujeto significante inconsciente”, transfiere (o “transporta”) la forma. La diferencia entre sustancia y forma (como función, procedimiento o manera) puede también ser vista como una diferencia entre lo concreto y lo abstracto (que contiene lo que a veces llamamos la esencia formal),

o como la diferencia entre soma y psique que suele establecer la consciencia habitual.

Hace muy pocos años, la semiótica extendió el campo de sus intereses para estudiar las relaciones entre los signos y su significado en los animales superiores, en todas las formas de la vida y también en los procesos que, como la inmunidad y el cáncer, transcurren dentro de los organismos pluricelulares. Nacieron de este modo una zoosemiótica, una biosemiótica y una endosemiótica.

Thomas Sebeok, a partir de las ideas de Jacob von Uexküll y de Gregory Bateson, inicia una corriente de pensamiento que hoy tiene numerosos cultores, entre los cuales se encuentra la escuela danesa que se reúne en torno de Jesper Hoffmeyer (autor de *Signs of Meaning in the Universe*). Todos ellos se apoyan en la idea de Charles Peirce, según la cual la relación entre un signo y su significado se da siempre dentro de una triada que implica la participación de un interpretante.

Agreguemos, además, que nuevas investigaciones (como consiguan, por ejemplo, Stefano Mancuso y Alessandra Viola en *Sensibilidad e inteligencia en el mundo vegetal*) incluyen a los vegetales entre los organismos dotados de psiquismo. Pero lo que más nos interesa destacar ahora es que no sólo investigadores como Lynn Margulis o Mae-Wan Ho (en Lynn Margulis y colab., *Chimeras and Consciousness. Evolution of the Sensory Self*, y Mae-Wan Ho, *The Rainbow and the Worm*) sostienen la idea de que la función de interpretante lleva implícito un “alguien” (en primera persona) y la existencia de una consciencia, sino además y sobre todo que la función de una consciencia es inherente a todas y cada una de las formas de la vida.

Si volvemos sobre la idea de que el cuerpo y la mente, la sustancia y la forma o, inclusive, el signo y el significado son conceptos que provienen de una “doble” organización del conocimiento

en la consciencia, queda claro que la consciencia que establece una relación entre los conceptos que surgen de ambas organizaciones es el interpretante que postula Peirce. Sabemos, además, que el interpretante (como el ribosoma que “lee” y ejecuta la instrucción genética) ejerce su función porque algo lo motiva, y que, por lo tanto, el resultado no lo deja indiferente, sino que, por el contrario, su interpretación le importa. En otras palabras: posee significancia.

Hace ya muchos años que nos vimos forzados a admitir que la organización de la consciencia, mejor que doble, es triple, y, por este motivo, escribimos frecuentemente entre comillas la palabra “doble”.

Es posible pensar, de este modo, en numerosos trípticos, como por ejemplo: cuerpo, alma y espíritu; física, historia y matemáticas; cuerpo, afecto y lenguaje; presencia, historia y transferencia; presencia, representación y representante; sustancia, significancia y forma; hígado, corazón y cerebro; endodermo, mesodermo y ectodermo; hacer, sentir y pensar; sensato, sensual y sensible; criterio, significancia y significado; *experire*, *sapere* y *scire*; creencia, comprensión y explicación; poder, querer y deber; ego, ello y superyó; o pasado, presente y futuro. De más está decir que las correspondencias que esos trípticos mantienen entre sí sólo son aproximadas, y que los tres conceptos que los constituyen no siempre se distinguen entre sí con límites precisos.

Sin embargo, si volvemos sobre la idea de que la significancia es el producto de una consciencia que “atribuye” una importancia a la relación entre el signo y su significado, nos damos cuenta de que la consciencia “triplemente” organizada, cuando los integra, funciona en otro estrato, porque cuando además de cobrar noticia de un signo y de su significado cobra noticia de una significancia, registra, en un bucle recursivo, su propia y vital actividad de interpretante.

Reparemos una vez más en que la sustancia y la forma (lo mismo que la materia y la idea, el signo y el significado, o la información) que la consciencia registra pueden existir más allá de la vida. Agreguemos ahora que eso ocurre también con la significancia, ya que la importancia de un significado puede conservarse de manera explícita en un libro, por ejemplo, cuando perdura en su contenido semántico o en el subrayado de un párrafo.

Reparemos también, dicho sea de paso, que es necesario distinguir entre la información y la significancia (si medimos la información en la cantidad de bytes necesarios para registrarla, vemos que la guía telefónica posee mucha más que un soneto de Shakespeare, pero el soneto posee mayor significancia).

Lo que importa destacar en este asunto, sin embargo, es que, además del significado y de la significancia, existe la actividad significativa que les ha dado origen. Importa reparar en ella porque se trata, precisamente, de la actividad que “fundamenta” la intencionalidad y la automovilidad que constituyen las características esenciales de la vida, pero, sobre todo, porque surge sólo en los seres vivos y supone la función de alguna forma de consciencia. En lugar de expresarla con el participio pasado “significado”, nos referimos a esa actividad “funcionando en el presente” utilizando el gerundio “significando” (una especie de adverbio en el cual “participan” las funciones de verbo y adjetivo).

Un sujeto significativo inconsciente

Hubo una vez un poeta, Alfred de Musset, que padecía una aortitis sifilítica acompañada por una insuficiencia aórtica; y hubo un médico —ignoro su nombre— que reparó en el sacudirse de la cabeza del enfermo en cada sístole cardíaco. Ese “reparar” fue un pensamiento que acompañó la experiencia del

médico frente al poeta. Ese “reparar” fue a un mismo tiempo el efecto y la causa de esa experiencia, fue un comprender la relación, fue una teoría.

El médico que “leía” en De Musset esa relación no necesitaba, como Pulgarcito en el bosque, dejar una señal, en el propio enfermo, del camino seguido por su pensamiento. Escribió una “guía de viaje” que figura, en los libros de patología, bajo el título “signo De Musset” y que nos permite recorrer en otros pacientes un camino semejante.

La respuesta buscada parece entonces clara. El médico que observó a De Musset es aquí el sujeto significante; la descripción es el signo; De Musset, o cualquier otro paciente al cual se le sacude de esa manera la cabeza, es el objeto significado, de manera indirecta, en el papel del libro.

Casi *ex profeso*, para penetrar en su sentido, hemos utilizado las palabras “significado”, “signo” y “significante”, en su acepción más literal. En el caso de “significado”, esta acepción literal se refiere a un objeto marcado por el significante, sujeto activo del verbo. (Aclaremos que este sentido ni es el habitual ni coincide exactamente con el utilizado por la lingüística, de acuerdo con la cual entendemos por significado el mensaje mismo, aquello que “queda” junto con el signo.)

Parece indudable que la vivencia que acompaña al sujeto significante cuando significa es *lo* significado en *el* objeto significado. Esta vivencia parece ser un método, un camino, un procedimiento, que se intenta preservar del olvido guardándolo, como información, en el signo. Admitimos, entonces, que el médico que atendía a De Musset es el significante “que elige”, que “traza”, el “signo De Musset”, para comunicar el pensamiento que acompañó a su experiencia. El objeto es así significado, si no de modo directo como Pulgarcito significa al bosque, de modo

indirecto, a través de un “mapa” en el libro de patología. Sea de uno u otro modo, el acto de significar un objeto es el producto de una teoría, de una experiencia subjetiva, de un camino particular recorrido por el sujeto significante sobre el objeto significado.

Pero ¿qué ocurre con el propio De Musset? ¿No contiene acaso él también un sujeto? ¿El movimiento en sacudidas de su cabeza no puede constituir el trazado de un signo, en cuyo caso el propio De Musset sea el significante como sujeto y el significado como objeto? ¿No puede ser la enfermedad del poeta, y su existencia misma, lenguaje? ¿No puede ser una fantasía específica inconsciente, un mensaje que De Musset se envía a sí mismo, o a quien se acerque a comprenderlo? ¿Un mensaje a través del cual intenta conservar, recuperar o sustituir la vivencia que acompaña al acto significante?

La existencia de esta actividad significante inconsciente, en aquello que hasta entonces fuera sólo un objeto significado por el médico observador, es, sin lugar a dudas, el descubrimiento de Freud. El verdadero signo “*De Musset*” será aquel que contenga la descripción de la vivencia significante del propio De Musset. El otro, el “clásico”, debería llevar el nombre del médico que lo describió.

El cuerpo “desalmado”, la existencia mental y el “cuerpalma” sentí-mental

Dijimos antes que William Blake afirma que el hombre no tiene un cuerpo distinto del alma, porque lo que llamamos cuerpo es el trozo del alma que se percibe con los cinco sentidos, y que tampoco tiene un alma distinta del cuerpo, dado que lo que llamamos alma es la vida que anima su cuerpo. Debemos aclarar, ahora, que la

vida que “anima su cuerpo” se manifiesta con mayor contundencia y claridad en la actividad signifiante que define a los distintos estratos conscientes (la mayoría de los cuales son inconscientes para la consciencia habitual) que en el significado, ya establecido, que podemos ver en una conducta que se repite de manera “maquinal” y automática.

El cuerpo, físico, y el espíritu, psíquico, pueden existir (tal como lo demuestran un cadáver congelado y un jeroglífico egipcio) más allá de la vida (constituyendo los dos extremos, de lo físico y de lo psíquico, que ejemplificamos cuando nos ocupamos de la relación que establecemos con nuestra propia mano). El alma que constituye la vida de un cuerpo “animado” supone alguna forma de consciencia, y así lo comprendemos cuando logramos incluirla en lo que habitualmente llamamos consciente, aproximándola a lo que ha constituido el objeto de estudio tradicional de la psicología.

El alma presente, en un automatismo repetitivo, como un significado “congelado” que puede persistir más allá de la vida (o, inclusive, repetirse, esquemáticamente, en algún tipo de prótesis, como sucede con un marcapaso cardíaco) se acerca, como acontecimiento mental, a lo que denominamos espíritu, aproximándose, en un cierto sentido, a lo que Freud denominaba lo psíquico genuino, inconsciente. Reiteremos, una vez más, que eso, “psíquico genuino”, puede perdurar como tal, conservado en un libro, más allá de la vida, integrando lo que llamamos espíritu (como sucede, en matemáticas, con lo que denominamos “teorema”).

Si aceptamos que la actividad signifiante y la función de la consciencia son dos nombres para una misma cosa, y que las fantasías cerebrales (que “preceden y conducen” a la formación del cerebro) corresponden a la función de la consciencia, cuando

decimos que el hígado “se arroga” la representación de la materialización, y el corazón, la del presentir y el recordar, ¿debemos pensar que esa función de “arrogarse” la representación es una fantasía cerebral?

Parece necesario aclarar que, cuando decimos que un órgano se arroga la representación, usamos una metáfora acerca de la cual conviene reflexionar, ya que, por más que el órgano “acumule los méritos” para ser elegido, la actividad significativa que caracteriza a los diversos estratos de consciencia es la que lo elige como representación. La condición de esa elección consiste en que la representación elegida debe ser una parte importante de lo representado.

Decimos que la consciencia es un significando y no un significado, de modo que “el reflejo especular” que constituye la fantasía específica de un órgano particular (significándolo o eligiéndolo como representación) es siempre una fantasía cerebral. Sin embargo, la fantasía específica, *una vez constituida* como significado, es una fantasía que (como la hepática o la cardíaca) es distinta de lo cerebral *constituyente*.

Aquí nos encontramos con una especie de paradoja similar a la paradoja de la autorreferencia, porque la fantasía cerebral como “acto de consciencia” que está *constituyendo* (significando) una particular fantasía específica cerebral (como hace con la hepática o cardíaca) no es la fantasía cerebral *ya constituida* como significado. Un significado constituido y “congelado” es una fantasía inconsciente específica que funciona, repetidamente, de una manera inmutable. Una fantasía específica cerebral que, con un significado “congelado”, funciona de esa manera corresponde, por ejemplo, a la idea de que pensamos con la cabeza.

Estamos ahora en condiciones de completar nuestro esquema, volviendo a lo que sostuvimos cuando nos ocupamos de nuestra

relación con la mano, que nos llevó a diferenciar (en una triple organización de la consciencia) entre un cuerpo (*Körper*, físico “extremo”, desalmado y concreto), un alma (o espíritu, psíquico “extremo”, mental y abstracto) y un alma (o “cuerpalma”, *Leib*, sentí-mental, “psicosomática” o histórica).

Ya desde los tiempos de Aristóteles, lo característico del alma es que piensa, siente y hace. La fantasía cerebral, como significado constituido, es que el pensamiento sólo sucede en la cabeza, y la fantasía cardíaca, igualmente constituida, es que sentimos con el corazón. No resulta tan evidente, en nuestros días, que existe un significado inconsciente constituido que se manifiesta como convicción de que “hacemos” con el hígado, pero cuando se piensa en la voluntad que se requiere para llevar adelante los proyectos asumiendo todos los esfuerzos necesarios, suele pensarse desde antiguo que hace falta “tener hígados”.

Mientras tanto, la actividad significativa que supone la actividad de la consciencia en alguno de sus múltiples estratos funciona como una fantasía cerebral *constituyente* de una *idea*, de un significado que, en la medida en que nace unido a la atribución “cardíaca” de una importancia y a un componente de elaboración “hepática”, adquiere, junto a la eficacia de un concepto, el *valor* de una significancia y la realidad de un *hecho*. Ese significado podrá perdurar luego como un significado *constituido* que, como un automatismo, se independiza de una intervención consciente.

Nuestras “reflexiones” conscientes (que utilizan inevitablemente una parte para representar el conjunto entero que esa parte integra) nos permiten representar lo cerebral como una actividad significativa que culmina en *ideas* que son noticias acerca de ello y noticias acerca de “uno mismo”, y que provienen de nuestra capacidad de “reflexión”; representar lo cardíaco como una atribución

de importancia que culmina en *valores* que provienen de la capacidad de recordar, de presentir y de compadecer; y representar lo hepático como una elaboración que culmina en *hechos*, que son realizaciones “materiales”, que provienen de la capacidad de “digerir y asimilar” (discriminando e integrando) lo que no se puede incorporar entero.

8. Mi consciencia y yo

Una hormiga sola no podría considerarse que tiene algo específico en su mente. Varias hormigas juntas, rodeando a una presa, parecerían tener una idea en común. Pero recién cuando se ve la sombra de miles de hormigas cubriendo el suelo del bosque, es cuando se puede percibir a La bestia.

(De acuerdo con lo que menciona una colega, la frase pertenece a Lewis Thomas, quien fue insigne director del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center.)

Una laberíntica galería de espejos

Hemos visto que la consideración de los distintos estratos de consciencia se relaciona inevitablemente con la idea de otros tantos egos, lo cual a su vez nos conduce a la relación existente entre sujeto y objeto y a los conceptos de libre albedrío y determinismo, que adquieren sentido cuando los referimos al yo coherente, que dispone la consciencia “habitual”. Comencemos por decir que el sujeto observador es consciente, mientras que la consciencia de un objeto que consideramos “animado” sólo puede ser inferida.

También podemos decir que el concepto de libre albedrío es, antes de asumirse como una inferencia teórica, un sentimiento del “ente” observador, que puede ser proyectado, secundariamente, sobre los objetos que, de este modo, se “animan” con lo que solemos llamar “intenciones”. Por otro lado, y al mismo tiempo, el concepto de “acontecimiento determinado”, que surge como

una formación teórica frente a un “objeto” observado como algo “desalmado” o como alguien que es objeto de las fuerzas que lo determinan, puede ser proyectado sobre la propia consciencia, originando la idea de un sujeto “sujetado” por acontecimientos de su circunstancia frente a los cuales pueden llegar a constituirse sentimientos como la impotencia o la dependencia.

Por fin, la necesidad de postular un psiquismo inconsciente “en” el cuerpo (*Körper*) que se observa como si sólo se tratara de un objeto origina la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis y, al mismo tiempo, afirma la existencia de un ello habitado (tal como lo sostiene Freud) por las innumerables existencias (filogenéticas) del yo. Agreguemos ahora que son precisamente esas “innumerables existencias del yo” las que actualmente configuran otros tantos “egos” que funcionan de manera inconsciente para la consciencia habitual.

Erwin Schrödinger (en *¿Qué es la vida?*) sostiene que el único modo de reconciliar el hecho de saber que mis funciones son mecanismos determinados por las leyes naturales con la incontrovertible experiencia de que dirijo mis movimientos y puedo ver sus efectos es pensar que yo (en el amplio sentido de una mente que no piensa o siente “yo”) soy el que determina el movimiento de los átomos. Se refiere de este modo a que la consciencia (un singular cuyo plural se desconoce) funciona “sin tener consciencia plena” de su pertenencia a una amplia consciencia universal a la cual suele aludirse con la palabra “Dios”. Sostener que la totalidad de una consciencia “universal” es inconsciente para “una” consciencia, en singular, que siempre funciona “desde un punto de vista”, concuerda con la idea de que todo acto de consciencia surge de una disociación que crea la interfaz reflexiva que lo convierte en una “consciencia de”.

En 1969 (en “La interioridad de los medicamentos”) inspirados en “Las ruinas circulares” de Borges, escribimos:

Pensaron... Pensaron que un dios llamado Marciano fue creando, como producto de una lenta evolución, las máquinas mineral, vegetal, animal y humana, interrelacionadas entre sí por fenómenos como la fotosíntesis o la fecundación de las flores por los insectos.

Pensaron que estas funcionaron así, interrelacionadas entre sí, durante milenios, y que una de estas máquinas, el hombre, sintiéndose viva, e incapaz de conocer la fórmula de los circuitos impresos “pensados” por el dios Marciano, y que la han hecho posible, tomó a estas fórmulas por sustancias esenciales, “no pensadas”, existentes “de por sí”, y vacías de la interioridad que él poseía.

Pensaron que por eso lo asombró al hombre durante un tiempo la “casualidad” de que pudieran inyectarse a un ser humano, y con un efecto definido, “transistores” que, como la morfina, provenían de una planta vegetal a la cual este no reconocía del todo como hermana.

Pensaron que esto no había cambiado, que el hombre, un robot capaz de trazar su propio programa, dio en crear a su vez a una máquina llamada cibernética, que estando casi tan viva como él, lo llevó a sentirse máquina y Dios al mismo tiempo, y a suponer que el mismo Dios habría de preguntarse, cuando observaba al hombre, surgido del programa que él mismo continuamente se creaba, cuál sería la *fórmula de su propio circuito divino*.

Sólo al salir de “las ruinas circulares” pudieron las máquinas comprender que Dios crecía junto con ellas en la estructura del conjunto, al cual ellas iban dando cada vez más vida y más interioridad, interrelacionadas entre sí. Y que desde la misma intimidad elemental de la trama “mineral y viva” nacían las raíces de Dios junto con ellas, las máquinas, en cada sustancia.

La idea de un sujeto “sujetado” confluye entonces con la idea de un ego, y especialmente con un ego que es consciente de sí mismo, mientras que la idea de un objeto (un ob-jeto, arrojado) confluye con la idea de la formación de un ello (como sostiene Weizsaecker), de un “no yo” habitado, o no, por otros egos que no incluyo en lo que designo (desde el yo coherente) con el pronombre personal

que denomino “yo”. Agreguemos también que las relaciones *recíprocas* del yo (sujeto) con el ello (objeto) y los límites de la frontera que los constituye (relaciones que Weizsaecker denomina “transjectivas”) varían permanentemente, como varía la imagen que, en cada instante, uno tiene de sí mismo.

Las percepciones de los objetos del mundo, tanto como las imágenes que conforman una representación del mundo, forman representantes de un ello en el yo. Lo forman, además, las representaciones autorreferentes de un “mí mismo” que, al ser observado “por mí”, ya no incluye, en el “mí mismo” que observo, a la parte de mí desde la cual me observo. También lo forma la existencia reconocida de otros sujetos semejantes en el mundo o, inclusive, “dentro” de mi propio organismo.

Cuando percibo, siento, pienso y hago, experimento la consciencia de manera única y verdadera, evidente e inmediata, y también siento que elijo los actos que realizaré. Podemos afirmar, junto con los neognósticos de Princeton (Raymond Ruyer, *La Gnose de Princeton*), que la consciencia es un singular cuyo plural se desconoce. En la autorreferencia, cuando digo o pienso “yo”, *el yo pasa a ser objeto*, pasa a ser ello (como mis manos, mi inteligencia, mi memoria, la tierra de mi país que piso o la enfermedad por la cual sufro) y depende de acontecimientos que escapan a mi dominio. Ello (“fuera” de mí en el espacio o en el tiempo) contiene innumerables entidades a las cuales atribuyo el conjunto de características que denominamos “yo” (que puede ser un “tú”, un “él”, un “ella” o sus equivalentes plurales).

