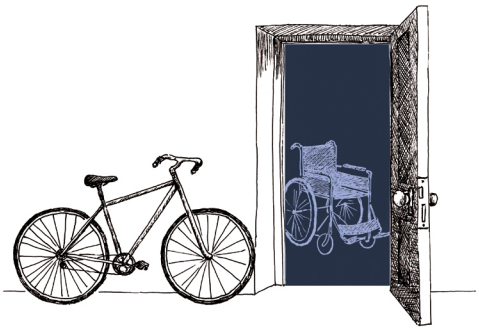

¿Por qué enfermamos?

La historia que se oculta en el cuerpo

Luis Chiozza

libros del
Zorzal

A veinte años de la primera edición de ¿Por qué enfermamos? (Buenos Aires, 1986), las numerosas traducciones y reediciones de este libro testimonian el interés de los lectores por las problemáticas que aborda y reflejan que, más allá de la multitud de problemas que la medicina de nuestros días resuelve con un espléndido desarrollo tecnológico, existe una necesidad insatisfecha en el encuentro entre los médicos y sus pacientes que motiva una búsqueda que no cesa en los enfermos, sus allegados y un número creciente de médicos.

El Dr. Chiozza nos muestra que la esencia de este libro sigue vigente y nos invita a reflexionar, a través de conceptos y experiencias clínicas, sobre la enfermedad como un acontecimiento que se integra en el conjunto entero de la biografía de una persona. Entender y analizar las causas físicas de una enfermedad resulta tan importante como recuperar la historia inconsciente y su relación con todas las vicisitudes de la biografía de una persona que culminan en la crisis que se manifiesta en la enfermedad.

En esta nueva edición, se ha agregado el conmovedor caso de Milena, una niña de cinco años con un gravísimo cáncer que se curó completamente, y tres capítulos nuevos: “El alma oculta en la alteración del cuerpo”, “Lo que nos hace la vida que hacemos” y “Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente”.

libros del
Zorzal

puentes

9 789875 990289

Luis Chiozza

¿Por qué enfermamos?

La historia que se oculta en el cuerpo

libros del
Zorzal

Chiozza, Luis Antonio
¿Por qué enfermamos? - 1a ed. - Buenos Aires : Libros del Zorzal, 2007.
288 p. ; 21x14 cm.

ISBN 978-987-599-028-9

1. Enfermedades-Estudio. 2. Medicina Popular. I. Título
CDD 615.882

Ilustración de tapa: Silvana Chiozza
Corrección: Jung Ha Kang

© Libros del Zorzal, 2007
Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-987-599-028-9

Libros del Zorzal
Printed in Argentina
Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de *¿Por qué enfermamos?*, escríbanos a:
info@delzorzal.com.ar

www.delzorzal.com.ar

Índice

Prólogo a la presente edición 11

Primera Parte 17

I. Lectura para quien debe recurrir a un médico 19
Dos tipos de historia 19
La elección del médico 21
La enfermedad es también un lenguaje 22
Los tres modos del conocimiento 23

II. Lectura para médicos 25
El drama que se oculta en la enfermedad 25
¿Qué entendemos por "psíquico"? 27
El hábito de pensar en términos de psicodinámica 31
La interpretación lingüística de la realidad 32
Los casos presentados 34
¿Cuánto debe saber un paciente? 34
La evaluación estadística 36

III. Lectura para psicoterapeutas 39
La psicoterapia como experiencia lingüística 39
El psicoanálisis en la Argentina 42
Soma y psiquis 43
Problemas que enfrenta el psicoterapeuta en el tratamiento de pacientes con enfermedades somáticas 47
El estudio patobiográfico 48

IV. Lectura para intelectuales 57
¿Qué es una idea? 57
Psiquis y soma 58

Psiquis y soma en el entorno viviente 59
La información se transmite a través de la materia 60
¿Cómo se adquiere el conocimiento? 62
El lenguaje en el cuerpo 64
La cuestión cuerpo-mente desde la óptica de las ciencias físicas 66
Símbolo y sentido 67
¿Hasta qué punto es posible conocer la realidad? 68

V. Lectura para empresarios 73

VI. Lectura para literatos 79

SEGUNDA PARTE 83

VII. Un dolor que no vale lo que vale la pena 85
La causa y el porqué 87
Cómo Alfredo produjo una neuralgia 88
Epílogo 89
¿Enfermedad física o psíquica? 90