La proyección en el mundo, fuera de los límites del yo, de lo que hemos caracterizado como una laberíntica galería de espejos establece el significado de los vínculos y de las personas “construyéndolos” mediante la transferencia que acompaña a las numerosas “especulaciones”. La cualidad esencial a la que nos referimos cuando utilizamos el pronombre personal que designamos “yo” es

esa consciencia, de la propia existencia, que denominamos “sentimiento de sí”.

Frente al mundo que constituye el “no yo” que configura un ello, la automovilidad que constituye lo que denominamos intención (reparemos que “animado”, dotado de alma, también significa “que se mueve”) y la autorreferencia que configura el “sentimiento de sí” (como una adquisición de lo que denominamos consciencia) integran las características que conforman un ego.

Experiencias ya registradas en textos antiguos (*Upanishads*) conducen a dos formas de manifestación de la consciencia. Una, “primaria”, en la cual la consciencia de “sí mismo” (*self*) permanece en la penumbra. Se manifiesta como una amalgama de sensación y percepción que “motiva” (gatilla), sin desasosiego, el impulso que tiende hacia la satisfacción de una carencia leve que la vida genera. Así, sentado, puedo cruzar una pierna casi sin darme cuenta. Otra, “secundaria”, en la cual la dificultad arrecia y el apremio de la vida conduce hacia la disociación que genera, de manera más nítida, la interfaz (consciencia “de”) que separa, en un acto de consciencia, al yo y su circunstancia (Ortega). La inevitable parcialidad de esta segunda forma conduce a que todo *self* sea, en una cierta medida, un *pseudoself*.

Cabe reproducir aquí lo que escribe Borges acerca del budismo (en *Siete noches*):

Una de las desilusiones capitales es la del yo. El budismo concuerda así con Hume, con Schopenhauer y con nuestro Macedonio Fernández. No hay un sujeto, lo que hay es una serie de estados mentales. Si digo “yo pienso”, estoy incurriendo en un error, porque supongo un sujeto constante y luego una obra de ese sujeto, que es el pensamiento. No es así. Habría que decir, apunta Hume, no “yo pienso”, sino “se piensa”, como se dice “llueve”. Al decir llueve, no pensamos que la lluvia ejerce una acción; no, está suce-

diendo algo. De igual modo, como se dice hace calor, hace frío, llueve, debemos decir: se piensa, se sufre, y evitar el sujeto.

Hace unos años, refiriéndonos a la relatividad del yo, escribimos (en el epílogo del libro *El interés en la vida. Sólo se puede ser siendo con otros*): “Es necesario y saludable que más tarde o más temprano admitamos, pacíficamente, la idea de que somos, y hemos sido siempre, como una gota de agua que afirma su existencia entre las otras y contempla, embelesada, creyendo que son propias las luces que refleja; mientras se dirige, saltarina, hacia la inmensidad del mar”.

Las “dos” formas de consciencia

Recordemos la poesía que (en *Proverbios y cantares*) escribe Antonio Machado: “Hay dos modos de consciencia: / una es luz, y otra, paciencia. / Una estriba en alumbrar / un poquito el hondo mar; / otra, en hacer penitencia / con caña o red, y esperar / el pez, como pescador. / Dime tú: ¿cuál es mejor? / ¿Consciencia de visionario / que mira en el hondo acuario / peces vivos, / fugitivos, / que no se pueden pescar, / o esa maldita faena / de ir arrojando a la arena, / muertos, los peces del mar?”.

No cabe duda (tal como lo expusimos en *La consciencia*) de que el poema de Machado posee un misterioso carácter conmovedor. Comprender su relación con los desarrollos que, acerca de la consciencia, realizamos es algo muy diferente al género de comprensión que ejercitamos cuando nos conmovemos. Si, a la manera de lo que Bateson llamaba metálogo (en *Pasos hacia una ecología de la mente*), usamos el mismo poema para referirnos a los modos de comprenderlo, podríamos decir que, en primera instancia, nos conmovemos cuando el poema “nos alumbrar un poquito el hondo mar” permitiéndonos mirar “peces vivos, fugitivos, que no se pueden pescar”.

Si nos preguntamos, en cambio, acerca de su significado, la respuesta requiere que, haciendo “penitencia con caña o red”, nos entreguemos a “la maldita faena de ir arrojando a la arena, muertos, los peces del mar”. Entonces diremos que la luz se refiere a la manera visual de la consciencia, que contempla espacios complejos, o escenas, en donde los objetos son percibidos en simultaneidad, mientras que la paciencia alude a una consciencia auditiva, secuencial, durante la cual adjudicamos palabras sucesivas a los acontecimientos que, de este modo, como si los fijáramos en formol, pierden la complejidad de su estar vivos y en perpetua evasión de todo concepto.

Lo que alguna vez hemos llamado (en “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar”) el “ideograma oniroide primitivo”, vecino a la carga emocional del proceso primario, queda entonces sustituido por el discurso verbal propio del proceso secundario, racional. Pero, afortunadamente, las cosas no terminan allí, porque dentro del ejercicio del lenguaje verbal el hombre ha desarrollado la poesía, propia del arte literario y de una forma de consciencia que constituye un proceso terciario.

Reparemos, además, en que el proceso secundario establece diferencias (razones), mediante pensamientos que recurren a la inducción (fundamentándose en una experiencia “estadística”) y a la deducción (fundamentándose en “leyes” lógicas como, por ejemplo, el carácter transitivo, que constituye un axioma). El proceso primario (condensación y desplazamiento) atribuye importancias, en cambio, mediante sentimientos que “se transfieren” sobre objetos y circunstancias.

La relación entre la razón y la intuición, como instrumentos del conocimiento, se vincula estrechamente con la que existe entre el pensamiento y el sentimiento cuando funcionan juntos. Cuando la intuición y la razón funcionan juntas, como una amalgama

“exitosa” de los procesos primario y secundario, constituyen un proceso terciario, en el cual la cantidad deviene cualidad (o viceversa). Por eso, y a despecho de prejuicios que son fundamentalistas, nos vemos forzados a admitir que no es lo mismo robar una moneda que robar una fortuna.

Así como la parte que observa queda siempre fuera de lo que está observando, no podemos descubrir de manera completa ese proceso terciario que nos permite predecir y, a continuación, acertar. Intentando profundizar en el conocimiento de ese “misterioso” proceso, Charles Peirce se refiere a un procedimiento que denominó “abducción”. Bateson atribuye a la abducción el descubrimiento de “la pauta que conecta” acontecimientos aparentemente disímiles.

Gracias al funcionamiento adecuado de la abducción, la metáfora, el sueño, la parábola, la alegoría, la transferencia y todas las formas del arte pueden operar enriqueciendo el conocimiento que nos permite vivir. No sólo percibimos lo que un semejante siente a partir de los cambios “objetivos” que reconocemos. Ante todo, lo aprehendemos, de manera “directa” (de “onda”), gracias a que disponemos de una capacidad (transferencias recíprocas, neuronas espejo) para convivir sensaciones (sean concordantes o complementarias).

Sólo se puede ser siendo con otros

Los tiempos en que pensábamos que un organismo, en un primer momento, vive y, luego, en un segundo momento, “comienza” a convivir han quedado muy atrás. Hoy hemos aprendido que vivir y convivir son dos aspectos unidos de un modo indisoluble, y que, con esas dos palabras, “vivir” y “convivir”, nos referimos, inevitablemente, a un mismo proceso indivisible. Creíamos que

las hormigas (como las abejas) conviven como insectos sociales, pero (tal como lo sostienen, por ejemplo, Edward Wilson y Bert Hölldobler en *Viaje a las hormigas*) hoy sabemos que constituyen (como la biosfera entera) un superorganismo (en este caso, el hormiguero) cuya sensibilidad e inteligencia le permite una eficacia que trasciende la capacidad de cada uno de sus integrantes aislados.

Pensábamos que una colonia de bacterias funcionaba, simplemente, como una agrupación de microbios, pero (tal como lo exponen con elocuencia Eshel Ben-Jacob, Yoash Shapira y Alfred Tauber en “Smart Bacteria”) en una pequeña mancha de muy pocos centímetros, una cantidad de bacterias (mayor que el número de seres humanos que habitan la Tierra) se constituye como un verdadero organismo “superbacteriano”, sensible en su relación con el entorno.

Se trata de un organismo cuyos integrantes procariotas se comunican entre sí y desempeñan las distintas funciones que lo constituyen. Señalemos, por fin, que una multitud de fenómenos conocidos desde antiguo, que no pueden explicarse por obra de una selección natural, como, por ejemplo, la fecundación de algunas flores con la “interesada” colaboración de ciertos insectos, conducía hacia una interpretación, en términos de una inteligencia ecosistémica, que no nos sentíamos en condiciones de asumir.

Hace unos años, en *El interés en la vida*, escribimos que el problema del “misterioso salto” entre el cuerpo y el alma ya no nos preocupa especialmente, y no porque lo hayamos comprendido en su totalidad, sino porque, desde que pensamos que lo que llamamos somático y lo que llamamos psíquico son como dos caras de una misma moneda, ya no es necesario encontrar un “mecanismo”, o un lugar, a través del cual podamos “saltar” de un lado al otro. Somos, siempre, un organismo unitario que se manifiesta, a

la contemplación humana, con distintas cualidades, y lo único que “salta” es la mirada.

Lo que nos urge ahora ya no es eso. Nos urge, en cambio, comprender la crisis en la cual nos precipita un anacrónico concepto de “individuo” o, mejor dicho, de persona, que, como hemos visto (y tal como lo hemos expresado en *La enfermedad. De un órgano, de una persona, de una familia y de un pueblo*) en la biología de hoy, ya no se sostiene. Es una tarea de nuestro horizonte actual, tan difícil ahora, como fue, otrora, aclarar el problema, mal planteado, del misterioso salto entre el cuerpo y el alma, cuando nuestras arraigadas intuiciones lo dificultaban.

Tener consciencia de sí mismo forma parte de nuestra condición constitutiva, ya que tanto la “autoobservación” como la “autorreferencia” son ineludibles. Pero también hay momentos de un estar “fuera de sí”, en los que uno es atraído por algo ajeno que le importa. Reparemos en que, más allá de las actitudes civilizadas y corteses que son “signos de buena educación”, a uno le importa muy especialmente “eso” a lo cual uno se refiere cuando dice “yo”.

Es un sentimiento de autoestima con el cual nacimos y que consolidaron nuestros padres en nuestros años infantiles. Impregnados en ese sentimiento no podemos evitar, y nos duele, vivir en un mundo en el cual, poco a poco, descubrimos, ya desde el jardín de infantes, que uno les importa mucho menos a los otros de lo que uno suponía y, como es obvio, mucho menos que lo que ellos se estiman a sí mismos. Pero, también, “aquí y allá” descubrimos, sin embargo, momentos en los cuales nos tratan, de manera completamente inesperada, y a despecho de sus propios intereses egocéntricos, con magnánima bondad.

Nada tiene de extraño, entonces, que el principio rector de acuerdo con el cual “para uno lo primero es uno”, que llevamos

muy consustanciado en el fondo del alma (como un automatismo que admite muy pocas excepciones), pueda llegar a molestar-nos cuando “surge”, a pesar de las actitudes educadas, incurriendo en el equívoco de transformar lo egoico en egoísta. Porque, en esas situaciones, en las que triunfan las actitudes egoístas, propias o ajenas, el sentimiento de que hay algo que está mal, que funciona “descentrado”, y que nos incomoda, nos llevará a descubrir, más tarde o más temprano, que la vida de uno mismo es demasiado poco, como para que uno le dedique, completamente, su vida.

Cuando reparamos en que la suficiencia o el déficit, en el ser “siendo con otros”, definen la magnitud con la que sentimos interés en la vida, nos encontramos, de pronto, con que *sólo una vida interesada se vuelve interesante*. Tal como revela la etimología de la palabra “interés”, se trata de *interessere*, de ser “entre” otros, y en esa ineludible realidad, que ocurrirá bien o mal, pero que siempre ocurre, reside la forma, buena o mala, en que nos alcanzarán las cosas de la vida, aquellas que pueden colocarnos en los umbrales de la enfermedad, y que, sin poder evitarlo, nos importaron, nos importan y nos importarán mucho más de lo que a veces preferimos creer. Contemplarlas (como lo hicimos en *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa*) no sólo nos ilumina, desde el alma, lo que sucede en el cuerpo, también nos permite comprender cómo el alma se “conforma”, mejor o peor, resonando a su manera con el espíritu que impregna su entorno.

Prosiguiendo el camino que Weizsaecker iniciará siguiendo una huella que se encuentra en tres grandes filósofos, Sartre, Heidegger y Ortega, para quienes lo esencial de la vida consiste en un “ser siendo” que “la dedica”, apuntándola en alguna dirección que se valora, sostuvimos, en ¿Para qué y para quién vivimos? El camino

de los sueños, que el “sentido”, que la llena de manera saludable, se vacía cuando el interés desciende a formas de evitar el displacer que son insalubres y banales.

Si bien es cierto que necesitamos comer para vivir, también es cierto que ingresamos en un vicio grave cuando pretendemos vivir para comer. Identificábamos (en el libro que citamos) tres grandes representantes de las necesidades “fisiológicas”: comer, dormir y fornicar (refiriéndonos, con el significado de esta última palabra, a una forma de relación genital, desprovista de todo lo que apunta a la constitución de una familia, que culmina en el orgasmo, y que corresponde al *touch and go* que se denomina “tener sexo”). No ha de ser casual que sean tres actividades que muchísima gente (en una época en que los mayores consumidores de viagra —sildenafil— son jóvenes, una enorme cantidad de personas ingiere fármacos para evitar el insomnio, y abundan el sobrepeso y la anorexia) realiza hoy de una manera que, sin duda, es insalubre.

Cuando reparamos en la verdad trascendente que encierra la afirmación de que “no sólo de pan vive el hombre”, tomamos, simultáneamente, consciencia de la profunda espiritopatía que conforma la crisis axiológica dentro de la cual vivimos. Si en la Edad Media se consideraba que los piojos eran “perlas de Dios”, que lavarse la cara, o los pies, era un signo de arrogante lujuria, y en el palacio de Versalles no se construyeron *toilettes*, hoy, en la época de la higiene corporal y del *personal trainer*, debemos admitir que cultivamos la suciedad en el alma. Pero esa suciedad que se acumula (y que se manifiesta, por ejemplo, en “los mejores colegios”, con la abundancia del acoso cruel que se conoce como *bullying*) deriva del hecho, incontrovertible, de que a la brújula de nuestra colectividad se le ha perdido el norte.

Demasiadas personas viven hoy, de lunes a viernes, trabajando, de un modo torturado e insalubre, que opera como un tóxico que

envenena su existencia cotidiana, procurando obtener el dinero necesario para poder encontrarse, de viernes a lunes, con un placer que se le torna esquivo.

Más allá de los múltiples factores, personales o colectivos, que condujeron a la situación laboral que describimos, lo que nos importa subrayar ahora es que uno de sus potenciales patógenos más graves surge de la necesidad de minimizar que los placeres de *week end* sólo pueden funcionar en un contexto en el cual complementan una semana cuyas actividades se dirigen hacia una meta que se considera valiosa.

Reparar en los datos que suelen consignarse en las tarjetas impresas, con las que una persona se presenta, nos permite constatar que el trabajo, al que un ser humano se dedica, constituye, sin duda, la manera en que se integra con la sociedad en la que vive. Minimizar esa importancia suele conducir a que, frecuentemente, se idealice la época de la jubilación, con la esperanza torpe de que el resto de la vida funcione, por fin, como un *week end*.

Weizsaecker ha señalado, con gran perspicacia, la situación deteriorante que se crea cuando una persona, ubicándose en un lugar que no es el suyo, e imaginándose con una identidad que no es la propia, se obstruye, “sin saberlo”, el camino saludable de su vida. Así, “sacado” por obra de sus propios equívocos, del conjunto en el cual podría funcionar de una manera fructífera y armónica, creará que le “hace falta” precisamente aquello que menos necesita. Tal como lo hemos expresado en “Sobre lo que nos hace falta”, el riesgo de cometer nuestros grandes errores surge de una condición, en la evolución “natural” de nuestra convivencia, que todos compartimos.

En nuestra más tierna infancia, sintiendo a nuestra madre como una parte, inigualablemente placentera, de nuestro propio cuerpo, experimentamos nuestra primera e insuperable falta, la que

proviene de un apego imborrable, cuando nos enfrentamos con el hecho, inevitable, de que su presencia “va y viene” sin que podamos dominar lo que sucede.

Muy pronto ese dolor y ese duelo (que se hunde en una amnesia infantil) en parte se atemperan, gracias a que lo compensamos gozando de un protagonismo que nos coloca en el centro del mundo que habitamos. La pérdida, inevitable, de ese protagonismo, ya sea ante el nacimiento de un hermano o en el jardín de infantes, constituye una segunda falta, y un segundo duelo, que la búsqueda de reconocimiento procurará mitigar.

El logro de reconocimiento también sufre el destino, inexorable, de resultar insuficiente, generando nuestra tercera falta y la necesidad del consiguiente duelo. Tanto el afán de protagonismo como el de reconocimiento impregnan de tal manera nuestro entorno, que podemos encontrarlos con facilidad en un amplio abanico que comienza en los cumpleaños infantiles y culmina con los nombramientos honoríficos.

Sólo a veces, en algunos casos, el duelo de la tercera falta se alivia cuando logramos emprender una tarea que, independientemente de la valoración que le otorgue nuestro entorno, aumenta, en forma auténtica y genuina, nuestra propia autoestima. Podemos ingresar todavía, sin embargo, en una cuarta falta, que conlleva el peligro de reactivar los remanentes, mal duelados, de las faltas anteriores, cuando descubrimos que los seres más significativos de nuestro entorno, aquellos para los cuales, no siempre a sabiendas, vivimos, ignoran el verdadero significado de lo que construimos.

Llegamos así, explorando nuestras cuatro faltas principales, a comprender, por fin, para qué y para quién vivimos, más allá de la esperanza torpe de que la acumulación suficiente de dinero nos lleve a la posibilidad de conducir hasta el tope una explosión

placentera surgida de nuestras necesidades fisiológicas, matizadas, a veces, de manera ficticia, con adquisiciones de “buen gusto”, culturales o estéticas. Encontraremos, pues, la respuesta que buscamos en la confección de tres mapas, que debemos explorar (como la presión sanguínea) en varias ocasiones y en momentos variables.

Uno, que lograremos reuniendo el conjunto completo de las actividades que ocupan las horas de todos nuestros días, junto con el interés y el tiempo que a cada una dedicamos.

Otro, en donde deberemos consignar, entre los seres significativos (amigos o enemigos) que constituyen nuestras relaciones, unas veinte personas, las que más nos importan (incluyendo, tal vez, mascotas o seres significativos que sólo viven en nuestro mundo interno) y, sobre todo, venciendo la dificultad para anotarlas en el orden que le otorga, a cada una, su prioridad relativa.

El tercero, por último, procurando identificar el íntimo “rescoldo” de nuestros apegos infantiles, porque constituyen un polo de atracción, irrenunciable, que, como una llama piloto que espera ser convocada, mientras vivamos, continuará encendido.

Las cuatro caras de un tetraedro unitario

En el periplo teórico que recorrimos procurando describir los fundamentos de la medicina psicosomatológica, intentamos comenzar identificando acontecimientos.

En etimologías.dechile.net leemos que la palabra “acontecimiento” (hecho que ocurre en un momento dado) está formada por el verbo “acontecer” y el sufijo “miento”, que indica el resultado de la acción del verbo que lo precede. El verbo “acontecer” está formado con el elemento de ampliación “a” y el verbo “contecer”, que dejó de usarse y que viene del latín vulgar *contingescere*, compuesto sobre el verbo *contingere*

(tocar, suceder) con el sufijo *scere*, que indica procesos duraderos. (El verbo *contingere* está formado con el prefijo “con” [junto a] y el verbo *tangere* [tocar] y se vincula con la raíz indoeuropea *tag* [tocar, manipular]. De *tangere* provienen palabras como “contingente”, “entero”, “tañer” e “intacto”).

Buscando los acontecimientos que conforman lo que denominamos “mente” y su relación con lo que denominamos “el cuerpo”, no sólo nos proponemos “analizar” la mente, en el sentido de identificar, en el conjunto que la conforma, partes elementales. También nos proponemos centrar nuestra atención en algunos elementos que consideramos “datos” acerca de lo que ocurre (y nos intriga) como algo que llamamos lo “dado” (y lo constituimos como ob-jeto) porque asumimos que forma parte de nuestra circunstancia.

Entre esos componentes elementales que funcionan como fundamentos en los cuales la teoría psicoanalítica se apoya, podemos mencionar algunos que, como es el caso de las percepciones, las sensaciones, las representaciones, los recuerdos y los procesos que culminan en razones y emociones, se citan con frecuencia, pero hay también otros, igualmente fundamentales, en los cuales el acento recae, con mayor evidencia, sobre la existencia de una relación.

Reparemos en que, así como el “érase una vez” de los relatos infantiles, que pertenece a un tiempo primordial (*kairos*), está “fuera del tiempo” (*chronos*) secundario, crono-lógico y físico, el “escenario histórico” que pertenece a un espacio psíquico (imaginario, metafórico, y lingüístico) no acontece en el espacio primordial, que es real, físico y geométrico.

Cabe señalar que, si contemplamos las relaciones que configuran nexos o ataduras entre los “datos” que consideramos “elementales”, sobresalen cuatro. La insoslayable experiencia cotidiana de

la “íntima relación” que mantienen, entre sí, el cuerpo y la mente (estado y acontecimiento, materia y suceso, geometría y lingüística, física e historia). La que existe, inextricable, entre el yo y su circunstancia, dos entidades acerca de las cuales comprendemos (gracias a la elocuencia infatigable de Ortega y Gasset) que constituyen los dos componentes de una vida. La que se configura como una interfaz entre lo consciente y lo inconsciente (a cuya exploración Freud dedicó la suya). Y, por último, la importantísima “relación de significación”, que abarca el campo inmenso del ejercicio simbólico.

Contemplándolas en su conjunto, a través del recorrido que nos condujo a este punto, se nos impone la idea de que, como sucede con las cuatro caras de un tetraedro, son cuatro apariencias de un acontecer unitario.

IV

Acerca del quehacer con el paciente

9. El tratamiento psicoanalítico

*¿No sabes acaso, oh, Prometeo, que para la enfermedad del odio existe la medicina de las palabras? Así es, con tal que sepa escogerse el momento en que es posible ablandar el corazón, pero no cuando se intenta extirpar por la fuerza una pasión envenenada hasta el último extremo.
Esquilo, Prometeo encadenado.*

Una curación que se realiza hablando

Hace ya unos ciento treinta años, una paciente de Joseph Breuer (cuyo historial fue publicado utilizando como nombre ficticio Ana O.) sufría “dolores de cabeza, trastornos visuales esporádicos, parálisis parciales, y pérdida de sensaciones”, sin que pudiera atribuírsele un “origen orgánico” a lo que le ocurría. Entonces sucedió que, mientras Ana relataba los detalles de la primera aparición de uno de sus síntomas, ese síntoma, ante el asombro de Breuer, desapareció completamente.

Así fue como, gracias a la curiosidad y la perspicacia de Freud, nació el psicoanálisis. La misma paciente se refería a las sesiones de tratamiento, con una expresión, *talking cure* (la curación que se realiza hablando), que fue utilizada, por el creador del método y la teoría psicoanalítica, cuando publicó, en 1895, junto con Breuer, *Estudios sobre la histeria*.

El pensamiento de Freud, fecundado por su visita a las “lecciones de los martes” que el insigne Jean-Martin Charcot impartía

en París, lo condujo, en un intento de mejorar el procedimiento, a utilizar la hipnosis para facilitar el recuerdo de los episodios que originaban los síntomas. Pero, muy pronto, su reluctancia a la prosopopeya implícita en la actitud adoptada por el hipnotizador influyó para que sustituyera la hipnosis por la “sugestión en estado de vigilia”, que realizaba presionando con sus dos manos sobre la frente del paciente, diciéndole al mismo tiempo que, cuando las retirara, debería comunicarle aquello que, en ese momento, surgiera en su mente.

Muy poco tiempo después, abandonando la sugestión y la utilización de sus manos, llegó a lo que se conoce con el nombre de “asociación libre” y constituye, desde entonces hasta hoy, la tarea que, durante las sesiones de psicoanálisis, le compete al paciente. Aclaremos, de paso, que por asociación libre no debe entenderse que el psicoanalista supone que las ocurrencias espontáneas no surgen asociadas con otros contenidos mentales. La libertad a la cual la expresión se refiere alude a que la ocurrencia se debe liberar de una crítica que, bajo el pretexto de que “es absurda”, o “no viene al caso”, conduce a callarla.

El descubrimiento de que el “instrumento” con el cual el psicoanalista captaba, en el “material” que comunicaba el enfermo, lo más importante no era otro que su propio inconsciente condujo a que Freud sostuviera que, para facilitar el proceso, el médico debía adoptar una actitud, que denominó “atención flotante”, similar a la asociación libre.

Mientras Freud progresaba en el ejercicio de su método, descubrió “la resistencia”, y con ella “la represión”. Concibió la represión como una fuerza que se oponía al recuerdo de las situaciones traumáticas que originaban los síntomas. Una fuerza que se manifestaba, durante el tratamiento, como una resistencia a la consigna de asociar libremente y comunicar ese “producto

espontáneo”. La resistencia, en opinión de Freud, procuraba evitar, de manera inconsciente, que la comunicación de esa ocurrencia desencadenara el recuerdo que se prefería mantener reprimido.

Así, por ese camino, llegó, muy rápidamente, a uno de sus descubrimientos más importantes: “la transferencia”, que (tal como lo expusimos en “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia”) describió de tres maneras distintas, utilizando diferentes lenguajes.

En 1895, en “Sobre la psicoterapia de la histeria”, sostiene: “Primeramente, había surgido en la conciencia de la enferma el contenido del deseo, sin el recuerdo de los detalles accesorios que podían situarlo en el pasado, y el deseo así surgido fue enlazado, por la asociación forzosa, dominante en la conciencia, con mi persona, de la cual se ocupaba el pensamiento de la enferma en otro sentido totalmente distinto. Esta falsa conexión despertó el mismo afecto que en su día hizo rechazar a la enferma el deseo ilícito”.

En *La interpretación de los sueños* (publicado en 1900), Freud afirma: “La representación inconsciente es absolutamente incapaz, como tal, de llegar a lo preconscious. Lo único que puede hacer es exteriorizar en él un efecto enlazándose con una representación preconscious no censurable, a la que transfiere su intensidad y detrás de la cual se oculta”. El texto continúa: “Este hecho, al cual damos el nombre de transferencia, contiene la explicación de muchos singulares procesos de la vida anímica de los neuróticos”.

Suele decirse a menudo, y de un modo que introduce distorsiones innecesarias, que en esta definición Freud se refiere a una transferencia “endopsíquica”, cuando en realidad corresponde a una descripción metapsicológica del mismo suceso. Cabe

subrayar, además, que la representación, en el paciente, del psicoterapeuta, siempre “atrae sobre sí”, durante la sesión psicoanalítica, la transferencia, porque es la única que posee, en ese momento, los signos de realidad objetiva que diferencian a la percepción del recuerdo.

En el epílogo del historial de Dora (“Fragmento de análisis de un caso de histeria”, publicado en 1905) escribe: “¿Qué son las transferencias? Reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como singularidad característica de su especie la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. O, para decirlo de otro modo: toda una serie de sucesos psíquicos anteriores cobra de nuevo vida, pero no ya como pasado, sino como relación actual con la persona del médico”.

Excepto por una referencia colateral a los impulsos, ninguna palabra nos conduce en este caso a pensar en una dinámica, una tópica o una economía. El lenguaje es otro. Encontramos palabras como “reedición”, “fantasía”, “despertar”, “desarrollo”, “sustitución”, “persona”, “vida” y “pasado”. Esto no evoca la imagen de un aparato que funciona como un mecanismo impulsado por fuerzas; conduce, en cambio, a la idea de una relación entre sujetos humanos que experimentan las vicisitudes que les depara la vida.

Laplanche y Pontalis (en su *Diccionario de psicoanálisis*) afirman que Freud, como él mismo lo expresara, construyó su metapsicología sobre el modelo de la metafísica. Esta comparación se refiere a un “más allá” de la psicología que constituye lo que hoy denominamos una metateoría. El modelo que Freud utilizó para su metapsicología fue tomado de las ciencias naturales, lo que equivale a decir que, en última instancia, fue tomado de la

física. Pero en aparente paradoja, Freud construyó de este modo al mismo tiempo una metateoría acerca de la física, revitalizando, sin habérselo propuesto y sin hacerlo explícito, la noción griega de *physis* (sobre la cual se establece la metafísica, de acuerdo con lo que expresa Julián Marías, en *Idea de la metafísica*). Frente a esta organización conceptual, se perfila otra, metahistórica, que nunca fue reunida en una exposición sistemática y que permaneció innominada. Una metahistoria incipiente que se nutría tanto de las sorpresas que el mismo Freud experimentaba ante el carácter literario de sus propios historiales como de los fundamentos teóricos iniciados en *Recordar, repetir y elaborar*.

Nadie puede ser matado en ausencia o en efigie

Freud (en “Fragmento de análisis de un caso de histeria”) aclara que, dado que el material asociativo que Dora ponía a su disposición no disminuía, cometió el error de descuidar el análisis de la transferencia. Por ese motivo, no pudo prever, ni evitar, que ella, como consecuencia de los afectos transferidos, abandonara el tratamiento.

Unos años después (en “Sobre la dinámica de la transferencia”) llega a una conclusión que constituye, sin duda, un principio fundamental del tratamiento psicoanalítico: dado que nadie puede ser matado *in absentia o in effigie*, “todo deberá ser batallado, finalmente, en la transferencia”.

El asunto quedó desplazado, sin embargo, a una pregunta: ¿cuándo, luego de haber iniciado el tratamiento, debemos comenzar a interpretar la transferencia? Lamentablemente, a pesar de la rotunda afirmación freudiana, acerca de la imprescindible necesidad de interpretarla, y de la no menos rotunda respuesta de Melanie Klein, a la pregunta acerca de la oportunidad: “Desde

el primer momento”. A pesar, también, de la valiosa experiencia de numerosos colegas que han constatado la acertada verdad del consejo freudiano, lo que hoy predomina, con el nombre de “psicoanálisis”, en el “mundo psi”, dentro y fuera de las instituciones psicoanalíticas “oficiales”, es un ejercicio clínico que se rige por lo que pensaba Freud antes de que, en 1905, dejara consignado por escrito lo que su error le había enseñado.

De más está decir que la convicción de Freud acerca de que todo conflicto debería, finalmente, batallarse en la transferencia se apoyaba en el meollo de aquello que lo llevó a escribir *Recordar, repetir y elaborar*: el paciente “repite en lugar de recordar”. Un trabajo que nos ayuda a reconocer la diferencia que existe entre el *insight* (la visión interior), que surge como producto de una interpretación acertada, y la elaboración (el *working through*), que sólo se obtiene mediante la repetición, una y otra vez, de un “esclarecimiento” que, sin esa reiteración, vuelve a hundirse en lo inconsciente.

En otras palabras: se trata de reconocer la diferencia que existe entre comprender y creer. Junto con ese reconocimiento, surgió la consciencia de que la desaparición del síntoma no era suficiente, ya que, en verdad, el origen del trastorno que presentaba el paciente residía en la manera de ser, y proceder, que denominamos carácter.

Al mismo tiempo, el hecho de que la finalidad del tratamiento se dirigiera hacia la modificación del conjunto de hábitos que constituye el carácter, unido al descubrimiento de que la elaboración constituía una necesidad ineludible, no sólo condujo a que se comprendiera que una disminución en la frecuencia de las sesiones compromete gravemente la posibilidad de la cura, sino también, y sobre todo, a que su duración pasara de medirse en meses (¡o semanas!) a medirse en años. Es un tema que Freud

aborda en 1937, en “Análisis terminable e interminable”, un escrito estupendo, en donde reflexiona, con su capacidad excepcional, y desde su vasta experiencia, acerca de los propósitos, las dificultades y los logros del tratamiento psicoanalítico.

Recordemos, además, que el descubrimiento de la resistencia, y de la transferencia, condujo a que Freud, ya en los artículos que, alrededor de 1912, escribió sobre técnica, subrayara la necesidad de preservar, durante el tratamiento, un encuadre, en el “trato” recíproco, al que se le debía prestar especial atención. No sólo porque, en cada encuentro, el paciente transfería sus impulsos y sus afectos, sobre la representación preconscious de la figura del médico (dado que esa representación poseía, en ese momento, los signos de cualidad perceptiva), sino también, y sobre todo, porque la reiteración del proceso “acumulaba una historia”, configurando, en su relación con el psicoterapeuta, una neurosis de transferencia.

El hecho de que, ya desde las primeras experiencias, quedara establecido que la formación psicoanalítica exigía, como condición *sine qua non*, un psicoanálisis “didáctico” surgió del haber comprendido que, durante el tratamiento, la transferencia ocurría de una manera recíproca (que, en el psicoanalista, se denominó “contratransferencia”) y que era necesario conocerla para evitar que, actuando desde lo inconsciente del médico, perturbara el proceso.

No cabe duda de que, a pesar de que Freud intuyó que prestarle atención a la contratransferencia podía ser útil a los fines que el tratamiento persigue, ya que sostiene (una sola vez en toda su obra, en sus “Conferencias de introducción al psicoanálisis”, refiriéndose a la interpretación de los sueños) que, en algunos casos, “en lugar del sujeto es el analizador el que [...] asocia bien definidas ocurrencias”, ha sido Enrique Racker quien (en su magnífico libro *Estudios*

sobre técnica psicoanalítica) se ocupó de establecer las bases de los “significados y usos de la contratransferencia”.

Gracias al trabajo de Racker, descubrimos que, si bien las “ocurrencias” que surgen de la contratransferencia pueden ser muy fructíferas, su contribución más importante apunta hacia el cobrar consciencia de que la contratransferencia adopta “posiciones” inconscientes, que, libradas a su curso, tienden a mantenerse inmutables.

Debemos reconocer, sin embargo, que, con el análisis de la contratransferencia, sucedió algo similar a lo que ocurrió con el análisis de la transferencia. En un principio se tendió a pensar que sólo frente a una dificultad que generaba un “punto muerto” se justificaba reparar en ella. Sólo paulatinamente caímos en la cuenta de que la actitud que Melanie Klein recomendaba para el análisis de la transferencia, ocuparse de ella desde el primer momento, poseía un valor semejante frente a la influencia, inevitable, de la contratransferencia.

Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente

Dado que el psicoanálisis comenzó con lo que se denominaba “abreacción” del afecto, se comprende que Freud se ocupara muy bien de señalar la diferencia entre “hacer consciente lo inconsciente” (con el afecto incluido) y que la interpretación se inscribiera en otra instancia, dejando “impoluto” el “contenido” inconsciente. En “El uso del pensamiento lógico, durante la interpretación, puesto al servicio de la contrarresistencia”, exploramos las circunstancias que colaboran para que se cometa el error, tan común, de incurrir en un psicoanálisis que, intelectualizado, se convierte en ilusorio y estéril. Wilfred Bion (en sus supervisiones

clínicas colectivas en la Asociación Psicoanalítica Argentina en ocasión de su primera visita a Buenos Aires) señalaba que hay un punto del camino en el cual el psicoanalista que se equivoca enseña a su paciente psicoanálisis, en lugar de proporcionarle una experiencia emocional irreversible.

Tal como lo expusimos en “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar”, para cumplir acertadamente con las reglas del arte que Freud propugnaba, es necesario que la interpretación movilice una magnitud de investidura que no sólo sea suficiente, sino, además, tolerable. Porque, si no fuera tolerable, no podría vencer a la resistencia. Señalemos, dicho sea de paso, que un paciente deja el tratamiento, en la casi totalidad de las veces, porque no es tolerable, o porque no es suficiente.

En “Sobre la forma y la oportunidad del hablar y del callar la transferencia”, expusimos las razones por las cuales el psicoanalista, sin dejar de interpretar, *in pectore*, la transferencia, debe utilizar otras representaciones en su comunicación verbal al paciente. De ese modo, no sólo se evita que la interpretación se rechace. También se evita, al mismo tiempo, que el paciente, incurriendo, poco a poco, en hablar casi de forma exclusiva de su relación con el psicoanalista, sature precozmente el campo de las transferencias recíprocas. Además, el psicoanalista logra, interpretando la transferencia de manera indirecta, acercarse, paulatinamente, al contenido emocional resistido que constituye la meta, ya que nadie puede ser matado en ausencia o en efigie. Una meta que no se alcanza si reiteramos el error que Freud cometió con Dora, cuando interpretó el material, omitiendo la transferencia, de un modo que fue tolerable sin ser suficiente.

Subrayemos, también, que por importante que sea, para lograr su efecto, el significado semántico que el conjunto de palabras

que la constituyen otorga a la interpretación, es más importante aún el “tono” emocional que contiene, y que, nacido de la contratransferencia, se expresa a través de componentes extraverbales complejos que coinciden, en todo, con los que forman parte del arte literario que denominamos poesía. Por ese motivo, y porque no debemos descuidar los efectos de esa complejidad, podemos afirmar que el ejercicio psicoanalítico lleva, implícito, junto a un desarrollo técnico, un desarrollo artístico.

Reproduciremos esquemáticamente, en lo que sigue, los contenidos esenciales de *Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente*, que expusimos, con mayor detalle, en *Hacia una teoría del arte psicoanalítico* y en *¿Para qué sirve el psicoanálisis?* De más está decir que, con la interpretación psicoanalítica, sucede algo similar a lo que ocurre con el procedimiento de manejar un automóvil. Los distintos componentes de su ejecución, que, a los fines de un propósito didáctico (o, inclusive, autocorrectivo), conducimos hacia la consciencia (y que detallamos en este apartado), suceden, cuando funcionan bien, como un automatismo inconsciente.

Durante las sesiones de psicoanálisis el paciente suele relatar un acontecimiento, o una escena, en donde uno de los personajes puede ser él mismo. Reparemos en que, aun cuando sólo se refiera a un sentimiento, o a un síntoma, existe siempre un relato, que, en esos casos, está implícito y permanece tácito. Subrayemos, pues, que el “material” de la sesión es siempre un relato.

En el discurso del paciente es posible auscultar lagunas, nexos poco convincentes, motivos injustificados, hilos sueltos, una trama deshilvanada. La incoherencia de sentido en el relato constituye la puerta de acceso a lo inconsciente. El hilo conductor es atar cabos, puntos sueltos, reconstruir el “dibujo de la trama”. De este modo se resignifica el relato y se accede al drama encubierto.

Un *drama* acontece entre personajes (actores o agonistas). Configura una escena en movimiento que se desarrolla en el tiempo. Es un proceso que se inicia, culmina y finaliza. Posee la importancia del sentido que denominamos significancia. Un *tema* es el argumento “general” de un drama particular. Es un núcleo de significación que organiza el relato y le presta un sentido inteligible. Le restituye la coherencia perdida. Una *temática* es un conjunto de temas típicos y universales. Constituye el argumento que denominamos “guion” y nos aproxima a los fundamentos de las historias, que necesitamos para configurar una ciencia metahistórica.

Mientras que un relato alude a un vínculo entre personas y representa una escena de la vida que se refiere a un drama que posee un tema; una escena, en cambio, es un espectáculo digno de atención y el sitio en donde ocurre un drama, que siempre acontece entre la vida “real” y el teatro. El proceso psicoanalítico oscila entre la realidad de la vida y la ficción representativa que denominamos “teatro”. El analista se presta para que el paciente, en su vínculo con él, “reviva”, es decir, re-presente y re-actualice, sus modos habituales de hacer, de sentir y de pensar.

El tema que buscamos no es una “crónica” de sucesos temporalmente ordenados. Es una secuencia dramática que posee significancia. La respuesta que la información solicitada genera suele ser un “¿y?” que lleva, implícita, la solicitud de un contexto. Nuevas informaciones generarán nuevos “¿y?”. Por fin una información resignifica todo el conjunto y genera, como respuesta, un “¡ah!”. El psicoanalista “comprende” al paciente de un modo similar.

Una temática puede condensarse en una escena. Por ejemplo, las que corresponden a las frases: “Papá y mamá pelean y los niños miran”, “el primer día de clase” o, también, “un padre, en la boda

de su hija, no baila con ella”. En una escena (con gestos, movimientos o actitudes) se capta una “figura” simultánea. Mientras que un relato verbal es una secuencia temporal que comienza, continúa, culmina y finaliza, una temática puede condensarse en una frase. Por ejemplo: “La ventana indiscreta”, “Príncipe y mendigo”, “El poder y la gloria”.

Mientras que con la palabra *universal* nos referimos a los que los seres humanos tenemos en común en tanto somos “semejantes”, el paciente vive de un modo propio y particular los dramas *típicos* cuyos temas son universales. De allí surge la *empatía* (simpatía) del analista como un producto de una identificación concordante. El psicoanalista también puede reaccionar “incomprendiendo” el drama particular del paciente. De allí surge la antipatía, que suele ser un producto de una identificación complementaria (con algún allegado del paciente). Sin embargo, el psicoanalista, a partir de la universalidad de los temas, tiene todavía la oportunidad de recuperar la identificación concordante y la simpatía que surge de una comprensión más profunda.