VIII. Un infarto en lugar de una ignominia 93
Los afectos 95
La deformación de los afectos 96
Una concepción psicoanalítica de las cardiopatías isquémicas 98
El infarto de Guillermo 102
Historia clínica 104
Epílogo 105

IX. Ojos que no ven... corazón que no siente 107
El herpes ocular de José Luis 110
Examen oftalmológico 112
La hora de juego 113
Epílogo 115
Estudio psicoanalítico de las ampollas 116

X. Un lunar inocente... 119
La sexualidad 122
Una concepción psicoanalítica del cáncer 124
El cáncer de Alberto 127
¿Por qué un melanoma? 128
Antecedentes 129
Epílogo 131
La célula cancerosa 132

XI. Con los cables pelados... 135
La esclerosis en placas 138
El ataque a la acción eficaz 139

Trama y figura de la acción motora 141
Esquema para una interpretación psicoanalítica de la esclerosis en placas 142
Albertina 143
Historia clínica 144
Intervención psicoterapéutica 146
Epílogo 148

XII. La sangre tira 149
El sistema inmunitario y la función linfocitaria 151
La adquisición de la identidad 154
Esquema para una interpretación psicoanalítica de la leucemia linfoblástica 155
Cómo Sonia produjo una leucemia 156
Historia clínica 158
Epílogo 159

Tercera Parte 161

XIII. La historia que se oculta en el cuerpo 163
¿Qué clase de historia? 163
¿Qué es lo que llamamos historia? 165
El interés que despierta una historia 166
Los temas de la historia 168
La actualidad de la historia 169

XIV. La conmovedora experiencia de resignificar una historia .. 171
Los primeros pasos en el diseño del método 173
La actualidad de la patobiografía 175
Las primeras dificultades 177
Los primeros logros 180
La evolución del método 181
La resignificación de una historia 184

Cuarta Parte 187

XV. El alma oculta en la alteración del cuerpo 189
Percibir diferencias en el mundo y sentir importancias en el alma 189
El problema epistemológico 191
La relación entre el cuerpo y la mente en la obra de Freud 192
El fantasma en la máquina 195
El significado de los signos y los símbolos 196
La organización de la conciencia 199

La "relación específica" entre las partes del cuerpo y el alma ... 200
La transformación de los afectos en signos y en síntomas 201
La historia que se oculta en la enfermedad 207

XVI. Lo que nos hace la vida que hacemos 209
El problema inicial 209
Algunas confluencias significativas 212
¿Dónde estamos hoy? 215
Forma y sustancia, sujeto y objeto 218
Fundamentos de una metahistoria 221

XVII. Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente 225
La temática del relato 225
Lo típico y universal del drama 226
La escena que los personajes configuran 228
La significancia comprometida en la temática 230
La secuencia temporal 231
La repetición de un modelo "adquirido en la infancia" 233
La modalidad del vínculo que el paciente y el psicoanalista comparten 237
La operación del recuerdo 238
La elaboración del padecer compartido 239

QUINTA PARTE 243

XVIII. Lo que ocurrió con Milena 245
Roma, setiembre de 1994 245
Los padres de Milena 246
Su historia clínica 247
Dos años atrás 248
Datos de la evolución clínica 250
¿Por qué la mejoría actual? 251
El informe de la doctora Del Pidio 252
La situación actual 259

BIBLIOGRAFÍA 263

Prólogo
a la presente edición

La esencia de este libro puede resumirse en una sola frase: El enfermo es siempre un ser vivo animado por una vida subjetiva, y su enfermedad, más allá de que se la comprenda, o no se la comprenda, como la descompostura de un mecanismo fisiológico, forma parte de la trama que constituye la historia de su vida. Los acontecimientos que se relatan en las páginas de *¿Por qué enfermamos?* provienen, como es natural, de tres fuentes: el estudio y la reflexión teórica, la investigación sostenida en el campo de la interrelación psicofísica, y la experiencia clínica. En los veinte años transcurridos desde su primera edición, hubo progresos importantes en los tres campos, pero ninguno de los conceptos que contiene ha quedado obsoleto. Nuevas investigaciones en diferentes enfermedades, que ensancharon el campo de nuestros conocimientos, dieron lugar a la publicación de varios libros en los cuales, junto a la enunciación de los lineamientos teóricos esenciales, narramos casos prototípicos de patologías distintas. En 1995 relatamos "Lo que ocurrió con Milena", una niña de cinco años, con un cáncer gravísimo, que curó completamente. Frente a la tarea de preparar una nueva edición de *¿Por qué enfermamos?*, nuestro editor llegó a la conclusión de que el libro y la conmovedora historia de Milena se merecían mutuamente, de modo que, de común acuerdo, decidimos incluir ese relato en la presente edición. No he querido alterar, rescribiéndolo de nuevo,