El Complejo de Edipo nos ofrece la posibilidad de contemplar, dentro de una temática, la interrelación, *compleja*, de temas que son típicos. Por ejemplo: celos, rivalidad, envidia, culpa, privilegio, injusticia, protagonismo, exclusión, vergüenza, repugnancia, traición, triunfo, excitación, arrogancia, venganza, “amor prohibido”, “el hijo preferido”, “el tenorio”, “los aires de princesa”. El analista puede comprenderlos porque son los mismos temas contenidos en los dramas que a él, como a todo ser humano, le ocurren, le han ocurrido o, tal vez, le ocurrirán.

El Complejo de Edipo puede encontrarse en imágenes de la vida cotidiana. Por ejemplo: la nena que se viste con los zapatos y la cartera de la mamá nos permite comprender su “ambición edípica”, pero, también, su dificultad para caminar con esos

zapatos nos permite contemplar las vicisitudes traumáticas de su pseudoidentificación.

El reconocimiento del tema que representa la significancia actual surge como producto de una convicción que proviene de la empatía en la contratransferencia. El proceso intelectual es posterior. El *test* de “objetividad” al que, a veces, queremos someter a lo que, en el material, hemos percibido depende de una nueva coherencia que permite integrar, en un tema, un conjunto de asuntos, aparentemente distintos, que integran el material de una sesión.

Mientras que el paciente, siempre, es protagonista del drama que relata, el psicoanalista (en virtud de las transferencias recíprocas) se identifica, inevitablemente, con algunos de los actores del drama, y desde allí coparticipa con una parte, por lo menos, de los afectos involucrados. Una de las formas universales adquiere, entonces, en el vínculo, actualidad, mediante el proceso recíproco que denominamos transferencia. A partir de ese punto, el psicoanalista, para poder interpretar acertadamente, necesita también, en alguna medida, “sentir desde” su identificación con los otros actores del drama relatado.

Reparemos, también, en que la transferencia no es el sentimiento movilizado, es el proceso movilizante. El “contenido” transferido viaja de un objeto a otro y recae transitoriamente sobre el objeto actual. La excitación inconsciente que emana de las necesidades instintivas se transfiere sobre una representación preconsciente que “coincide” con una percepción del presente. La significancia del objeto no depende de que sea originario o actual, surge porque la transferencia “estructura al objeto”. Tal como sucede entre los hijos y sus progenitores, cada uno de los pacientes de un psicoanalista se encuentra con un psicoterapeuta distinto, porque lo ha “hecho” distinto mediante su particular transferencia.

Los vínculos que se establecen (dentro y fuera de la situación analítica) suelen estar impregnados por afectos e importancias “que no corresponden a la realidad”, sino que dependen de la transferencia de las figuras paternas sobre los substitutos actuales, y eso conduce a un comportamiento acorde con ese “falso enlace”. Decimos (junto con Freud) que ese enlace es “falso” porque, aunque sabemos que no tenemos acceso a ninguno que podamos considerar definitivamente “verdadero”, pensamos que podemos concebir otro que, en la medida en que nos parece más adecuado a la situación actual, nos parece mejor.

La relación con los padres excita el Complejo de Edipo inconsciente ancestral (original, filogenético, que no puede ser recordado y que se manifiesta en los símbolos universales) y genera el Complejo de Edipo personal. En la transferencia se repite, sistemáticamente, una situación infantil y pretérita. Los sentimientos actuales provienen de un modelo que se estructuró en la infancia. La significancia del suceso biográfico, en lugar de ser recordada como proveniente del pasado, se revive en el presente como completamente motivada por la situación actual.

La emergencia de los recuerdos infantiles, durante la sesión psicoanalítica, ocurre de un modo natural y, en general, pasa inadvertida. El paciente no suele reparar en el hecho de que lo que emerge en su consciencia es un recuerdo infantil. El analista con frecuencia utiliza de un modo inconsciente sus propios recuerdos. Todo recuerdo, se trate de una escena “fija” o de un conjunto en movimiento, constituye una historia que lleva implícita una temática particular. Las temáticas y los recuerdos se contienen, interminablemente, unos dentro de otros, de modo que cada uno de ellos recubre y oculta algún otro, con un significado distinto, cuya actualidad se prefiere ignorar. Si el analista, mediante su interpretación, consigue alterar el significado de la historia que

impregna la actualidad del paciente, funcionará, en ese momento, como un “personaje inesperado” que “ingresa” en la trama de la historia que el paciente trasmite, como si lo hiciera “transportado” desde una historia distinta.

Todo psicoanálisis es el psicoanálisis de un vínculo y, por lo tanto, se realiza siempre en una coincidencia de los “puntos de urgencia” de paciente y analista. Cuando descubrimos una temática, el guion construido es el producto de una coincidencia de intereses e importancias comunes que, como conflictos vitales, necesitan ser resueltos, y que, en alguna medida, no sólo involucran al paciente, sino también al psicoterapeuta. Esto conduce a que el psicoterapeuta, aun cuando, a veces, debe tolerar el sufrimiento derivado de una contratransferencia mal elaborada (que funciona como un “tóxico” que lo enferma), pueda encontrar el interés necesario para vencer sus contrarresistencias. El analista puede luchar contra esas contrarresistencias en la medida en que descubre la importancia que posee, como crecimiento (personal y profesional), el enfrentamiento con sus propios núcleos irresueltos y con sus propios puntos de urgencia.

La coincidencia de temáticas entre paciente y analista no significa, necesariamente, compartir el mismo grado de elaboración de ese punto de urgencia. Entre los temas que el paciente relata, aquel que se refiere a un punto de urgencia compartido que el terapeuta no tiene suficientemente elaborado suele trascurrir “rápidamente”, sin que el psicoanalista reconozca su importancia. El tema, entonces, suele “detenerse”, como se detiene la escena de un filme en una moviola, y suele producirse un silencio que funciona como una especie de “vacío” que espera ser llenado por la significación resistida. Más que como una pregunta formulada, se presenta como un signo de interrogación sin palabras. También ocurrirá, muchas veces, que el paciente hablará para evitar que

el silencio lo enfrente con el interrogante eludido, y el analista deberá, entonces, “construir” ese silencio, con frecuencia penoso, que le permitirá escuchar y escucharse.

Tal como lo hemos expuesto en “Sobre la forma y la oportunidad del hablar y del callar la transferencia”, a través de un logrado equilibrio entre el hablar y el callar, se alcanza ese momento compartido en el cual, paciente y analista, se “encuentran”, involucrados simpáticamente en una misma temática que llena el silencio. Se configura, de ese modo, en el proceso psicoanalítico, aquello que Weizsaecker denominaba “camaradería itinerante”, que no surge sólo como obra de un particular encuentro, sino también como producto de los múltiples vaivenes de la elaboración. Cada re-conciliación de una disidencia genera un refugio para que el retoño de la próxima esperanza sobreviva a la incompreensión que, fatalmente, retorna.

La interpretación del material "somático" en la sesión psicoanalítica

La intención de tomar por objeto de la interpretación psicoanalítica a un determinado producto, entre los que ocurren durante la sesión, más el hecho de que, en principio, puede ser objeto de una percepción sensorial, nos conducen a denominar a ese producto *material*.

Cuando el psicoanalista comprende lo que denominamos el contenido manifiesto de lo que el paciente dice, es porque ha discernido un sonido vocal entre los ruidos, ha reconocido que ese sonido vocal es un hablar y que proviene del paciente, ha descubierto que se trata de un idioma que conoce y, por fin, descifrando un código, ha identificado un mensaje. Realiza así, a partir de los datos que el paciente origina, interpretaciones, generalmente

inconscientes —que son previas al ejercicio del psicoanálisis—, mediante las cuales se constituye, en la consciencia del psicoanalista, el material “del paciente”.

Existen materiales a los cuales se llega por caminos interpretativos distintos, que se originan en datos que no son verbales. Recordemos a Freud (en el historial de Dora) cuando afirma que aquellos cuyos labios callan nos hablan con la punta de sus dedos. Hablamos entonces de un material no verbal o, también, extraverbal.

Podemos distinguir tres tipos de materiales extraverbales: 1) aquellos que no son palabras pero integran el texto idiomático, por ejemplo, la pausa, la cadencia interrogativa o el tono admirativo; 2) aquellos que, aunque no forman parte del texto idiomático, contribuyen habitualmente a determinar su significación desde un contexto casi siempre expresivo, por ejemplo, algunos tonos e intensidades de la voz, actos, gestos, expresiones faciales o actitudes corporales; 3) aquellos que son decididamente extralingüísticos, en el sentido de que raramente se los reconoce como el contexto de un mensaje verbal, por ejemplo, la gran mayoría de los actos fallidos, los actos sintomáticos o, también, los signos de alteraciones corporales tales como la obesidad o la palidez permanente.

Que un material sea extralingüístico no lleva implícito que no sea un lenguaje, ya que todo sistema de signos, independientemente de que en él participen palabras o sonidos vocales, es lenguaje. Acudamos nuevamente a Freud (en “Lo inconsciente”) para señalar un lenguaje hipocondríaco en el cual se habla con los órganos o, también, el órgano nos habla.

Los distintos materiales extraverbales de una sesión psicoanalítica dependen de caminos interpretativos diferentes, que pueden recorrer líneas conceptuales tales como las que categorizan al dibujo,

al juego, a la conducta, al mito o al teatro. La posibilidad de recorrer esos caminos depende, a su vez, de los distintos conocimientos que el psicoanalista posea. Por ejemplo: así como el psicoanalista nota, por el aspecto y la manera de hablar el castellano, que el paciente no es argentino, puede notar un síndrome acrocianótico porque percibe, en la mano del paciente, la humedad, la blandura, la frialdad y la cianosis de la punta de los dedos.

Cuando el psicoanalista denomina *contratransferencia* a una ocurrencia, o a una “posición”, que registra, es porque juzga *a priori*, *antes* de tomarlas por objeto del ejercicio psicoanalítico, que tal ocurrencia, o tal posición, son una respuesta a una influencia inconsciente que proviene del paciente. De este modo, la contratransferencia pasa a formar parte del material de una sesión psicoanalítica.

No valdría la pena rescatar del automatismo inconsciente el camino interpretativo que constituye el material, si no fuera porque de este modo adquirimos plena conciencia de lo que, a continuación, detallamos:

1) El psicoanalista constituye el material mediante interpretaciones inconscientes previas a la interpretación psicoanalítica. 2) Constituye el material a partir de datos que provienen del paciente en ese particular encuentro que denominamos *la sesión*. 3) El analista atiende y selecciona sólo algunos de esos datos a partir de juicios previos que operan de manera inconsciente. Esta *atención selectiva* es una forma de contratransferencia inconsciente distinta de las que clásicamente (a partir de lo que nos ha enseñado Racker en *Estudios sobre técnica psicoanalítica*) se describen como ocurrencias, posiciones, sentimientos o actuaciones. 4) La constitución de lo que denominamos el material del paciente ocurre en la consciencia del psicoanalista, donde adquiere, casi siempre, una formulación en palabras. Sin embargo, no sólo los datos

primarios a partir de los cuales se constituye el material, sino a veces hasta el material mismo, pueden devenir conscientes en el psicoanalista mediante restos mnémicos de percepción, distintos de la palabra. Hay ocurrencias contratransferenciales, por ejemplo, que se presentan bajo la forma visual que llamamos *escena*. Algo similar ocurre cuando contemplamos el dibujo de un niño.

5) *Cuando el psicoanalista constituye un material, a partir de los diferentes datos que elige, es porque posee el concepto, a priori, de que es posible, en teoría, realizar una interpretación psicoanalítica de ese material.*

Es importante tener en cuenta que los datos que utilizamos para constituir el material ingresan a la conciencia como *recuerdos*, como *sensaciones* corporales o como *percepciones*. Los estados de conciencia que corresponden a emociones, pensamientos, juicios, imágenes de objetos, deseos, actos e intenciones son combinaciones de recuerdos, sensaciones corporales y percepciones. Los deseos inconscientes son recuerdos. Lo que denominamos percepción interna no es, rigurosamente hablando, una percepción, es un recuerdo o una sensación somática. La transferencia llamada de “falso enlace” proviene de un “recuerdo” inconsciente que se desplaza sobre la percepción, consciente o inconsciente, de una presencia y posee la actualidad de una sensación somática. La neurosis de transferencia se construye con la acumulación *histórica* de las sucesivas transferencias de “falso enlace”.

Los recuerdos carecen de los signos de realidad objetiva que posee la percepción y, también, de los signos de actualidad corporal que posee la sensación somática. Los recuerdos son símbolos que encubren una presencia y una actualidad, representando un ausente y aludiendo a una disposición latente. Son monumentos conmemorativos de la filogenia y de la ontogenia. Esconden así un presente actual distinto del que conmemoran. Son los constituyentes esenciales de toda significación

e importancia y, por lo tanto, son los elementos fundamentales para definir lo que denominamos psiquismo.

Las sensaciones somáticas, que pueden llegar a ser síntomas (afecciones), constituyen el rasgo hipocondríaco, que determina el componente de actualidad de toda patología. Proviene de un remanente de excitación que no ha logrado agotarse en el ejercicio de una función fisiológica, es decir: proviene de la libido. Equivalen al inevitable componente ineficaz de toda acción. Son el producto de la investidura de lo que Freud (en "Cinco conferencias sobre psicoanálisis") denominaba inervaciones corporales. Son los constituyentes esenciales del afecto y los elementos fundamentales para definir el cuerpo.

Las percepciones ingresan a través de los sentidos y se configuran con signos que indican presencias de objetos. Entre los objetos percibidos, se encuentran algunas partes de un cuerpo vivo que puede reconocerse como el propio en la medida en que se integra el llamado esquema corporal. Son los elementos fundamentales para definir lo que denominamos mundo.

El psicoanalista constituye, pues, el material a interpretar a partir de recuerdos, sensaciones y percepciones que considera originados en su contacto con el paciente durante la sesión. Dirá que ese material es somático en las siguientes situaciones: 1) cuando el paciente comunica sensaciones somáticas anormales, síntomas, que experimenta, y el psicoanalista piensa que lo comunicado es verdad; 2) cuando el paciente comunica signos de alteraciones en su propio cuerpo, que percibe o ha percibido, o de los cuales se ha enterado a través de la percepción de un tercero, generalmente un médico, y el psicoanalista cree en la veracidad de tales percepciones y en la continuidad en el presente de los signos; 3) cuando el psicoanalista ha percibido signos de una alteración en el cuerpo del paciente durante la sesión.

La interpretación psicoanalítica del material implica sustituir un significado consciente por otro, inconsciente, del cual nos separa

una resistencia. Ese segundo significado posee siempre actualidad y es, como producto de la transferencia, experimentado en la situación presente.

Dado que hemos admitido que la constitución de un material lleva implícita la afirmación de que su interpretación psicoanalítica es posible teóricamente, se abre ahora la cuestión acerca de qué síntomas somáticos (sensaciones) o qué signos de alteraciones corporales (percepciones) pueden ser objeto de una interpretación psicoanalítica. Quienes piensen que hay síntomas y signos que son de causa física, y otros que son de causa psíquica, y que ambas categorías son excluyentes entre sí, se verán en la necesidad de establecer un catálogo en el cual consten cuáles son los síntomas y signos que el psicoanálisis puede interpretar. Ya hemos expresado, en anteriores capítulos de este mismo volumen, las razones por las cuales pensamos que, más allá de la magnitud de nuestra capacidad interpretativa, todas las enfermedades, como el hombre mismo, son psicósomáticas.

Hay evidencias indudables de que Freud, muchas veces, piensa desde el paralelismo cartesiano. En el caso de Dora, por ejemplo, habla de una “supuesta” neuralgia, como si no hubiera podido interpretarse de un modo similar a una neuralgia “verdadera”. Escribe, además, un artículo para diferenciar las parálisis motrices orgánicas de las histéricas. Más aún, cuando postula que la pulsión es el representante psíquico de la excitación endosomática, parte de la idea de que psiquis y soma son dos realidades ontológicas distintas, paralelas e irreductibles entre sí.

El mismo Freud nos da los elementos, sin embargo, para concebir la relación de soma y psiquis desde una epistemología distinta a la del paralelismo psicofísico. En 1938 afirma que el psicoanálisis se fundamenta en dos principios. El primero de ellos establece una tópica que otorga un “lugar” psíquico a lo inconsciente. El segundo expresa de manera rotunda que aquello que denominamos proceso somático

paralelo concomitante es lo psíquico inconsciente cuando llega a la conciencia privado de la significación que lo integra en una serie psíquica continua.

Es un concepto que, expresado de distintas maneras, recorre el conjunto entero de la obra freudiana. En el historial de Isabel de R., Freud sostiene, por ejemplo, que el lenguaje y las alteraciones somáticas de la histeria derivan de una misma fuente inconsciente. De modo que cuando la histeria parece simbolizar mediante una modificación del cuerpo el significado de algunas palabras o giros lingüísticos, tal vez se limite a actualizar las sensaciones somáticas intensas que dieron origen a esas expresiones del idioma, porque en el pasado esas sensaciones acompañaban a las situaciones que tales expresiones designan.

Soma y psiquis ya no son, entonces, dos realidades ontológicas distintas que se influyen de manera recíproca y que son, no obstante, mutuamente irreductibles. *Soma y psiquis son dos categorías que un mismo existente inconsciente adquiere en la conciencia.* Las consecuencias de esta actitud epistemológica para la investigación y para el ejercicio clínico psicoanalítico son enormes, ya que, desde este punto de vista, explicar una afección somática como el efecto de una causa física no excluye la posibilidad de interpretarla como un derivado consciente de un significado psíquico que ha permanecido inconsciente.

En sus “Cinco conferencias sobre psicoanálisis”, refiriéndose a la conversión histérica, Freud dirá que cuando un cauce se divide en dos canales, se producirá la congestión de uno de ellos tan pronto como la corriente tropiece con un obstáculo en el otro. La objeción de que es necesario diferenciar entre la histeria y la afección orgánica tiene muy poco valor, porque repite el argumento de la causa física, sin tener en cuenta la evidencia de que las investiduras inconscientes poseen la capacidad de manifestarse no solamente a través de sensaciones somáticas, sino también a través de alteraciones corporales que producen signos “objetivamente” perceptibles.

Mientras la teoría sigue discutiendo estas cuestiones, la investigación psicoanalítica de las enfermedades que se manifiestan como trastornos en el cuerpo continúa, desde la época de Freud a nuestros días, ocupando territorios en la presunta “roca viva” de lo somático asimbólico.

El poder terapéutico del psicoanálisis

Reproduciremos, aquí, una parte de lo que publicamos, en 1995, con el mismo título que designa a este apartado.

Todos los psicoanalistas, comenzando por el mismo Freud, nacimos, como tales, inmersos en la idea de que la terapia cura una enfermedad, y que la enfermedad es la descompostura de un mecanismo. La idea de que el tratamiento psicoanalítico, como psicoterapia, es una terapéutica de, por ejemplo, las neurosis constituye una manera de pensar que ha llegado a llamarse, en nuestros días, “el modelo médico del psicoanálisis”.

Aunque Freud sembró las ideas que lo pondrían en crisis, su obra, por lo menos en su estructura formal, y sobre todo en sus comienzos, permanece atrapada dentro de ese modelo. Se explica de este modo que la mayoría de sus continuadores, especialmente en Estados Unidos, país pragmático por excelencia, haya incurrido en el reduccionismo de pensar el psicoanálisis como una “psiquiatría dinámica”, en uno de cuyos capítulos, como psicoterapia, como terapéutica (como disciplina médica), se incluye el tratamiento psicoanalítico.

Tanto Groddeck como Weizsaecker penetraron profundamente en los significados inconscientes que son propios de los distintos órganos del cuerpo. Sus descubrimientos permanecieron desde entonces fuera de las líneas principales del psicoanálisis “oficial”. No es aventurado suponer, sin embargo, que actualmente las condiciones han cambiado y que el consenso psicoanalítico ya comienza a

volcarse en esa dirección. No sólo porque la ciencia física de hoy no sostiene nuestra concepción habitual de la materia, sino también porque el psicoanálisis mismo, luego de un largo periplo, deberá enfrentarse finalmente con ese campo singular que, casi deliberadamente, ha dejado atrás.

Desde el punto de vista que ahora nos importa, cabe subrayar que Groddeck o Weizsaecker han comprendido, desde el comienzo, que lo que hoy se llama “el modelo médico” es impertinente para describir el proceso de psicoanalizar. Pero no se han detenido allí. Comprendieron también que, a partir del psicoanálisis, toda la medicina debía ser concebida de una diferente manera. Recordemos la diáfana sencillez con la cual Weizsaecker (en “La historia clínica”) demuestra, a través de un ejemplo, que la necesidad de saber es más importante, en la voluntad del enfermo, que la necesidad de aliviar el sufrimiento que proviene del síntoma corporal.