la forma en que *¿Por qué enfermamos?* nació, de modo que el libro, lo mismo que el caso Milena, conserva las referencias originales, con algunas aclaraciones en notas al pie de página, cuando resultan imprescindibles para orientar al lector. Hemos agregado también tres capítulos más. En uno de ellos, "El alma oculta en la alteración del cuerpo", volvemos sobre las ideas fundamentales veinte años después de la primera edición, exponiendo algunos lineamientos que hemos logrado profundizar y comprender mejor. Es un capítulo breve en el cual he procurado no omitir ningún concepto esencial. En otro, "Lo que nos hace la vida que hacemos", abordamos una cuestión que ha vuelto a llamar la atención del consenso desde que las neurociencias, en los últimos años, han demostrado que las experiencias "esculpen" los circuitos de nuestro cerebro. Nos introducimos, en ese capítulo, en el tema de la relación entre las neurociencias y el psicoanálisis y, a partir de allí, en algunas de las cuestiones fundamentales de la teoría psicoanalítica. Aquí también se retoman, a riesgo de repeticiones, algunos desarrollos teóricos de capítulos anteriores, pero para ser reconsiderados bajo esta nueva luz. No he escatimado esfuerzos, en ambos capítulos, para tratar de ser claro, pero el tema pone en crisis, inevitablemente, una cantidad de creencias sobre las cuales muy pocas veces dudamos. En ese punto no hay compromiso posible: para divisar el nuevo panorama que el futuro ofrece al desarrollo de una medicina distinta, es necesario atreverse a salir del encierro, no siempre conciente, al cual nos someten los antiguos conceptos que han impregnado nuestra formación escolar. Acuden aquí, en mi auxilio, las palabras de Ortega: "Cuando el hombre que se dedica a pensar llega a una cierta altura de su vida casi no puede hacer otra cosa que callar. […] y sin embargo me he portado correctamente, caminando por derecho a mi tema". Un conjunto de esquemas dinámicos, dibujados en PowerPoint, acerca de esos dos capítulos y acerca de los seis casos que integran la segunda parte de *¿Por qué enfermamos?*, publicados en la página Web de nuestra Fundación (www.funchiozza.com), pueden ayudar a disipar malentendidos que son habituales. Por fin, el tercero de esos tres capítulos, "Lo que hace un psicoanalista cuando

psicoanaliza a un paciente", forma parte de este libro por una necesidad diferente. La confusión que existe en nuestros días acerca de lo que se designa con la palabra psicoterapia es muy grande. Los autores que se proponen explicar en términos comprensibles para las personas que se hallan fuera de la especialidad, en qué consiste la esencia de la psicoterapia, cuáles son sus posibilidades, y por qué muchas veces se requiere que sea tan frecuente y prolongada como lo es el proceso mediante el cual se adquiere destreza en el dominio de una lengua extranjera o en la ejecución de una pieza musical en el piano, son muy pocos. Me ha parecido de pronto que este libro, que se dedica a presentar la enfermedad como un acontecimiento que se integra con el conjunto entero de una biografía que relata el entretejido de carácter y destino, no hubiera quedado completo sin presentar el instrumento que le ha dado origen y mediante el cual la comprensión y la intervención "terapéutica" forman parte de un mismo acto indisoluble.

Tal vez al lector le gustaría saber algo acerca de cómo prosiguieron sus vidas los pacientes que sufrieron las vicisitudes que relatamos en estas páginas. Acerca de Alfredo supimos, indirectamente, unos cinco años después de haber realizado su consulta al Centro Weizsaecker, que nunca había vuelto a sufrir su neuralgia, pero también supimos que lo echaron de la firma en donde trabajaba porque, finalmente, había sustraído dinero de la caja. Acerca de Guillermo supimos que, pocos años después de habernos consultado, continuaba casado con Lina. Hasta donde sabemos no había vuelto a sufrir un infarto de miocardio ni tampoco precordialgias. Hace unos seis años uno de nosotros se encontró con Alberto en una reunión que festejaba el casamiento de un amigo. Se había vuelto a divorciar y vivía otra vez en el desorden. En el terreno profesional seguía recibiendo el aprecio que siempre había obtenido. Su melanoma no volvió a recidivar. Aquel niño que fue José Luis es hoy un adulto saludable. No volvió a sufrir lesiones herpéticas oculares. Sonia vive ahora en el extranjero curada completamente de su leucemia. Recibimos noticias de ella a través de los numerosos pacientes que le envió a la que fue su psicoanalista durante su estadía en

Buenos Aires. Acerca de Albertina no volvimos a tener noticias. Todo induce a suponer que, tal como lo decimos en las páginas que relatan su caso, su enfermedad siguió progresando. Milena continúa en contacto con la doctora Del Pidio, quien nos ha testimoniado que es una joven "espléndida" que prosigue normalmente su vida. Su padre murió, como consecuencia de un infarto cardíaco, hace algunos años.

La primera edición de este libro apareció en Buenos Aires en 1986. Una versión portuguesa se editó en Brasil en 1987. Un año más tarde fue traducido y publicado en Italia. En 1994 se editó en Madrid, y hace siete se publicó en EE.UU. con el añadido de una tercera parte que se incorporó al libro a partir de la tercera edición en lengua castellana. Hoy, veinte años después, lo esencial de su contenido posee una vigencia que, si cabe decirlo así, es más actual que nunca. Sus numerosas ediciones testimonian el interés de los lectores por los temas que el libro desarrolla y reflejan el hecho indudable de que, más allá de la multitud de problemas que la medicina de nuestros días resuelve con un espléndido desarrollo tecnológico, existe una necesidad insatisfecha en el encuentro entre los médicos y sus pacientes, que motiva, en los enfermos, en sus allegados y en un número creciente de médicos, una búsqueda que no cesa. Espero que esta nueva edición sirva de estímulo, como las anteriores, a todos aquellos para quienes el ejercicio de la medicina no ha sido nunca una repetición rutinaria y también para las personas que asumen valientemente su enfermedad como una oportunidad de cambio.

LUIS CHIOZZA
Octubre de 2006

Para ver no basta con mirar. Sólo podemos ver cuando tenemos una idea de lo que busca la mirada. Cuando el dedo que señala tiene éxito en la tarea de indicar una presencia, es porque se comparte la idea de aquello que hay que ver. La mayoría de las veces, esa idea es un sobreentendido. Los sobreentendidos nunca son explícitos; por eso, cuando no coinciden, en lugar de ingresar en una discrepancia legítima, ingresamos en un malentendido.

La realidad de la cual aquí nos ocupamos está rodeada de sobreentendidos que desvían nuestra visión en otras direcciones. Las lecturas que constituyen la primera parte de este libro intentan disminuir esa dificultad. Fueron escritas pensando en que cada lector encontrara, en su particular manera de recorrer esas páginas, su propia puerta de acceso a la realidad que surge de las seis historias.

A fin de evitar que alguno de los pacientes cuyos historiales narramos pudiera ser reconocido, han sido alterados los nombres, edades, fechas, lugares y, en general, cuanto dato de su historia hubiera podido contribuir a su identificación. Hemos cuidado, sin embargo, que las alteraciones introducidas no afectaran aquella parte de la realidad sobre la cual se apoyan las conclusiones que en este libro exponemos.

Todo médico necesita y debe hablar de lo que ve en sus enfermos. Es algo que duele no decir... y es además una deuda... pero "cómo decir" ha sido siempre el principal problema de toda convivencia, y cada nuevo intento no es más, ni es menos, que una nueva esperanza...