Si queremos continuar ocupándonos del poder terapéutico del psicoanálisis, debemos aclarar ahora cuál es el significado que asignamos a la palabra “terapéutica”, es decir, cuáles son, a nuestro entender, los fines que se propone el tratamiento. Podemos definir nuestra posición diciendo que, a partir de Freud, pasando por Groddeck y Weizsaecker, y llevando como guía la fundamental obra de Racker acerca de los significados y usos de la contratransferencia, nos encontramos entre Bion y Lacan.

No podemos limitarnos a la obra de Freud, porque inicia un desarrollo que en ella no se completa. Groddeck y Weizsaecker añaden un ingrediente esencial, pero se encuentran muy lejos de los nuevos caminos abiertos por la teoría de la técnica psicoanalítica. Bion y Lacan, como dos peñascos poderosos, acotan nuestra ruta navegable entre un *Escila* al cual le falta una metahistoria cultural y lingüística y un *Caribdis* que carece de una metapsicología natural vecina a un terreno que suele llamarse

biológico: un escollo y un abismo que debemos evitar. Ambos extremos se tocan, sin embargo, en una carencia común: el universo “*more* lingüístico” de Lacan y el universo “*more* geométrico” de Bion se detienen, ambos, frente a la confluencia de cultura y natura en un lenguaje del cuerpo.

Hay que añadir todavía una cuestión. Tal como lo señala Bruno Bettelheim (en *Freud y el alma humana*), la traducción inglesa de las obras completas de Freud contribuyó para privarla, en aras de un pretendido cientificismo, de la dimensión humanística que forma parte indisoluble del original alemán. Cuando pensamos ahora en las nuevas direcciones en que debe encaminarse el psicoanálisis, debemos tener en cuenta, en primer término, la necesidad de recuperar esa dimensión descuidada.

En una época en la cual el defecto predominante de la psicoterapia reside en la falta de identificación con el paciente, en su alejamiento de la autenticidad vivencial de la actividad interpretativa, en una intelectualización permanente que desconoce la distinción entre la erudición y la sabiduría, es necesario, más que nunca, que nuestras interpretaciones se expresen en el lenguaje cotidiano de la vida, manteniendo un contacto suficiente con el referente emocional al cual aluden.

Demasiados psicoanalistas “informados” (ocupando el lugar de los psicoanalistas que se han psicoanalizado de manera genuina) tienden a caer en la tentación de una psicoterapia que acorta los tiempos de contacto, amparándose en un aparente óptimo económico, y olvidando que, más allá de un cierto umbral, lo barato sale caro. Es necesario comprender que, frente a la inercia consustancial que preserva a los rasgos del carácter de la posibilidad de un cambio, a lo que se agrega la enorme presión de un consenso que, permanentemente, contagia enfermedad, el trabajo psicoanalítico se puede comparar, en un cierto sentido (que no

representa completamente su efecto) a la función que ejerce la diálisis en la insuficiencia renal.

Es importante no desconocer el hecho de que el encuadre restringido de una psicoterapia “abreviada” de acuerdo con los fines acotados por un objetivo estrecho no puede evadirse de incurrir, por lo menos, en una entre dos formas de impotencia. Me refiero a enseñar un esqueleto intelectual que produce información, pero que no alcanza para transmitir las implicancias del significado que diferencian la noticia de la convicción (la explicación de la comprensión y de la creencia), o producir una experiencia emocional aislada que carece de la reiteración imprescindible para modificar las antiguas facilitaciones que estructuran las pautas, habituales e inconscientes, de la conducta enraizada en el carácter.

¿Sobre qué modelo dibujaremos el cambio de estado que toda intervención implica? Los modelos, antiguos, de un mecanismo descompuesto, o de la desadaptación a un mundo circundante, resultan hoy inadecuados, o insuficientes, frente a las nuevas ideas. Si la solicitud del psicoanálisis proviene siempre de alguna de las formas del sufrir, podremos decir, válidamente, que su ejercicio es, ante todo, una búsqueda de alivio. Pero hoy partimos de la conciencia, renovada, de que sufrir es haber perdido la inocencia, que las cosas que retornan “otra vez” no son las mismas, que jamás se restituye con exactitud un estado anterior, y que la pena sólo puede mitigarse a través de un doloroso progreso que es totalmente opuesto a la ilusión de volver. Es necesario comprender, entonces, que, junto a un sufrir innecesario, hay otro sufrir que vale la pena que ocasiona.

Hemos aprendido dolorosamente que el alivio que proporciona la irresponsabilidad se paga con el sufrimiento que ocasiona la impotencia, y que el bienestar que otorga la potencia se paga, sin

remedio, con el peso que ocasiona la consciencia de la responsabilidad. Sabemos, además, que nuestra “función de trascendencia”, que se ejercita, o se frustra, en todo acto de nuestro cotidiano convivir, pone en crisis toda idea de una terapéutica orientada por el esquema, simplificador, de la satisfacción egoísta.

También hemos adquirido conciencia de que, en cada uno de nuestros pacientes, el núcleo principal de resistencia proviene de un consenso que está tan “enfermo” como él, un consenso del cual, inevitablemente, participamos, porque configura nuestro entorno. (En el apartado “Acerca de las relaciones entre consenso público y con-trato”, incluido en “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia”, nos ocupamos de este tema.)

Si volvemos ahora sobre la antigua pregunta: ¿para qué sirve el psicoanálisis?, y omitimos llenar el espacio con el montón de palabras inútiles que podríamos sin duda acumular, se renueva la magnitud del interrogante esencial: ¿qué significa curar?

Hace ya unos cuantos años, una persona que conozco tomaba en tratamiento psicoanalítico a su primer paciente: un niño de siete años que sufría crisis asmáticas sumamente invalidantes. Era un asma bronquial que se había manifestado rebelde a todas las terapéuticas médicas habituales. Al poco tiempo de iniciado el psicoanálisis, las crisis asmáticas desaparecieron para no volver a presentarse más. Todos podemos recordar un número más grande o más pequeño de casos similares, de acuerdo con el tiempo en que venimos ejerciendo nuestro oficio.

Sin embargo, cuando nos preguntamos para qué sirve el psicoanálisis, no nos basta con esa respuesta. La cuestión deriva de una crisis más profunda. Queremos saber si se puede cambiar el carácter, defendernos del deterioro, la parálisis, la invalidez, la incapacidad. ¿Son demasiado ambiciosas esas pretensiones?

Reparemos en que las enfermedades, más allá de su diagnóstico (hay enfermos que sobreviven a un cáncer pulmonar y otros que se mueren como consecuencia de una infección en un dedo), se pueden dividir en tres tipos: las agudas, que desaparecen pronto (aunque no se las trate), y que casi siempre “viajan” substituyéndose unas a otras; las crónicas, que suelen durar toda la vida (aunque se las trate); y aquellas que usamos para morir. Desde ese punto de vista, se comprende que la meta de la psicoterapia psicoanalítica se haya desplazado desde el tratamiento de los síntomas hacia la tarea, ambiciosa y difícil, pero valiosa, de modificar el carácter.

No sólo los pacientes se preguntan a menudo “hasta qué punto” el psicoanálisis cura; los psicoanalistas nos planteamos a veces, en períodos críticos, la misma cuestión. Al fin y al cabo, un psicoanalista también es “consumidor” del psicoanálisis, y su actitud hacia lo que constituye su trabajo sufre necesariamente los avatares de sus propias resistencias.

Sucede, además, que la confianza que el psicoanalista posee con respecto a la eficacia de su tarea, zarandeada cotidianamente durante el tratamiento de sus pacientes, es absorbida, con mucha frecuencia, por la profunda crisis de valores que afecta a nuestra época. Si la cuestión acerca de cuál es, en definitiva, el poder terapéutico del psicoanálisis (o, como se dice, *para qué sirve el psicoanálisis*) ha sido siempre actual, no es menos cierto que, hoy, es más actual que nunca, aun dentro de los ámbitos en los que habitualmente discutimos nuestro trabajo.

Si durante el desempeño de nuestra tarea necesitamos recuperar nuestra confianza en lo que hacemos, disponemos, por lo menos, de tres posibilidades.

La primera de ellas consiste en recurrir a la experiencia pasada, propia o ajena, para saber si los resultados que procuramos

se obtienen por el procedimiento que ejercemos. Así procedemos en la mayoría de nuestros actos cotidianos, pero, como es obvio, cuando tratamos de evaluar cuáles serán los efectos de una interpretación psicoanalítica, no resulta tan fácil.

La segunda posibilidad reside en comprender la “razón” que vincula la intervención con el cambio que constituye la meta. Si desarmo una cerradura y comprendo cómo, en su funcionamiento, interviene un resorte que ha perdido su lugar, adquiero una “razonable” confianza en que podré repararla.

Si quisiéramos desarrollar ahora los distintos elementos en que se apoya “razonablemente” nuestra confianza en el poder terapéutico del psicoanálisis, nos veríamos forzados a reproducir aquí los capítulos esenciales de la teoría de la técnica psicoanalítica. Es importante señalar, sin embargo, una cuestión fundamental. La transferencia permite modificar “en vivo”, y a través de la consciencia, una pauta de reacción, o un mapa del mundo, que se ha adquirido en la infancia. Para obtener una modificación semejante, no alcanza con “aplicar” el psicoanálisis a la interpretación de un relato que evoca en nuestra mente una presunta realidad crono-lógica generadora de efectos, es necesario interpretar ese mismo “material” como si se tratara de un sueño, o una fábula, que alude a una fantasía inconsciente, atemporal y perpetua, que se repite en el acto de convivencia presente. Parodiando una frase de Freud, podemos decir que todo proceso psicoanalítico deberá mezclar el oro puro del psicoanálisis de la transferencia en el presente atemporal con el cobre del psicoanálisis aplicado a la interpretación de “la realidad” actual que se oculta en “la realidad” pasada que el relato refiere.

La tercera posibilidad con la cual contamos para el intento de recuperar la confianza perdida consiste en el interpretar las causas que sostienen, desde el inconsciente, y como cumplimiento de un deseo, esa desconfianza. Aquí también, en este punto, se podría

consignar un extenso e interminable repertorio de motivos, pero quiero limitarme, por su importancia actual, a la descripción de uno solo: las condiciones que derivan de la gran cisura del nacimiento, que separa la organización oral del psiquismo de la vida intrauterina. Hoy sabemos que durante el resto de la vida ambas organizaciones perduran (como perduran los traumas que en su hora se gestaron) y se reparten en el presente, junto con otras primacías, las modalidades de reacción, determinando diversas pautas de conducta y distintas vicisitudes de la vida emocional.

El trauma de nacimiento, que suele revivirse, de un modo inconsciente, como una situación insoluble en la cual la penuria del encierro y el temor frente a la incertidumbre de la huida son igualmente insoportables, es el prototipo de la angustia. Resulta de fundamental importancia, para el tema que nos ocupa, el tener en cuenta que durante la vida intrauterina la oferta del objeto que procura la satisfacción es continua, y que durante el estadio oral del desarrollo es periódica. La dramática cisura del nacimiento separa, por lo tanto, dos ritmos completamente distintos que se reparten, en una proporción habitualmente insospechada, las horas de nuestra vida cotidiana.

El encuadre del tratamiento psicoanalítico, por más que se subrayen algunos elementos que favorecen la regresión a través de la privación motora y visual, es decididamente posnatal. No solamente porque el contacto consciente se establece predominantemente mediante la palabra, sino también porque las sesiones ocurren en forma periódica, en un tiempo acotado y predeterminado. A pesar de ese encuadre, sin embargo, la fantasía básica que subyace a todo tratamiento, desde el momento mismo en que se piensa en realizarlo, es siempre intrauterina.

Lo esencial no consiste en que el paciente concurra, lo cual a veces ocurre, con la fantasía predominante de un suministro

incondicional, sino en que delegue en el psicoanalista, con una convicción que su consciencia ignora, toda la responsabilidad del tratamiento. Interpreta que el contrato es una garantía con respecto al resultado, y que si no quebranta las reglas del encuadre tiene derecho a reclamar el éxito. Asume que, si su psicoanalista es bueno, ser obediente es más importante que ser hábil. Supone que la posibilidad de fracasar no es un riesgo propio de su vida, sino el producto del engaño al cual podría ser inducido por un psicoanalista malo. Actúa inconscientemente convencido de que el alivio y el sentimiento de seguridad que experimenta cuando se “entrega”, delegando su responsabilidad, son la condición natural de toda buena relación de objeto. Estas fantasías subyacentes pueden mantener su vigencia, más o menos disimulada, durante muchos años, sobre todo si transcurren en un consenso social que, con respecto a sus jefes, líderes y gobernantes, se rige, en lo esencial, por los mismos parámetros.

Si ocurre, después de todos esos años, que no queda más remedio que intentar el psicoanálisis en un contexto posnatal, asumir el duelo ante la magnitud del autoengaño puede ser tan insoportable como parecía ser, en su hora, el riesgo de nacer. Entonces, si la crisis de “confianza” limitada a la figura del psicoanalista “malo” no alcanza para mitigar el dolor, el temor y los sentimientos de culpa, la desconfianza, para poder otorgarnos el alivio de la irresponsabilidad, debe extenderse hasta el psicoanálisis entero.

10. El estudio patobiográfico

Goethe escribió: “Amo a los que quieren lo imposible”, y podemos comprenderlo; nada tiene de malo el intentarlo, lo malo reside en invertir en ello la vida por entero. Suele decirse que la política es el arte de lo posible, y me parece cierto en la totalidad de la vida. La posibilidad es prima hermana del duelo, y una vida saludable no descuida completamente lo posible en pos de una quimera.

Luis Chiozza, *¿Para qué sirve el psicoanálisis?*

El problema psicossomático en la práctica médica

El discurso con el que Freud inauguró, en 1910, el congreso de Núremberg (publicado como “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”) nos introduce en algunas reflexiones, con respecto al ejercicio de la psicoterapia en la práctica médica, que (tal como las expusimos en “El problema de la operatividad en la medicina psicossomática”) retomaremos aquí.

Todo aquello que, ya sea mediante técnicas, a través de instrumentos o directamente, podemos percibir con los sentidos ingresa en la categoría de lo que llamamos “físico”. Todo aquello cuyo significado podemos interpretar ingresa, en cambio, en la categoría de lo que denominamos “psíquico”. La investigación psicoanalítica ha demostrado que el trastorno “físico”, contemplado por la medicina clásica como un efecto que deriva de una causa, puede además ser interpretado como un lenguaje que comunica, de manera inconsciente, el significado de un episodio biográfico particular.

Apoyándonos en los lineamientos teóricos establecidos por Freud, acordes con lo que se observa en la clínica, llegamos a la conclusión de que cada una de las distintas enfermedades del cuerpo, que la medicina distingue, esconde un significado inconsciente “propio” que es típico de ella.

A pesar de que la práctica psicoanalítica consolida progresivamente la convicción de que la enfermedad “somática” no posee una existencia independiente de las vicisitudes de los significados inconscientes, la experiencia clínica nos lleva pronto a reconocer que, en este aspecto de nuestro trabajo, nos enfrentamos con problemas difíciles, no sólo en lo que respecta a la acción terapéutica, sino también en cuanto atañe a la evaluación de sus resultados.

Cuando definimos una alteración, lo hacemos por comparación con un estado que, sea como ideal o como promedio, constituye la “norma”, y ocurre que, implícitamente, suponemos que la alteración es la pérdida de un estado normal anterior al cual es necesario “volver”. No debe extrañarnos, por lo tanto, que cuando un paciente consulta al médico porque presenta una alteración “somática” lo haga por lo general con la idea, implícita o explícita, de que el beneficio principal del tratamiento consiste en la desaparición de dicha alteración.

El médico, sin embargo, no debería compartir, con tanta frecuencia, ese objetivo, ya que toda restitución de un estado anterior, si tenemos en cuenta fenómenos como la inmunidad, la experiencia o la memoria, no sólo es utópica, sino, además, equívoca. La idea de “combatir la enfermedad”, que se halla implícita todavía en muchas actuaciones médicas, no parece sensata, en la medida en que desconsidera la función que la enfermedad cumple en relación con los sistemas más amplios en los cuales se integra, dentro de la serie: órgano, aparato, persona, familia y sociedad.

Es necesario tener en cuenta que la enfermedad es la “solución” que el paciente ha encontrado, y que su simple desaparición suele restablecer el problema inicial, o puede incluso agravarlo. Freud (en *Recordar, repetir y elaborar*) nos recuerda que la enfermedad es un oponente digno. Weizsaecker lo señalaba diciendo que la actitud habitual del médico, frente a la enfermedad, que podría resumirse en la expresión “fuera con ella”, debería ser reemplazada por otra acorde con el siguiente pensamiento: “Sí, pero no así”. En los casos en que el médico no comparte el objetivo del paciente, nos encontramos frente a la necesidad de ejercer, explícita o implícitamente, educación sanitaria.

Hemos aprendido que la familia del enfermo que padece una psicosis, o la del niño, constituyen una estructura de poder real que obra, en ambos casos, sobre el tratamiento del paciente y nos obliga a diseñar un encuadre particular apropiado que incluya, de algún modo, a las personas con las cuales convive. Aquellos enfermos “somáticos” que de manera imprescindible necesitan un tratamiento físico dependen, también, inevitablemente, de un médico, o de una institución sanatorial, que llevan implícitos un determinado sistema de asistencia médica, que suele entrar en colisión con las necesidades de la psicoterapia.

La tarea de implementar un encuadre específico que permita involucrar de alguna manera, en el tratamiento del paciente, al médico del cual este depende plantea problemas distintos de aquellos que surgen de la inclusión de la familia del niño o la del enfermo psicótico. El médico se halla, por lo general, menos dispuesto y motivado que los familiares del enfermo para reexaminar, en interés del paciente, tanto su vínculo con él como las diferentes alternativas y decisiones del tratamiento físico. Son, sin embargo, alternativas y decisiones que se verán inevitablemente influidas por los afectos inconscientes que forman parte de ese vínculo.

Frente a esas dificultades, no cabe duda de que gran parte de los problemas que plantea el encuadre de un tratamiento “psicosomático” se podría resolver mucho mejor si, en los planes de estudio de la Facultad de Medicina, el psicoanálisis, en lugar de figurar como si fuera una rama de la neuropsiquiatría, ocupara, por lo menos, un lugar semejante al que ocupa la microbiología.

El instrumento fundamental de nuestra acción psicoterapéutica está constituido por una capacidad de lectura específica apropiada al “objeto” tratado, objeto que, en el caso que nos ocupa, es la situación comunicativa particular implícita en toda enfermedad. Tal como ha ocurrido con la interpretación del juego y del dibujo en el psicoanálisis de niños, partimos de un cierto acuerdo previo acerca de que el fenómeno considerado, el trastorno somático, es la transformación de una idea inconsciente, idea que se conserva en la alteración de la forma, la función o el desarrollo corporales.

Tal vez convenga, en este punto, incluir dos cuestiones que pueden introducir claridad. La primera proviene de Heráclito, cuando nos recuerda que un hombre no se baña dos veces en el mismo río, porque lo que permanece es la forma del río, pero el agua que lo constituye circula. Si tenemos en cuenta que el seguimiento de los átomos “marcados” con carbono radioactivo permite comprobar que, en unos pocos meses, todos los átomos del cuerpo son reemplazados, podemos decir que tampoco nos vemos dos veces, en el espejo, la misma cara, porque la corriente de “la carne” que “pasa por ella” también circula. Lo mismo sucede cuando vemos un tumor que persiste, materialmente, obstruyendo el esófago, porque lo que persiste no es la materia, persiste “la forma” que lo constituye, y esa forma es lo que, en psicoanálisis, a veces denominamos “fantasía”, y otras veces, “idea” inconsciente. Es lo que quiere significar Shakespeare cuando sostiene que estamos hechos de la substancia de la que están hechos los sueños.

La segunda cuestión surge porque, tal vez, resulte pertinente insistir aquí, una vez más, en que descubrir que un trastorno de la estructura o del funcionamiento del cuerpo es una expresión que simboliza una fantasía inconsciente; no lleva implícito, necesariamente, sostener que constituye una causa (es decir, psicogenia) y, menos aún, afirmar que no es lícito encontrar, en el terreno de los mecanismos fisicoquímicos o fisiopatológicos, la operatividad de otras causas.

Las formas corporales son símbolos universales y congénitos que se presentan, tanto en el paciente como en el psicoanalista, encubiertos por re-significaciones secundarias, personales y “adquiridas”. Por este motivo, sólo podemos descubrir su significado primario recurriendo a la interpretación combinada de materiales de las más diversas fuentes: mitos, literatura, otras realizaciones del arte, conocimiento científico, etimología, expresiones del lenguaje popular, etc. Las disciplinas que forman parte de la medicina y de la biología nos ofrecen, desde este punto de vista, un material especialmente valioso para la investigación del significado inconsciente de las formas corporales normales y patológicas.