Primera Parte

I.
Lectura para quien debe recurrir a un médico

Dos tipos de historia

La gran mayoría de la comunidad civilizada interpreta que enfermar es sufrir un proceso que la ciencia concibe como el producto de una causa. Un proceso de cuyo tratamiento se ocupan los médicos. Solemos enfermar de dos maneras. Una, aguda, que es transitoria y breve, y otra, crónica, más prolongada y lenta, que puede progresar, detenerse o retroceder a veces hasta la curación completa. El curso de las enfermedades puede ser benigno o maligno, y las molestias o los sufrimientos que ocasionan pueden ser leves o graves. Sentimos la necesidad de un médico cuando creemos, con razón o sin ella, que alguien a quien queremos o debemos cuidar, alguien que podemos ser nosotros mismos, se ha enfermado de algo que no se alivia o no se cura solo. Es casi como decir que todos, alguna vez, necesitamos, o habremos de necesitar, la presencia de un médico.

Gracias al desarrollo de la ciencia y de la técnica, la medicina puede hacer hoy, en beneficio del enfermo, muchísimo más de lo que ayer hubiéramos podido siquiera imaginar. Muchas enfermedades son rápidamente "derrotadas", y sin embargo (quizás sea mejor decir: precisamente por eso) se destacan cada vez más las situaciones en que el enfermo se siente desamparado e incomprendido frente al sistema médico o, sencillamente,

su enfermedad evoluciona mal. También sucede que, a medida que la medicina progresa en su capacidad de responder al *cómo* la enfermedad se constituye, va quedando cada vez más insatisfecha la antigua pregunta, a menudo relegada a lo inconciente, con la cual la enfermedad siempre nos enfrenta: ¿*por qué* ha sucedido? En el fondo sabemos que no es suficiente con decir que hemos tomado frío, nos hemos expuesto a un contagio, tuvimos mala suerte, malos hábitos, o una predisposición que viene de familia.

Este libro ha sido escrito, en primer lugar, para todos aquellos que desean una respuesta más profunda. Dado que nada puede hablar mejor que lo que se encuentra cercano a la experiencia misma, presentaremos unos pocos "casos" cuidadosamente elegidos. Fueron enfermos que estudiamos tanto desde el punto de vista médico tradicional como desde un enfoque que podemos llamar, simplificando un poco, "psicológico". Denominamos "estudio patobiográfico" al método que utilizamos para encarar su "diagnóstico" y su tratamiento. Consiste en una tarea que se realiza mediante dos tipos de historia. Una, "clínica", consigna los síntomas, los signos y la evolución de las enfermedades que el paciente ha padecido, o padece, considerándolos como procesos que derivan de una causa. La otra, "biográfica", presta atención a los episodios y acontecimientos de su vida, considerándolos como escenas y temáticas cuyo significado también posee un sentido en el conjunto entero de esa vida. La superposición de ambas historias nos revela que aquello que las personas callan con los labios no sólo suelen expresarlo con gestos o actitudes, sino también con el mismo funcionamiento de sus órganos.

Los pacientes que presentamos nos consultaron, todos ellos, en circunstancias difíciles o graves. Meses o años después de la realización de su estudio patobiográfico volvimos a estudiar su historia, tratando de comprender mejor de qué manera su enfermedad expresaba o simbolizaba las vicisitudes del momento biográfico que atravesaban y ocurría en lugar de los sentimientos que creían necesario ignorar. Acerca de cada uno

de los enfermos presentados disponemos, por lo tanto, de un trabajo más extenso, que fue el primer producto de haber "reabierto su expediente" y que permitió fundamentar una teoría sobre el significado biográfico específico de la enfermedad que padecía. Encontramos así el drama vital específico de cada una de esas enfermedades diferentes, drama que, como si se tratara de su propio "guión" cinematográfico, sólo a ella pertenece. Las historias que aquí presentamos son, pues, una versión reducida de lo esencial de esos trabajos.

La elección del médico

Dijimos ya que cuando una persona siente, o piensa, que debe recurrir a un médico, experimenta esa necesidad porque posee un concepto previo acerca de lo que puede hacer la medicina. Agreguemos ahora que ese concepto no sólo determina la manera y el tipo de médico que una persona busca o elige, sino que también influye en el curso entero de la relación y el tratamiento que aceptará realizar con él. La importancia de comprenderlo así es enorme. Que un hombre se beneficie o se perjudique durante la realización de un tratamiento médico depende de la calidad de la medicina que el mundo que lo rodea puede ofrecerle, pero también depende de la capacidad que él posea para elegir al médico en el cual va a confiar. Esa capacidad no sólo deriva de su conocimiento de la realidad, de su intuición, o de su sentido común, sino también, en gran medida, del nivel de desarrollo que hayan alcanzado sus conceptos acerca de la enfermedad. A pesar de que la oferta de una buena medicina crece continuamente, hoy todo colabora para que la posibilidad que el enfermo tiene de elegirla se vea más amenazada que nunca. Existen actualmente multitud de medicinas diferentes que se reparten distintos sectores de una realidad compleja. Además vivimos inmersos en una crisis de valores, y los conocimientos evolucionan con una rapidez que anteriormente jamás habían alcanzado.

Es tan común que hoy se hable de psicoanálisis, de estrés, de angustia, de complejos infantiles, o de la repercusión que las emociones tienen en la evolución o el comienzo de una enfermedad, que no parece posible que alguien se desconcierte con esto. Conviene, sin embargo, examinar ahora algunos preconceptos que tienen vigencia en el consenso y pueden dificultar una buena comprensión de lo que esencialmente intentan transmitir las historias aquí reproducidas.

Estamos acostumbrados a pensar que una enfermedad es un trastorno material o, si no se trata de eso, es la descompostura de un mecanismo de funcionamiento. Cuando aceptamos que lo psíquico influye sobre el cuerpo, pensamos en lo psíquico como en una fuerza capaz de generar una alteración en la maquinaria que constituye nuestro cuerpo físico. Nos parece entonces que curar la enfermedad es, ante todo, reparar la máquina, y que la función de la psicoterapia se limita a impedir que la influencia psíquica dificulte la tarea o que repita la perturbación. Aunque admitimos que lo psíquico puede ser una causa, nos cuesta creer que "por sí solo" pueda generar una enfermedad completa, una enfermedad "en serio", en la cual intervengan, por ejemplo, los microbios. Tal vez, pensamos, lo psíquico pueda haber iniciado el proceso que conduce a la enfermedad, a través del sufrimiento, del vicio, del abandono o del descuido, pero, una vez establecida la enfermedad, el tratamiento requiere algo más que la psicoterapia.

La enfermedad es también un lenguaje

Las historias que presentamos en este libro intentan mostrar que la enfermedad física es también una forma del lenguaje. En la historia de una vida, la enfermedad parece haberse presentado como un accidente indeseado, que interrumpe de manera inesperada el "hilo" de los propósitos y las intenciones que trazaban el rumbo de esa vida. Sin embargo, una vez que hemos aprendido a leer en ese idioma, la enfermedad se nos

presenta como un capítulo que forma parte indisoluble de esa biografía, completando la trama de la historia en un conjunto más amplio y con un significado más rico. Como ocurre con las novelas policiales, una vez que la investigación, larga y fatigosamente realizada, finaliza, y se reconstruye el sentido del suceso misterioso o absurdo, todo parece sencillo. La enfermedad deja de ser el acontecimiento ajeno que irrumpe desde afuera de la propia vida, para convertirse en un drama que le pertenece por entero. La experiencia nos muestra, entonces, que aquello que puede descomponer la maquinaria, cuando el motivo cambia, también la puede volver a componer. Comprender una significación es, inevitablemente, cambiarla, porque implica incluirla en un contexto que la re-significa. Un cambio de significación es, también, un cambio de estado, de modo que el enfermo que no cambia es el que no ha logrado comprender.

Los tres modos del conocimiento

Debemos ahora aclarar una cuestión. Los antiguos distinguían tres formas del saber. Aquello que se sabe por lo que se dice (*scire*), aquello que se sabe porque se lo ha saboreado alguna vez (*sapere*) y aquello que se sabe porque se lo ha probado muchas veces, se lo ha experimentado (*experior*). Corresponden a la diferencia que existe entre inteligir, comprender y creer. Suelen quedar simbolizadas por el cerebro, que alude al intelecto, el corazón, que alude al sentimiento, y el hígado, que alude a una capacidad práctica que se manifiesta en la voluntad y determina la cualidad que denominamos experiencia.