El conocimiento de las fantasías inconscientes específicas de las distintas formas nos permite progresar en la construcción de un código interpretativo que opere en el psicoanalista de un modo pre-consciente y “automático”, del mismo modo que opera, por ejemplo, su conocimiento del Complejo de Edipo. Incluir ese código en el trabajo cotidiano implicará algunas modificaciones técnicas, tal como sucedió con el psicoanálisis de niños frente a la necesidad de interpretar los dibujos y el juego.

La posibilidad de que el psicoanalista explore físicamente al enfermo que trata psicoterapéuticamente conduce hacia complicaciones técnicas que son, por el momento, insuperables, y aunque no cabe duda de que la observación directa de radiografías,

exámenes de laboratorio o informes de los exámenes realizados por otros colegas podría aportarnos un material valioso sin introducirnos, inevitablemente, en tales dificultades, también es cierto que el ejercicio de nuestra tarea nos confirma, una y otra vez, que “el material” sobreabunda. La experiencia enseña que todo lo que no logramos interpretar retorna, incansablemente, desde el paciente, en formas diversas.

Reparemos, además, en que la observación directa, en el enfermo, de signos como la palidez o la cianosis, y la información que, acerca de su estado físico, se obtiene a través de su discurso verbal ofrecen un material valioso, pero es claro que el psicoterapeuta podrá utilizar ese material para su labor específica, si evita, por un lado, el permanecer “anclado” en el diagnóstico en los términos de la medicina anatomofisiológica y, por el otro, la “obligación” de responder a las expectativas del paciente con una inmediata interpretación simbólica que no siempre puede, auténticamente, lograr.

Así como existen una cirugía menor, que se puede realizar en el consultorio, y una cirugía mayor, que requiere un quirófano y un cirujano avezado, existen una psicoterapia menor, que puede realizar todo médico, y una psicoterapia mayor, para la que se necesita la presencia del especialista. Agreguemos, de paso, que todo acto médico requiere, como cualquier otra relación humana, un cierto grado de consciencia con respecto a los efectos de las palabras que se pronuncian, y que es doloroso tener que reconocer la enorme frecuencia con la que, durante el ejercicio de las actividades médicas, se usan las palabras de manera irresponsable, como si con ellas no se pudiera dañar.

La capacidad para comprender los significados inconscientes de los síntomas o de la relación médico-paciente será, sin duda, útil para todo médico, pero hay una cuestión acerca de la cual no debemos engañarnos. La posibilidad de modificar de manera

profunda, mediante el psicoanálisis, las alteraciones somáticas de una enfermedad en sus distintas alternativas depende, ante todo, de la intervención de un psicoanalista que se haya formado especialmente para desempeñarla. El psicoanálisis de los enfermos con trastornos somáticos, tal como ocurre en el caso del psicoanálisis de niños, o de enfermos psicóticos, requiere una dedicación especial.

Sea cual fuere el tipo de campo en que este psicoanalista trabaje, se trate de un psicoanálisis “ortodoxo” o de otra clase de vínculo terapéutico y de encuadre, lo esencial es el grado que haya alcanzado en un tipo particular de formación. Si la habilidad frente a las vicisitudes de la transferencia-contratransferencia y la permeabilidad frente a lo inconsciente que posee un psicoanalista avezado son, en este caso, de una utilidad inestimable, conocer el instrumento comunicativo propio de la enfermedad “somática” y los caminos por los cuales se produce habitualmente la modificación de las alteraciones físicas también lo será, y con mayor razón.

Ya desde sus primeras experiencias con las pacientes histéricas, Freud descubrió que el procedimiento psicoanalítico no podía encaminarse hacia la obtención inmediata de una mejoría de los síntomas, y que la dirección del proceso debía quedar abandonada a lo inconsciente. Bion apunta en la misma dirección, desde otro ángulo, cuando señala que el psicoanalista debe trabajar sin memoria ni deseo.

Pero que el psicoanalista trabaje sin tener presente su objetivo no significa que el tratamiento carezca de una meta. Esa meta, que durante los primeros años consistía en la desaparición de los síntomas, se fue transformando, poco a poco, en el logro de una modificación en el carácter. Este cambio en los fines que perseguía el proceso trajo consigo el hecho de que el tratamiento, que en un comienzo se sustanciaba en meses, se prolongara luego

durante varios años. Durante ese tiempo, en un desarrollo que podríamos llamar “longitudinal”, el proceso progresa de temática en temática, sin un fin inmediato que sea premeditado.

Sin embargo, el psicoanalista, en el desempeño de su tarea clínica, se encuentra a veces con problemas específicos que es necesario resolver. Una de estas situaciones es el caso planteado por una enfermedad “somática” de cierta gravedad. El psicoanalista sabe que tanto esa enfermedad como su evolución y su desenlace final no son independientes de las vicisitudes de la emoción inconsciente. No puede resignarse a “abandonar” el destino del enfermo que lo consulta, o que está tratando desde hace varios años, confiando en el único recurso del tratamiento “físico”, pero tampoco puede confiar en que un tratamiento psicoanalítico “longitudinal” llegue a tiempo para proteger al enfermo de una amenaza grave. El problema principal que la enfermedad “somática” plantea al psicoanálisis se establece alrededor de esa dificultad.

En 1972 planeamos (junto con Enrique Obstfeld) un encuadre y un procedimiento psicoanalítico que llamamos *estudio patobiográfico*. Su finalidad específica consiste en incluir, en el tratamiento del enfermo, aquello que el psicoanálisis puede hacer si se propone, como meta inmediata, actuar sobre la enfermedad en el “tiempo corto” que, a veces, las circunstancias nos otorgan. De este modo, el psicoanálisis “longitudinal” puede mantenerse libre de toda finalidad consciente.

Se trata de un método que surgió, desde sus comienzos, como producto de una triple influencia. La obra de George Groddeck, que testimonia su capacidad excepcional en la utilización del psicoanálisis para la comprensión de las más diversas enfermedades somáticas. Algunos libros de Viktor von Weizsaecker, que agregan, como ingrediente imprescindible, una sólida fundamentación científica y filosófica a las

interpretaciones de Groddeck. Y los desarrollos con los cuales, a partir de Freud, integramos algunas de esas ideas en la teoría psicoanalítica.

Junto con el diseño del método, fundamos una institución, dedicada a ejercerlo, que, en homenaje al insigne médico alemán, denominamos Centro Weizsaecker de Consulta Médica. Para el interrogatorio “biográfico” nos inspiramos en la *Introducción a la medicina psicosomática*, de Carlos Seguí. Para la sinopsis de antecedentes, en las ideas propuestas por Mariano Barilari en *La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis* (escrito en colaboración con Leonardo Grasso). El nombre “patobiografía”, que heredamos de Weizsaecker (y que integra con la palabra *pathos* su doble significado de “pasión” y “padecer”), también fue utilizado para designar métodos distintos, aunque dirigidos hacia finalidades similares, por autores como Pedro Laín Entralgo (en *La historia clínica. Historia y teoría del relato patobiográfico*) y Günter Clauser (en *Manual de análisis biográfico*).

A pesar de que el estudio patobiográfico que diseñamos nació durante el tratamiento psicoanalítico de pacientes en los cuales, de pronto, surgía de manera perentoria la necesidad de recurrir a procedimientos médicos distintos, fue concebido para ser aplicado, también, en pacientes que, con el auxilio de una psicoterapia, o sin ella, se encuentran en algunas situaciones que se les presentan difíciles. Podemos mencionar varios ejemplos. Cuando se trata de prepararse, o también de decidir, ante una intervención quirúrgica riesgosa o que supone la necesidad de aceptar mutilaciones graves. Cuando, a pesar de un procedimiento diagnóstico y de una terapéutica correcta, la enfermedad no evoluciona bien. Cuando una dolencia empeora o se hace crónica, o cuando el paciente se cura de una enfermedad sólo para ingresar en otra. Cuando dos o más especialistas, en los cuales el enfermo confía, recomiendan procedimientos distintos y es el paciente quien debe decidir. Señalemos, dicho sea de paso, que muy pronto el estudio

patobiográfico comenzó a utilizarse ante la necesidad de asumir otro tipo de decisiones, como las que surgen frente a cambios de trabajo, o de residencia, crisis en el empleo del dinero, conflictos que llegaron a los tribunales de justicia, o desacuerdos graves en la pareja o en la familia.

Podemos decir que el estudio patobiográfico es un procedimiento “transversal” que se orienta hacia un fin premeditado e inmediato, y que lo hace mediante el esfuerzo conjunto de un equipo, que no sólo se concentra en contemplar ese particular momento, en la vida de un paciente, como desenlace de una trayectoria que se interrelaciona con los rasgos del carácter, sino que, sobre todo, “se impregna”, con esa vida que contempla, desde las distintas contra-transferencias que, en cada uno de los miembros, suscita.

La forma en que el método procede

Comencemos por decir que, dado que ni la medicina tradicional ni el psicoanálisis son capaces de ofrecer, desde cada uno de sus procedimientos, una solución integral para todos los trastornos que pueden aquejar al ser humano en el terreno de lo que se considera enfermedad, no existe razón ni derecho para privar a los enfermos de una exploración y una propuesta surgidas desde ambos abordajes. Tal como lo expusimos en “El problema psicossomático y la técnica psicoanalítica”, no sólo se trata de integrar las técnicas (físicas, químicas o “biológicas”) que derivan, en última instancia, del ejercicio de la mano con las que derivan del ejercicio de la palabra, sino también de articular (como lo señala Paul Ricoeur en *Freud: una interpretación de la cultura*) el pensamiento que se expresa en los términos de una energética, con el que surge como una forma de la hermenéutica (en tanto arte o teoría de la interpretación de “textos”).

La necesidad de ese doble abordaje nos introduce, entonces, lamentablemente, en una difícil problemática. Una problemática que no deriva, en lo esencial, de que los métodos que configuran ambas medicinas se interfieren entre sí en alguna de sus partes, o de que una formación médica suficiente en cada uno de esos métodos demanda muchos años, dado que eso también sucede entre un cardiólogo y un neurocirujano. La dificultad mayúscula deriva del uso de lenguajes y pensamientos muy distintos.

Lograr esa formación “doble” en cada médico constituye, por el momento, una pretensión muy difícil de satisfacer. De modo que encontramos, en esta realidad, la razón por la cual, en el estudio patobiográfico, procuramos integrar los enfoques de ambas medicinas constituyendo un equipo con profesionales que exploran al paciente desde los dos puntos de vista e intentan armonizar sus conclusiones.

El procedimiento comienza con un interrogatorio (anamnesis) acerca de la situación actual que motiva la consulta y de los recuerdos, deseos y circunstancias que conforman una biografía esquemática. Realizado por un psicoanalista, se completa en unos cuatro o cinco encuentros de dos horas, siguiendo los lineamientos de un formulario preformado. Ese protocolo cumple con la doble finalidad de tipificar una experiencia y de evitar escotomas u omisiones en los datos recabados, sin que la consigna sea óbice para que pueda ampliarse espontáneamente en los puntos en que se considere necesario. Cuando se trata de un niño, el material que se obtiene proviene de una hora de juego, y el interrogatorio se completa (como sucede también con los adolescentes) con una anamnesis que otro miembro del equipo realiza con sus progenitores (a los cuales también se les comunicará, finalmente, una parte de nuestras conclusiones).

La anamnesis abarca, muy prolija y reiteradamente, detalles sobre la enfermedad actual y una interrogación sistemática sobre las

enfermedades padecidas en distintos órganos del cuerpo. Se exploran, además, los distintos sectores que, en su conjunto, configuran una biografía (niñez, evolución, desarrollo, vínculos familiares, escolaridad, adolescencia, estudios secundarios y universitarios, medios de vida, cambios de residencia, sexualidad, matrimonio, etc.). Durante este interrogatorio, que se realiza en un plazo aproximado de quince días, el psicoanalista consigna las respuestas en los mismos términos en que el paciente las formula y también, a veces, algunas observaciones, como, por ejemplo, acerca del tipo de vínculo que establece con la institución, con las personas que lo atienden o con el anamnesista.

Se le pide, además, que traiga unas treinta fotografías, seleccionadas espontáneamente, entre las que lo representan en distintas épocas de su vida y las de los seres que considera más significativos. También debe relatar alguno de sus sueños, redactar un cuento que no ocupe más de dos páginas y narrar muy brevemente un filme cinematográfico y una novela libremente elegidos. Finalizado el estudio, se le devolverán las fotografías y los exámenes complementarios que haya traído o realizado.

Mientras tanto, el paciente es examinado por el clínico general que integra el equipo y por los especialistas que tanto el anamnesista como el clínico consideren necesarios para completar el estudio y que, habitualmente, colaboran en la realización de las patobiografías. Esta etapa finaliza cuando cada uno de los médicos que intervienen contribuye con su informe para una historia clínica en donde se consignan los diagnósticos, el resultado de los exámenes complementarios y las indicaciones terapéuticas, junto con los razonamientos que los fundamentan. Agreguemos aquí que, si fuera necesario para poder evaluar adecuadamente las circunstancias de la realidad, también puede incluirse un informe aportado por un abogado o por un contador.

De la reunión de todos estos elementos, el anamnesista, luego de haber leído el contenido de la historia clínica, realiza una breve sinopsis, en donde considera algunos ítems que identificamos como típicos. Entre ellos se destacan: el motivo latente de la consulta, que se oculta detrás de un motivo manifiesto; el factor eficaz específico desencadenante del proceso actual; la fantasía inconsciente que, acerca de su enfermedad, y acerca de su curación, el paciente ha construido (lo cual incluye una cierta “cuota” de esperanza); la relación de las situaciones dramáticas vividas en distintas épocas biográficas y su coincidencia con las enfermedades que ha padecido en sus órganos (lo que se integra con el lenguaje de órgano), y, también, los “puntos de coincidencia”, en donde las expresiones verbales del paciente están cerca de las interpretaciones que el anamnesista va construyendo y que podrán ser un punto de apoyo para lo que, finalmente, elegiremos decirle.

Así se va configurando una historia doble, que corresponde a la inevitable circunstancia constituida por la formación unilateral de los médicos intervinientes: por un lado, la historia clínica “tradicional” que surge de la exploración anatomofisiológica; por el otro, un relato biográfico redactado por el anamnesista en unas treinta páginas, en donde se procura conservar algunas de las expresiones verbales que se consideran significativas. Preferimos, en esta primera etapa, la dicotomía constituida por dos médicos que poseen una experiencia clínica considerable, y han profundizado en el conocimiento de sus respectivas medicinas, a la habitual integración realizada a expensas de una formación médica insuficiente en uno o en ambos terrenos.

Todos estos son elementos utilizados para establecer las conclusiones preliminares. Pero el anamnesista, además de su relato biográfico en treinta páginas y de la sinopsis que construye, escribe

unas dos páginas en donde redacta su propuesta acerca de lo que le diremos, como conclusión, al paciente. Y para realizar esa tarea, no sólo se apoya en los datos que ha consignado en el relato y en la sinopsis que ha construido, dado que las intuiciones que despiertan las fotografías, y las narraciones que redacta el paciente, constituyen una ayuda importantísima, cuyo valor, cuando se lo contempla “desde afuera”, permanece insospechado.

Las conclusiones que le comunicaremos al paciente se componen con dos partes. La primera, heredada de lo que un médico prescribe, constituye una orientación terapéutica. En ella le diremos aquello que, de acuerdo con lo que pensamos, le aconsejamos hacer. Incluye recurrir, o dejar de recurrir, a los fármacos, a la cirugía, a la radioterapia, a la fisioterapia, al tratamiento higiénico-dietético o a la psicoterapia “longitudinal”. Pero también incluye elegir entre el beneficio que surge de hacerlo de inmediato y la oportunidad que otorga, sencillamente, esperar. La segunda surge de haber aprendido que la enfermedad se “construye” como un intento simbólico, inconsciente, que procura alterar el significado insostenible de una historia que nace como producto de un malentendido y que se oculta en el cuerpo. Configura una “resignificación” que contiene lo que hemos creído comprender acerca de la crisis actual que el paciente atraviesa, en ese momento de su vida, y que, reprimida, se manifiesta en los sufrimientos y las dificultades que constituyen el motivo por el cual nos consulta.

Cae por su propio peso que la orientación terapéutica es una prescripción que surge como producto de un diagnóstico, mientras que en la resignificación el diagnóstico y la terapéutica funcionan al unísono. Es claro que no pretendemos, con esta “terapia”, mejorar los rasgos de carácter que influyen en la crisis vital que perturba al paciente; sólo procuramos “darle un empujón” que

“estropeando” la solución que ha encontrado, y por la cual “paga el precio” del trastorno que lo aqueja, lo obligue a sustituirla por otra. Le estaremos diciendo entonces, como señalaba Weizsaecker, “sí, pero no así” y, aunque no podemos (ni debemos) decirle de qué otra manera es mejor proceder, confiamos en que, aun en el caso de que no encuentre algo preferible, obtendrá el beneficio de cambiar el trastorno y, con ese cambio, una cierta consciencia de lo que le está sucediendo.

Para describir “desde dónde” y cómo el anamnesista redacta su propuesta de resignificación (que acompaña a lo que propone como orientación terapéutica), debemos “rescatar” algunos lineamientos que funcionan (en proporciones distintas para cada ocasión), desde nuestro preconsciente, como automatismos, y que mencionaremos brevemente aquí.

1) La identificación de una temática, típica y universal, que pueda otorgar “unidad” a la biografía del paciente, configurando un punto nodal alrededor del cual gira su vida. En el desarrollo de ese “argumento”, pueden surgir distintos personajes que, como representantes de otros, que pertenecieron a su infancia, conforman el drama que, actualmente, ha hecho crisis. 2) La identificación del “mapa” que el enfermo utiliza para recorrer el territorio de su vida, y del “estilo”, adquirido en la infancia, con el cual lo ha trazado, ya que ambos codeterminan el significado de su historia. 3) La identificación de la parte que el trastorno “habla” (y que, de manera simbólica e inadecuada, procura alterar) dentro del “drama nodal” que, como producto de un malentendido perdurable, pertenece a la historia que la enfermedad actual encubre. Dado que pensamos que la enfermedad actual no sólo es un relato, cifrado y simbólico, del significado omitido, sino también un acto, igualmente simbólico, que “corrige” mágicamente esa historia. 4) La identificación de las razones por las cuales no puede soportar ese drama, dado

que necesitamos que nuestra interpretación permanezca en la conciencia del enfermo junto con su auténtico afecto. 5) La identificación de las lagunas y distorsiones de significado que marcan los puntos en los cuales su drama original se le ha vuelto inconsciente. 6) La identificación de una unidad de sentido más amplia, que trascienda, lo que, como el producto de un mapa fragmentario, se constituye como un malentendido. Dado que pensamos que la enfermedad actual es la mejor solución que el enfermo ha logrado (frente a su imposibilidad de aceptar en la consciencia significaciones que son contradictorias), integrarlas en un significado más amplio puede conducir a que desaparezca la necesidad que sostenía la enfermedad del cuerpo.

En los últimos años, y a partir de lo que desarrollamos en *¿Para qué y para quién vivimos?* El camino de los sueños, incluimos la consideración de tres “mapas”. El que el paciente podría trazar registrando las distintas “distancias” afectivas en su relación con las veinte personas que considera más significativas en su vida (incluyendo a sus enemigos y a los seres que, físicamente, han desaparecido). El que podría trazar incluyendo el tiempo dedicado, y las prioridades que otorga, al conjunto completo de todas sus actividades. Y, por último, la descripción de aquellos apegos irrenunciables que provienen, como un íntimo rescoldo, de la remota infancia.

Una vez que el anamnesista ha realizado las tareas descriptas, se reúne con otro miembro del equipo, que funciona como una especie de supervisor encargado de dialogar con el clínico y con los especialistas acerca de las vicisitudes de la exploración somática, y que, luego de haberse compenetrado con los datos de la historia clínica, y con el material aportado por el anamnesista, elabora, junto con él, una nueva versión de lo que se le comunicará al paciente.

Esa nueva versión se discutirá, otra vez, para llegar a las conclusiones finales, en un ateneo, con la presencia de todos los integrantes que han intervenido en el estudio, presidido por el director del centro de consulta psicosomatológica. En general concurren a ese ateneo, y participan en la discusión, todos los integrantes del centro de consulta, excepto cuando el caso se clasifica como “cerrado”, y eso sucede cuando, a pesar de que el material siempre se presenta privado de los datos que pueden identificar al paciente, se corre algún riesgo de que pueda ser reconocido. Toda esta etapa del proceso se substancia en unos veinte días, y la razón que nos conduce a discutirlo reiteradamente surge de dos propósitos. Dialogar, con los médicos que construyeron la historia clínica, acerca de la orientación terapéutica, y relaborar la resignificación, con los psicoanalistas, desde distintas contratransferencias.

El anamnesista, por fin, en una reunión de una hora y media, le leerá al paciente, lentamente, y aclarando todo aquello que le parezca necesario, las conclusiones finales, que lleva por escrito, subrayando, con eso, que lo que se le dice proviene del equipo, y no del médico que se lo está diciendo. Es un escrito que nunca se le dará al paciente (explicándole, si fuera necesario, que ha sido redactado como un “memo” para el que lo pronuncia), dado que, leído sin la presencia del psicoterapeuta, sufriría los avatares de una resistencia que disminuiría el efecto inicial, grande o pequeño, que pudo haber tenido. El anamnesista, luego, redactará un informe breve acerca de lo que ha sucedido en ese encuentro.

Una semana después, el “jefe de equipo”, que ha funcionado como supervisor, luego de haber leído el informe anterior, se reunirá con el paciente, en una última reunión de una hora y media, con la cual el procedimiento finaliza, a los fines de relaborar, con un miembro distinto del equipo, las conclusiones que el paciente ha recibido. Se intenta, de ese modo, que la transferencia, en

lugar de caer entera sobre el anamnesista, se desplace en parte sobre el centro de consulta, pero, además, y sobre todo, se procura, en esa forma, que la modalidad y el tono con los que se comunican las conclusiones no provengan de una sola persona. Un informe breve, acerca de ese último encuentro, se guardará con el resto de la documentación.

Cuarenta y cinco años después

Desde 1972, que fue el año en el cual diseñamos nuestro procedimiento, y fundamos nuestro Centro Weizsaecker de Consulta Médica en Buenos Aires, se crearon otros equipos (entre los cuales sólo mencionaremos aquellos que pudimos contribuir a organizar, porque sabemos que se dedicaron a ejercer el mismo método) en Río Cuarto (Córdoba), Montevideo, Roma, Florencia, Perugia y Bogotá. Ignoro cuántas patobiografías se habrán realizado durante el tiempo transcurrido, pero hemos podido supervisar personalmente no menos de unas dos mil quinientas. La cuestión que surge de inmediato, y motiva este apartado, se resume en una frase: ¿qué nos ha dejado la experiencia?, que nos conduce a formular tres preguntas principales. ¿Cuál es el beneficio que obtuvieron los pacientes que lo han realizado? ¿Qué opinión se han formado los distintos profesionales que integraron los equipos dedicados a los estudios patobiográficos? ¿Cómo evolucionó el método durante los años transcurridos desde su iniciación?

En el último apartado del capítulo anterior decíamos que, si necesitamos recuperar nuestra confianza en lo que hacemos, disponemos, por lo menos, de tres posibilidades. La primera de ellas consiste en recurrir a la “evaluación” de la experiencia pasada, propia o ajena, para saber si los resultados que procuramos se obtienen por

el procedimiento que ejercemos. También decíamos que cuando tratamos de evaluar cuáles serán los efectos de una interpretación psicoanalítica no resulta tan fácil.

La cuestión que inmediatamente se suscita, cuando se trata de este asunto, tiene que ver con la estadística (de esta cuestión nos ocupamos, con mayor detalle, en “Acerca de la superstición en el uso de la estadística”). No sólo se trata de que no necesitamos disecar trescientos escarabajos para afirmar que son hexápodos, sino, sobre todo, de que para realizar estadísticas es necesario homogenizar variables (es decir, tener en cuenta únicamente “la” interrelación que nos interesa computar) y, cuando se trata de realidades complejas, no es fácil determinar si lo que se descarta no invalida nuestras conclusiones. No resulta simple ponerse de acuerdo en cuál será el valor de “beneficio” que se tendrá en consideración cuando intervienen numerosas variables (y eso es lo que define a una realidad compleja). Recurramos a un ejemplo “sencillo” que se menciona a menudo: ¿tendremos en cuenta la cantidad de años que un paciente sobrevive o la calidad de esos años?

Reparemos, también, en que la estadística es el “último” recurso de la ciencia, aquel que se utiliza cuando desconocemos los mecanismos que vinculan los efectos con sus causas (¡o el significado que vincula a un símbolo con su referente!). Agreguemos, además, que la estadística nos dice, aproximadamente, cuántas personas entre dos mil sometidas a una litotricia sufrirán un hematoma renal, pero no nos dice lo que sucederá con Pedro.

Vayamos, entonces, a la segunda posibilidad, que reside en comprender la “razón” que vincula nuestra intervención con el cambio que constituye la “meta”. Volvamos sobre la idea de que, si desarmo una cerradura y comprendo cómo, en su funcionamiento, interviene un resorte que ha perdido su lugar, adquiero una “razonable”

confianza en que podré repararla. Si de cada diez soldados que solicitan un determinado permiso puedo saber que sólo uno (el diez por ciento) lo consigue, “algo” sabré, pero si me entero de que los nueve que no lo consiguieron se lo pidieron al sargento y el otro se lo pidió al teniente, sabré mucho más.

Reparemos en que Freud psicoanalizó unos pocos casos de histeria y a partir de esa experiencia afirmó que “toda” histeria (y no en un determinado porcentaje) es, siempre, el resultado de la represión de un recuerdo traumático. Las conclusiones en las que se apoya “razonablemente” nuestra confianza en los resultados del método patobiográfico se encuentran, pues, en el contenido de este libro.

La tercera posibilidad con la cual contamos para el intento de recuperar la confianza que se nos puede haber perdido consiste (¡precisamente!) en el interpretar las causas que sostienen, desde el inconsciente, y como cumplimiento de un deseo, la desconfianza. Aquí también, en este punto, se podría consignar un extenso e interminable repertorio de motivos, pero comenzaremos por citar unas palabras del discurso con el que Freud inauguró en 1910 el congreso de Núremberg: “Por muy poderosos que sean los afectos y los intereses de los hombres, lo intelectual también es un poder. No precisamente de aquellos que se imponen desde un principio, pero sí de los que acaban por vencer a la larga. Las verdades más espinosas acaban por ser escuchadas y reconocidas una vez que los intereses heridos y los afectos por ellos despertados han desahogado su violencia. Siempre ha pasado así, y las verdades indeseables que nosotros los psicoanalíticos tenemos que decir al mundo correrán la misma suerte. Pero hemos de saber esperar”.

Podemos decir que (tal como lo sostuvimos en “El psicoanálisis y la medicina”) la investigación psicoanalítica de los trastornos somáticos, al descubrirnos el drama íntimo que se oculta

púdicamente en cada trastorno, se trate de un resfrío, una angina tonsilar o un infarto cardíaco, desnuda otra vez en público nuestra vida privada, nos despoja de los recursos de la adaptación en sus nuevos reductos e impone un nuevo esfuerzo creativo a nuestra represión.

Así como existen pacientes que experimentan la necesidad de una medicina integral de un modo consciente, no es menos cierto que, tanto en ellos como en muchos otros, existe una fuerte tentación de concebir su enfermedad como un proceso puramente físico que no comprometa una significación que, por displacentera, ha sido reprimida. Esta resistencia instala la interpretación psicoanalítica de los trastornos somáticos en una dificultad similar a la que experimentó el psicoanálisis en la época heroica en que, privado de todo consenso, se encontraba por completo fuera del *establishment* científico.

A pesar de esas dificultades, tuvimos gratificaciones y logros, de los cuales publicamos unos pocos (en ¿Por qué enfermamos?, por ejemplo). Hemos comprobado, una y otra vez, que el paciente, cuando se encuentra con el contenido de la resignificación, descubre, con cierto asombro, que su interlocutor no sólo está compenetrado con innumerables detalles que configuran su vida, sino, además, con el sentido que el mismo paciente otorga a esos detalles. Cuando a eso se suma la resignificación que adquiere, en el estudio, el conjunto de su vida, le resulta profundamente conmovedor. Es muy importante comprender (un suceso inesperado que la experiencia nos impuso) que “algo” de esa resignificación comenzó ya a prefigurarse, dentro de él, durante las horas en las que el interrogatorio anamnésico lo condujo a reunir, una tras otra, diferentes vicisitudes de su historia.

También, con algunos enfermos, hemos sentido que logramos poco, y tuvimos, además, pacientes disconformes (que no

siempre consideramos fracasos). Recordemos aquí (como lo hicimos en “El estudio patobiográfico como integración del conocimiento psicoanalítico con la práctica de la medicina general”) lo que Freud expresa (en “Sobre el psicoanálisis ‘silvestre’”) cuando sostiene que, en última instancia, lo único que puede salir perjudicado, como resultado de esta intervención, es el prestigio del médico, ya que el paciente suele favorecerse viendo ceder sus síntomas o decidiendo dar un paso hacia la curación.

El entusiasmo que nos han deparado los estudios patobiográficos ha ido creciendo, en los distintos equipos, en la medida en que crecía nuestra experiencia con ello. El universo de personas a las cuales hemos tenido acceso, de este modo, ha enriquecido notablemente nuestra comprensión de los pacientes que atendemos en nuestros consultorios con el encuadre psicoanalítico habitual.

A pesar de ese entusiasmo creciente, es importante consignar aquí una experiencia compartida, en los años transcurridos desde 1972, por la totalidad de quienes (en distintas instituciones y países) dedicamos una parte de nuestro ejercicio profesional a realizarla. En cada una de las ocasiones en que comenzamos un estudio patobiográfico, fue necesario que venciéramos, con esfuerzo, una resistencia, que comienza con la decisión de poner en marcha el interrogatorio pautado que denominamos anamnesis, y que se intensifica en la tarea de construir la resignificación. Pensamos que los motivos que desencadenan esa resistencia surgen de la magnitud que alcanza la contratransferencia convivida por los miembros de un equipo que se compenetra, durante muchas horas, con los sufrimientos y las vicisitudes de la crisis biográfica que el paciente atraviesa.

Durante los años transcurridos, nuestra experiencia se fue decantando poco a poco, de tal modo que nos condujo a privilegiar, cada vez más, nuestras intuiciones contratransferenciales, despertadas,

desde el comienzo, por la contemplación atenta de las fotografías, cuya riqueza en detalles reveladores fue un descubrimiento paulatino. También comenzaron a sobresalir, en algunos casos más que en otros, las redacciones del paciente y, en las páginas de la anamnesis, la confluencia de algunas frases, con cuatro o cinco datos, especialmente significativos.

Aprendimos que, como sucede con las figuras del “ojo mágico”, lo esencial sólo se ve “desenfocando la mirada” y, a veces, se revela a través de lo que siente otro colega. Aprendimos, también, que, en lo que se refiere al cuidado con que elegimos las palabras que le diremos al paciente, todo detalle cuenta. Subrayemos, por fin, nuestra adquisición más importante de estos últimos años, el haber descubierto que una buena resignificación se construye, en no más de dos páginas, con una sola idea, una idea que, en lo que elegimos decirle, debe ser protegida de cualquier distracción.

Agreguemos, por fin, que, quizás, frente al contenido de este apartado, sorprenda lo exiguo de lo que en él consignamos como producto de una experiencia de cuarenta y cinco años. Pero debemos tener en cuenta que la parte más importante, y más conmovedora, de esa experiencia proviene del haber convivido en contacto con las crisis vitales de los enfermos que estudiamos en las patobiografías. La única forma en que, y hasta cierto punto, logramos trasmitirla se encuentra en los escritos que, acerca de unos pocos casos, entre los tantos tratados, hemos publicado (como, por ejemplo, en “Lo que ocurrió con Milena”). Aquello que, en cambio, intentamos resumir aquí se constituye en torno de algunas reflexiones generales que se relacionan, sobre todo, con los avatares del procedimiento.

A manera de epílogo

El anzuelo existe para el pez. Una vez obtenido el pez, puedes olvidar el anzuelo. La trampa para conejos existe para el conejo. Una vez obtenido el conejo, puedes olvidar la trampa. Las palabras existen para el significado. Una vez obtenido el significado, puedes olvidar las palabras. ¿Dónde puedo encontrar un hombre que haya olvidado las palabras para poder hablar con él?

Chuang-Tzu (398-286 a. C.), citado por Robert Burton
en *On Being Certain*.

Reflexionando sobre el camino que recorrimos en este libro, nos damos cuenta de que nos encontramos con cuatro temas principales. En primer lugar, nos ocupamos de los “datos” sensoriales que, contemplados desde la posición que Freud adopta en lo que considera las dos hipótesis fundamentales del psicoanálisis, nos conducen a trascender la persistente polémica sostenida, en distintas épocas, entre materialismo e idealismo. Desde ese punto de vista, el “problema” que la relación psicosomática “produce” durante el ejercicio de la medicina cambia por completo de parámetros, enfrentándonos con dificultades diferentes, que requieren que nos orientemos hacia la búsqueda de soluciones nuevas. Recordemos, aquí, el camino que, en el capítulo décimo, va desde Heráclito, que nos ayuda a comprender que la corriente de la carne circula por el cuerpo, como el agua de un río, y que lo que persiste es una forma que el psicoanálisis denomina fantasía o, también, idea inconsciente, hasta Shakespeare, quien escribe

que estamos hechos de la substancia de la que están hechos los sueños.

También reparamos en que nuestros pensamientos “disocian” los “datos” que vivimos, como estados y acontecimientos, “construyendo”, con ellos, cuatro binomios distintos: la mente y el cuerpo; lo consciente y lo inconsciente; el símbolo (o el signo) y el referente al cual alude, y, por último, el yo y su circunstancia. Recordemos que, acerca de esos cuatro binomios, dijimos: que la experiencia cotidiana de la íntima relación que mantienen entre sí la mente y el cuerpo es insoslayable; que Freud dedicó su vida a la exploración de la relación, que se configura como una interfaz, entre lo consciente y lo inconsciente; que, gracias a la infatigable elocuencia de Ortega y Gasset, comprendemos la relación, inextricable, que existe entre dos entidades, el yo y su circunstancia; y que la importantísima relación de significación entre el signo y su referente abarca el campo inmenso del ejercicio simbólico. Por fin, se nos impone una conclusión acerca de cuyos alcances deberemos seguir pensando. Para expresarla recurrimos a la metáfora de un tetraedro, diciendo que los cuatro binomios funcionan como cuatro aspectos de un solo existente unitario.

Otro de los temas cardinales radica en el reconocimiento de la enorme trascendencia que posee, en la actualidad, la existencia ubicua de una enfermedad del espíritu que bien podríamos denominar “espiritopatía”. Aclaremos, en primer lugar, que cuando utilizamos la palabra “espíritu” nos referimos a la existencia mental de un conjunto colectivo. En el epígrafe del capítulo octavo, Lewis Thomas consigue transmitir, de manera conmovedora, la mentalidad de un hormiguero como expresión de lo que hoy se denomina un superorganismo. En el mismo capítulo, citamos a los autores que sostienen algo semejante acerca de una colonia bacteriana. También lo expresa, de manera poética, Maurice

Maeterlinck en *La vida de las abejas*: “Se sumerge un instante en el espacio lleno de flores, como el nadador en el océano lleno de perlas; pero, bajo pena de muerte, es menester que a intervalos regulares vuelva a respirar la multitud, lo mismo que el nadador sale a respirar el aire. Aislada, provista de víveres abundantes, y en la temperatura más favorable, expira al cabo de pocos días, no de hambre ni de frío, sino de soledad”.

Se ha repetido hasta el cansancio que la crisis axiológica actual, impregnada de una desmoralización omnipresente, se caracteriza por dos grandes vicios perniciosos, el materialismo y el individualismo (que es preferible denominar “personalismo”). Reparemos, en primer lugar, que no se trata, como se oye decir frecuentemente, de una carencia de espiritualidad; se trata, en cambio, de la vigenia, ubicua, de un espíritu enfermo.

En el capítulo octavo, refiriéndonos a las diferencias que existen entre las tendencias egoicas y las egoístas, a la frecuencia con que el ego se deforma en un *pseudoself* que contiene una sutil megalomanía, a la relatividad del yo, y a que sólo se puede ser siendo con otros, citábamos un párrafo de Borges, acerca del budismo, en el cual, luego de afirmar que una de las desilusiones capitales es la del yo, agrega: “Si digo ‘yo pienso’, estoy incurriendo en un error, porque supongo un sujeto constante y luego una obra de ese sujeto, que es el pensamiento. No es así. Habría que decir [...] ‘se piensa’, como se dice ‘llueve’”. Allí también sosteníamos: “Es necesario y saludable que más tarde o más temprano admitamos, pacíficamente, la idea de que somos, y hemos sido siempre, como una gota de agua que afirma su existencia entre las otras y contempla, embelesada, creyendo que son propias las luces que refleja; mientras se dirige, saltarina, hacia la inmensidad del mar”.

Uno de los orígenes de la actitud personalista que nutre al materialismo exacerbado que envenena nuestra vida surge de esa

continua necesidad de engrandecimiento del ego, que subsiste como egoísmo. Perdura íntimamente vinculada con la operación de las cuatro faltas que describimos en el mismo capítulo, y con un sentimiento de fragilidad del yo, que proviene de la presunta persistencia de una indefensión infantil. Se trata de un sentimiento de impotencia que se disfraza, en un primer momento, con una culpa que rápidamente se proyecta, generando un malestar que, hoy, nos rodea por doquier. Lo constituye una enorme cantidad de personas que circulan por la vida sintiéndose víctimas de una injusticia que les da derecho a un reclamo. Una demanda que, casi siempre, transcurre acompañada con la esperanza, torpe y débil, de que “alguien”, en algún momento, la podrá satisfacer.

Tal vez convenga aclarar que no estamos sosteniendo que las injusticias no existen. Solo queremos subrayar que muchas veces se confunde, tendenciosamente, una desgracia con una injusticia, y que, con frecuencia, intentando reparar pretendidas injusticias, se cometen otras, que son verdaderas.

Encontramos un segundo origen de la actitud personalista en una rivalidad que, vinculada con el Complejo de Edipo, proviene de una fijación fálica excesiva. En el primer capítulo, cuando nos referimos a la evolución de la libido, y señalábamos que culmina, en hombres y en mujeres, en una segunda fase, receptivo-vaginal, que se menciona muy poco, resumíamos en tres o cuatro frases lo que sostiene Freud. La genitalidad masculina se detiene, en su mayor parte, en la primera fase, falicouretral, atrapada por lo que denomina “desautorización de la feminidad”, debido a la enorme vigencia de la confusión inconsciente de la receptividad con una actitud de sometimiento homosexual a la castración. La importancia que Freud le otorga a este “baluarte” de la resistencia lo conduce a compararlo con una “roca viva”, anclada en una base constitucional fisiológica “refractaria” a la influencia

psicoanalítica. Se trata de la misma “roca de base” que, nacida de la envidia del pene (un órgano que no solo se siente, como la vagina, sino que además “se ve”), conduce a la mujer, aunque por otro camino, hacia quedar fijada, también ella, en la etapa fálica de la genitalidad.

Agreguemos que, debido al afán de permanencia en la genitalidad primaria, la mujer pierde, en mayor o menor proporción, gran parte de la gratificación que le depara el ejercicio de su genitalidad secundaria, vaginal, que incluye los goces de la maternidad (y la sustitución del falo por el hijo), mientras que el hombre no alcanza, en un grado suficiente, la receptividad imprescindible para poder disfrutar, libremente, y de manera completa, los normales intercambios de la convivencia. Es imposible exagerar la importancia que posee el predominio actual de la fijación fálica, en el conjunto entero de la comunidad civilizada, para comprender cómo se configuran algunos aspectos fundamentales de la espiritopatía que hoy, de mil maneras, ensombrece nuestra vida.

Comencemos por reparar en el campo de las relaciones “tú y yo” que en nuestros días desembocan, por ejemplo, en el naufragio de tantos matrimonios. De acuerdo con las estadísticas citadas en el primer tomo del libro *Megatendencias*, escrito por John Naisbitt hace ya varias décadas, la familia típica, constituida por el padre, la madre y los hijos, ya entonces sólo agrupaba a menos de un tercio de la población de Estados Unidos; los dos tercios restantes estaban conformados por personas “sin pareja”, algunas viviendo con hijos y otras que no los tuvieron o que no vivían con ellos, parejas sin hijos, parejas que compartían hijos de matrimonios anteriores y parejas compuestas por personas del mismo sexo. Sin negar que entre las causas de las desavenencias conyugales pueden reconocerse otras, no cabe duda de que la rivalidad que conduce a que cada uno de los miembros del binomio

sienta que no se le reconoce su lugar constituye un factor ubicuo y predominante. De más está decir que, más allá de una pareja, y del “tú y yo” de otras relaciones, esa rivalidad envenena todas las otras formas de colaboración que son imprescindibles para el logro, en cualquier tipo de empresa, de rendimientos que son multipersonales.

La rivalidad que, nacida del Complejo de Edipo, queda anclada en la disputa por la posesión del falo, y conduce a que todo tenga que ser “a mi manera”, no se detiene, lamentablemente, en ese punto. Dado que la cantidad de dinero y la magnitud de poder se constituyen en representantes privilegiados de ese pene que, convertido en falo, debe ser descomunal, sucede que su acumulación se convierte en insaciable y culmina en la exacerbación de un materialismo que, desmedido e insalubre, lleva a que tantos millonarios vivan enfermos y pobres para poder morir inmensamente ricos.

Tal como lo expusimos, con mayor detalle, en *Intimidación, sexo y dinero*, se trata de una espiritopatía que afecta en nuestra época a la totalidad de la comunidad civilizada, y que, creciendo en progresión geométrica, se dirige hacia un próximo desenlace que, muy probablemente, los que hoy vivimos no veremos, dado que las crisis de las civilizaciones no transcurren en los tiempos de una vida humana.

En cuanto a las reflexiones que nos suscita lo que hemos expuesto acerca de nuestro “quehacer” con el enfermo, las resumiremos mediante dos párrafos escritos por Freud.

En el primero de ellos (en “Fragmento de análisis de un caso de histeria”), que involucra a la psicoterapia de los trastornos “somáticos”, sostiene: “En particular, podrá chocar el carácter tajante de mi punto de vista acerca del inconsciente, pues opero con representaciones, itinerarios de pensamiento y mociones inconscientes

como si fueran unos objetos de la psicología tan buenos e indubitables como todo lo consciente [...] Aquellos colegas que juzgan puramente psicológica mi teoría de la histeria, y por eso la declaran de antemano incapaz de dar solución a un problema patológico, deducirán de este ensayo que su reproche transfiere ilícitamente a la teoría lo que constituye un carácter de la técnica. Sólo la técnica terapéutica es puramente psicológica”.

En el segundo (en “Conferencias de introducción al psicoanálisis”) afirma: “Tenemos el derecho, incluso el deber, de proseguir estas investigaciones [...] Al llegar a su término, por ahora indeterminable, todos aquellos conocimientos que hayamos adquirido en nuestro camino, por mínimos que parezcan, se encontrarán transformados en poder terapéutico”.

Bibliografía

Los títulos de los libros se escriben en bastardillas; los de los artículos, entre comillas. Las obras precedidas por un asterisco son lecturas complementarias que no se citan en el texto.

ABRAHAM, Karl, *Estudios sobre psicoanálisis y psiquiatría*, Buenos Aires, Hormé, 1961.

* BARBIERI, Marcello, *Introduction to Biosemiotics. The New Biological Synthesis*, Berlín, Springer, 2008.

BARILARI, Mariano y GRASSO, Leonardo, *La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis*, Buenos Aires, El Ateneo, 1948.

BATESON, Gregory, *Mind and Nature*, Nueva York, E. P. Dutton, 1979.

BATESON, Gregory, *Pasos hacia una ecología de la mente* [1972], Buenos Aires, Ediciones Carlos Lohlé, 1976.

* BATESON, Gregory y BATESON, Mary C., *El temor de los ángeles: epistemología de lo sagrado* [1987], Buenos Aires, Gedisa, 1989.

BEN-JACOB, Eshel; SHAPIRA, Yoash; TAUBER, Alfred, “Smart Bacteria”, en Margulis L., Asikainen C., y Krumbain W., *Chimeras and Consciousness. Evolution of the Sensory Self*, Cambridge, MIT Press, 2011.

BETTELHEIM, Bruno, *Freud y el alma humana*, Madrid, Crítica, 1983.

BORGES, Jorge Luis, “Las ruinas circulares”, en *El jardín de los senderos que se bifurcan*, Buenos Aires, Sur, 1941.

BORGES, Jorge Luis, “El budismo”, en *Siete noches*, México, Fondo de Cultura Económica 1980.

* BRIGGS, John y PEAT, F. David, *El espejo turbulento. Los enigmas del caos y el orden*, Barcelona, Salvat, 1994.

BURTON, Robert, *On Being Certain*, Nueva York, St. Martin's Press, 2012.

CHIOZZA, Gustavo, “Acerca de la relación entre presencia, ausencia, actualidad y latencia”, trabajo presentado en la Fundación Luis Chiozza, 1999.

CHIOZZA, Luis (1970 [1963]), *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Acerca del psiquismo fetal y la relación entre idea y materia*, en *Obras completas*, t. I, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

CHIOZZA, Luis (1978 [1966]), “El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer”, en *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Buenos Aires, Alianza, 1978.

CHIOZZA, Luis (1970 [1968]), “Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina”, en *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Buenos Aires, Paidós, 1976.

CHIOZZA, Luis (1972), “Apuntes sobre metapsicología”, en *Obras completas*, t. III, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

CHIOZZA, Luis (1976 [1974]), “El problema psicósomático y la técnica psicoanalítica”, en *Obras completas*, t. VIII, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

CHIOZZA, Luis (1975), “La enfermedad de los afectos”, en *Obras completas*, t. III, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

CHIOZZA, Luis (1976 [1975]), “El psicoanálisis y la medicina”, en *Obras completas*, t. III, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

- CHIOZZA, Luis (1976), *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Buenos Aires, Paidós.
- CHIOZZA, Luis (1976), “La transformación del afecto al lenguaje”, en *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Buenos Aires, Paidós.
- CHIOZZA, Luis (1977), “El falso privilegio del padre en el Complejo de Edipo”, en *Obras completas*, t. III, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1979), “Sobre la forma y la oportunidad del hablar y del callar la transferencia”, en *Obras completas*, t. VIII, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1980), “Corazón, hígado y cerebro: introducción esquemática a la comprensión de un trilema”, en *Obras completas*, t. IV, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1998 [1980]), “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia”, en *Obras completas*, t. IX, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1998 [1980]), “Acerca de las relaciones entre consenso público y con-trato”, en “Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia”, en *Obras completas*, t. IX, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1981), “Psicoanálisis y enfermedad somática en la práctica clínica”, en *Obras completas*, t. IX, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1995 [1983]), “Reflexiones sin consenso”, en *Obras completas*, t. IV, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2008 [2007-1997-1986]), ¿Por qué nos enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo, en *Obras completas*, t. XIV, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

- CHIOZZA, Luis (1995 [1990]), “El poder terapéutico del psicoanálisis”, en *Obras completas*, t. IX, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1995 [1991]), “El problema de la operatividad en la medicina psicosomática”, en *Obras completas*, t. IX, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1994), “Cómo nace y se formula la interpretación psicoanalítica”, en *Obras completas*, t. IX, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2007 [1994]), “Lo que ocurrió con Milena”, en ¿Por qué nos enfermamos?, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1991 [1989]), “*Organsprache*. Una reconsideración actual del concepto freudiano”, en *Obras completas*, t. V, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1995), “El psicoanálisis y los procesos cognitivos”, en *Obras completas*, t. VI, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1998), “Acerca de la relación entre sensación somática y afecto”, en *Obras completas*, t. VII, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (1998), *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Buenos Aires, Alianza.
- CHIOZZA, Luis (1999), “Body, Affect and Language”, en *Neuropsychoanalysis. An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences*, Boston, International University Press.
- CHIOZZA, Luis (2000 [1999]), “Los afectos y sus vicisitudes”, en *Obras completas*, t. VII, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

- CHIOZZA, Luis (2000), “Fundamentos para una metahistoria psicoanalítica”, en *Obras completas*, t. VII, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2005 [2003]), “La consciencia”, en *Obras completas*, t. VII, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2005), *Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa*, en *Obras completas*, t. XVI, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2010), *Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora?*, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2013 [2010]), “Sobre lo que nos hace falta”, en *Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora?* (PowerPoint), en *Obras completas*, t. XXI, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2013 [2010]), *Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente* (PowerPoint), en *Obras completas*, t. XXI, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2012), *La culpa es mía. La construcción de la culpa* (PowerPoint) en *Obras completas*, t. XXI, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2013 [2011]), “Acerca del ‘compromiso somático’”, en “El ‘compromiso somático’ (PowerPoint), en *Obras completas*, t. XXI, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2013 [2012]), “El “compromiso somático” (PowerPoint), t. XXI, en *Obras completas*, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2008), ¿Por qué nos equivocamos? Lo malpensado que emocionalmente nos conforma, en *Obras completas*, t. XVII, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

- CHIOZZA, Luis (2009), *Corazón, hígado y cerebro. Tres maneras de la vida*, en *Obras completas*, t. XVIII, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2012), *El interés en la vida. Sólo se puede ser siendo con otros*, en *Obras completas*, t. XX, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2013), *¿Para qué sirve el psicoanálisis? El qué-hacer con el paciente*, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2013), *Intimidad, sexo y dinero. ¿Alguien sabe quién soy?*, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2015), *¿Para qué y para quién vivimos? El camino de los sueños*, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis (2016), *La enfermedad. De un órgano, de una persona, de una familia y de un pueblo*, Buenos Aires, Paidós.
- CHIOZZA, L.; LABORDE, V.; OBSTFELD, E.; PANTOLINI, J. (1966), “Estudio y desarrollo de algunos conceptos de Freud acerca del interpretar”, en *Obras completas*, t. VIII, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, L.; LABORDE, V.; OBSTFELD, E.; PANTOLINI, J. (1966), “El uso del pensamiento lógico, durante la interpretación, puesto al servicio de la contrarresistencia”, en *Obras completas*, t. VIII, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, L.; LABORDE, V.; OBSTFELD, E.; PANTOLINI, J. (1969), “La interioridad de los medicamentos”, en *Obras completas*, t. III, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, L.; LABORDE, V.; OBSTFELD, E.; PANTOLINI, J. (1969), “Opio”, en *Obras completas*, t. III, Buenos Aires, Libros del Zorzal.

- CHIOZZA, L. y colabs. (2001 [1978]), *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Buenos Aires-Madrid, Alianza.
- CHIOZZA, L.; BAHAMONDE, C.; FONZI, A.; SCAPUSIO, J.C. (1979), “El estudio patobiográfico como integración del conocimiento psicoanalítico con la práctica de la medicina general”, t. VIII, en *Obras completas*, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, L.; AIZENBERG, S.; CALIFANO, C.; FONZI, A.; GRUS, R.; OBSTFELD, E.; SAINZ, J. J.; SCAPUSIO, J. C. (1983 [1982]), “Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia”, en *Obras completas*, t. X, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, L.; ADAMO, D.; BARBERO, L.; BOARI, D.; SCHNEER, C.; SPIVAK, R.; STISMAN, M. (1984), “Acerca de la superstición en el uso de la estadística”, en *Obras completas*, t. V, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, L.; AIZENBERG, S.; CALIFANO, C.; FONZI, A.; GRUS, R.; OBSTFELD, E.; SAINZ, J. J.; SCAPUSIO, J. C. (1986), “Ideas para una concepción psicoanalítica de la esclerosis en placas”, en *Obras completas*, t. X, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, L.; AIZENBERG, S.; BUSCH, D. (1991 [1990]), “Cefaleas vasculares y accidentes cerebrovasculares”, en *Obras completas*, t. XI, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, L.; BARBERO, L.; CASALI, L.; SALZMAN, R. (1933 [1992]), “Una introducción al estudio de las claves de innervación de los afectos”, en *Obras completas*, t. VI, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- CHIOZZA, Luis y GREEN, André (1992 [1989]), *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*, Buenos Aires-Madrid, Alianza.

- CLAUSER, Günter, *Manual de análisis biográfico*, Madrid, Gredos, 1968.
- COROMINAS, Joan, *Diccionario crítico etimológico castellano e hispano*.
- * COVENEY, Peter y HIGHFIELD, Roger, *Frontiers of Complexity*, Nueva York, Fawcett Books, 1995.
- DARWIN, Charles, *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*.
- ESQUILO, *Prometeo encadenado*.
- FREUD, Sigmund (1890), “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)”, en *Obras completas*, t. I, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1895), “Sobre la psicoterapia de la histeria”, en FREUD, Sigmund y BREUER, *Estudios sobre la histeria*, en *Obras completas*, t. II, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund y BREUER (1895), *Estudios sobre la histeria*, en *Obras completas*, t. II, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1950 [1895]), “Proyecto de psicología”, en *Obras completas*, t. I, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1900 [1899]), *La interpretación de los sueños*, en *Obras completas*, ts. IV y V, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1901), *Psicopatología de la vida cotidiana*, en *Obras completas*, t. VI, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1905 [1901]), “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, en *Obras completas*, t. VII, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1905 [1904]), “Sobre psicoterapia”, en *Obras completas*, t. VII, Buenos Aires, Amorrortu.

- FREUD, Sigmund (1905), *El chiste y su relación con lo inconsciente*, en *Obras completas*, t. VIII, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1905), *Tres ensayos de teoría sexual*, en *Obras completas*, t. VII, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1910 [1909]), “Cinco conferencias sobre psicoanálisis”, en *Obras completas*, t. XI, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1910), “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”, en *Obras completas*, t. XI, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1910), “Sobre el psicoanálisis ‘silvestre’”, en *Obras completas*, t. XI, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1911 [1910]), “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente”, en *Obras completas*, t. XII, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1912), “Sobre la dinámica de la transferencia”, en *Obras completas*, t. XII, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1914), “Recordar, repetir y reelaborar”, en *Obras completas*, t. XII, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1915), “Pulsiones y destinos de pulsión”, en *Obras completas*, t. XIV, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1915), “Lo inconsciente”, en *Obras completas*, t. XIV, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1916-17 [1915-17]), “Conferencias de introducción al psicoanálisis”, en *Obras completas*, ts. XV y XVI, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1917 [1915]), “Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños”, en *Obras completas*, t. XIV, Buenos Aires, Amorrortu.

- FREUD, Sigmund (1920), “Más allá del principio de placer”, en *Obras completas*, t. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1923), “El Yo y el Ello”, en *Obras completas*, t. XIX, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1924), “El problema económico del masoquismo”, en *Obras completas*, t. XIX, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1924), “La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis”, en *Obras completas*, t. XIX, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1924), “El sepultamiento del complejo de Edipo”, en *Obras completas*, t. XIX, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1926 [1925]), “Inhibición, síntoma y angustia”, en *Obras completas*, t. XX, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1932 [1931]), “Sobre la conquista del fuego”, en *Obras completas*, t. XII, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1937), “Análisis terminable e interminable”, en *Obras completas*, t. XXIII, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1940 [1938]), “Esquema del psicoanálisis”, en *Obras completas*, t. XIII, Buenos Aires, Amorrortu.
- FREUD, Sigmund (1940 [1938]), “La escisión del yo en el proceso defensivo”, en *Obras completas*, t. XIII, Buenos Aires, Amorrortu.
- GARMA, Ángel, “Los sueños son alucinaciones de situaciones traumáticas enmascaradas”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XIII, núm. 4, APA Buenos Aires, 1956.
- GARMA, Ángel, “Tres aspectos básicos de las resistencias transferenciales en las etapas finales del tratamiento psicoanalítico”, en *Revista de Psicoanálisis*, vol. 3, APA Buenos Aires, 1994.

- GREEN, André, *El discurso vivo. Una concepción psicoanalítica del afecto*, Valencia, Promolibro, 1998.
- GREGORY, Richard, L., *Mind in Science* [1981], Singapur, Peregrine Books, 1984.
- GRODDECK, George, *El libro del Ello*, Buenos Aires, Sudamericana, 1968.
- HAMPHREY, Nicholas, *Una historia natural de la mente. La evolución y el nacimiento de la conciencia*, Barcelona, Gedisa, 2012.
- HOFFMEYER, Jesper, *Signs of Meaning in the Universe*, Indiana, Indiana University Press, 1996.
- HOFFMEYER, Jesper, *Biosemiotics. An Examination into the Signs of Life and the Life of Signs*, Scranton, University of Scranton Press, 2009.
- HO, Mae-Wan, *The Rainbow and the Worm. The Physics of Organisms*, Nueva Jersey, Word Scientific, 2008.
- HÖLLDOBLER, Bert y WILSON, Edward, *Viaje a las hormigas*, Barcelona, Grijalbo-Mondadori, 1996.
- * HÖLLDOBLER, Bert y WILSON, Edward, *El superorganismo. Belleza y elegancia de las asombrosas sociedades de insectos*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2014.
- KOESTLER, Arthur, *Jano*, Madrid, Debate, 1981.
- KOESTLER, Arthur, *The Ghost in the Machine* [1978], Londres, Picador, 1979.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro, *Historia de la medicina*, Madrid, Salvat, 1978.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro, *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*, Madrid, Paz Montalvo, 1950.

- LAÍN ENTRALGO, Pedro, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patobiográfico*, Madrid, Consejo superior de investigaciones científicas.
- LANGER, Susanne, *Nueva clave de la filosofía* [1941], Buenos Aires, Sur, 1954.
- LAPLANCHE, Jean y PONTALIS, Jean Baptiste, *Diccionario de psicoanálisis*.
- * LORENZ, Konrad, *La otra cara del espejo* [1973], Barcelona, Plaza-Janés, 1979.
- MACHADO, Antonio, *Proverbios y cantares*.
- MAETERLINCK, Maurice, *La vida de las abejas*, Buenos Aires, Losada, 2017.
- MARÍAS, Julián, *Idea de la metafísica* [1954], Buenos Aires, Columba, 1956.
- MATTHIS, Irene, “Strangebody”, en M. Alizade (ed.), *The Embodies Female*, Londres-Nueva York, Karnac, 2002.
- MANCUSO, Stefano y VIOLA, Alessandra, *Sensibilidad e inteligencia en el mundo vegetal*, Barcelona, Galaxia Gutenberg, 2015.
- MARGULIS, L.; ASIKAINEN, C. y KRUMBAIN, W., *Chimeras and Consciousness. Evolution of the Sensory Self*, Cambridge, MIT Press, 2011.
- NAISBITT, John, *Megatendencias. Diez nuevas direcciones de cambio*, Buenos Aires, Fundación Cerien, 1984.
- ORTEGA Y GASSET, José, *¿Qué es conocimiento?*, Buenos Aires, Alianza, 2002.
- ORTEGA Y GASSET, José, *El hombre y la gente*, Buenos Aires, Alianza, 2010.

- ORTEGA Y GASSET, José, “Idea del teatro”, en *Revista de Occidente*, Madrid, 1977.
- PEIRCE, Charles, “Guessing”, en *The Hound and Horn*, 1929.
- PEIRCE, Charles, *La fijación de la creencia. Cómo aclarar nuestras ideas*, KPK, 2007.
- PEIRCE, Charles, *Chance, Love and Logic* [1923], Nebraska, University of Nebraska Press, 1998.
- PRIGOGINE, Ilya y STENGERS, Isabelle, *La Nueva Alianza. Metamorfosis de la ciencia*, Madrid, Alianza, 1979.
- PI SUÑER, Augusto, *La unidad funcional*, Ciudad de México, Compañía General Editora de México, 1944.
- PORCHIA, Antonio, *Voces*.
- PORTMANN, Adolf, “Los cambios en el pensamiento biológico” [1954], en Gebser, J., March, A., Naegeli, E. y otros, *La nueva visión del mundo*, Buenos Aires, Sudamericana, 1955.
- RACKER, Heinrich, *Estudios sobre técnica psicoanalítica* [1958], Buenos Aires, Paidós, 1964.
- RICOEUR, Paul, *Freud: una interpretación de la cultura*, México, Siglo XXI, 2007.
- RYLE, Gilbert, *El concepto de lo mental*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2005.
- RUSSELL, Bertrand, *The Analysis of Mind*, 1921.
- RUYER, Raymond, *La Gnose de Princeton*, París, Fayard, 1974.
- SAFINA, Carl, *Mentes maravillosas. Lo que piensan y sienten los animales*, Barcelona, Galaxia Gutenberg, 2017.
- SEGUÍN, Carlos, *Introducción a la medicina psicosomática*, Lima, T. Scheuch, 1947.

- SCHRÖDINGER, Erwin, ¿Qué es la vida?, Buenos Aires, Espasa Calpe, 1947.
- SEBEOK, Thomas A. y UMIKER-SEBEOK, Jean, *Biosemiotics. The Semiotic Web 1991*, Nueva York-Berlín, Mouton de Gruyter, 1992.
- * THOMAS, Lewis, *Las vidas de la célula* [1974], Buenos Aires, Emecé, 1976.
- TURBAYNE, Colin M., *El mito de la metáfora*, México, Fondo de Cultura Económica, 1974.
- VON UEXKÜLL, Jacob, *Ideas para una concepción biológica del mundo* [1934], Madrid, Espasa-Calpe, 1951.
- VON WEIZSAECKER, Viktor, *Patosofía* [1950], Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2005.
- VON WEIZSAECKER, Viktor, “La historia clínica”, en *Escritos de antropología médica*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2009.
- VON WEIZSAECKER, Viktor, *Natur und Geist*, en *Gesammelte Schriften*, Fráncfort, Suhrkamp Verlag, 1986.
- VON WEIZSAECKER, Viktor, “El médico y el enfermo”, en *Artículos de antropología médica*, Buenos Aires, Dunker, 2016.
- WILSON, Edward, *Consilience: la unidad del conocimiento*, Barcelona, Galaxia Gutenberg, 1999.
- ZOLA, Emilio, *Yo acuso*.