El saber de un modo intelectual puede llevar a sentir auténticamente lo que se ha adquirido, y el comprender de esta última manera puede conducirnos a creer con ese convencimiento que nos lleva a disponer la vida entera de acuerdo con aquello que hemos comprendido. Pero este camino, que es largo y es difícil, este camino que nos conduce a un cambio, no siempre se recorre. Sé que el contenido de este libro no basta para produ-

cir la creencia que compartimos aquellos que trabajamos largos años con historias como las que aquí se narran. Uno se convence sólo con una realidad que lo ha vencido. Su primera parte intenta exponer los fundamentos de una manera lo suficientemente clara como para que pueda llegar al intelecto, pero la segunda responde a una intención más ambiciosa: aspira a que la realidad del hombre enfermo pueda ser aprehendida en su conjunto, con esa forma del *sapere* que llamamos comprensión. Si el lector se dispone a "saborear" su contenido, es posible que aquello a lo cual la cabeza se resiste pueda llegar, amablemente, de corazón a corazón.

II.
Lectura para médicos

El drama que se oculta en la enfermedad

Podríamos decir que la mayoría de las cosas que los libros nos enseñan se presentan muy pocas veces en nuestros consultorios. Esto no tiene nada de extraño, porque debemos aprender a reconocer una enfermedad, o a resolver una complicación, cuando se presenten, por más raras que sean una y otra. La gran mayoría de los pacientes que vemos, sin embargo, se reparte entre unas pocas enfermedades y algunas, igualmente pocas, evoluciones típicas. Nuestra labor habitual como médicos se realizaría, por lo tanto, con muy pocos tropiezos imprevistos, si no fuera por otro factor que viene a perturbarla. Es un factor que, con características distintas, se presenta también en el consultorio del abogado o del contador. Los libros de las respectivas especialidades no nos dicen, sobre eso, mucho más que unos cuantos consejos útiles y otras tantas apelaciones al uso del "tacto" y del sentido común. El colega que lee estas palabras ya habrá comprendido que me refiero al inmenso campo constituido por la influencia de los trastornos psíquicos en la relación médico-paciente, en la sintomatología orgánica y en la evolución del tratamiento.

La gran mayoría de nuestros pacientes plantea problemas de este tipo, y por "culpa" de esta circunstancia, sentí, hace

ya muchos años, cuando me dedicaba a la clínica médica, la necesidad de ocuparme de la psicoterapia. Así me convertí en psicoanalista, y postergué de este modo, durante largo tiempo, la posibilidad de ocuparme otra vez de las enfermedades que afectan a la forma o al funcionamiento del cuerpo.

Las historias que presento aquí intentan mostrar a mis colegas, de un modo escueto y breve, pero sin concesiones a la inexactitud, que cada enfermedad distinta representa, en el escenario de la vida íntima, un drama diferente, tan típico e identificable como la enfermedad misma. Un drama que el enfermo siempre conoce de un modo distorsionado o incompleto, y cuya relación con la enfermedad generalmente ignora o malentiende.

Es frecuente que una vez terminada la historia que se obtiene como producto de un estudio patobiográfico, se produzca la impresión de que nos encontramos ante una biografía excepcionalmente dramática. Es solamente después de haber completado muchos estudios de esta clase y haber obtenido la experiencia de la dificultad que es necesario vencer para reencontrar el drama que toda enfermedad oculta, cuando llegamos a comprender que lo que aparece como una historia insólita o extraordinaria nos rodea por doquier en la convivencia cotidiana. A veces ocurre lo contrario, y las vicisitudes que la patobiografía revela se juzgan como tan habituales, que resulta difícil creer que puedan constituir la condición de una determinada enfermedad somática. En estos casos solemos "olvidarnos" de que la enfermedad somática considerada ocurre también frecuentemente.

Para lograr "componer" historias como las que aquí narramos, es imprescindible que un médico clínico y un psicoterapeuta, que sepan lo suficiente de lo suyo, puedan trabajar juntos respetando los conocimientos de la especialidad ajena y el "espacio" que cada uno necesita para poder ejercer su tarea. En rigor de verdad, si ocurre a veces que alguno de ellos quiere mostrar al otro que "sabe" lo suficiente de la especialidad que ignora, no se trata tanto de una vana arrogancia como del íntimo desasosiego que sentimos los médicos frente al sufrimiento

del enfermo, desasosiego que nos conduce, porque somos mucho más humanos de lo que nos creemos, a experimentar la obligación de saberlo todo y a negar cuanto ignoramos.

La experiencia muestra que el diálogo entre los médicos que diagnostican procesos y prescriben medicamentos o procedimientos, y aquellos otros que interpretan significados inconcientes y procuran curar mediante la palabra, suele ser difícil. La gran mayoría de los malentendidos que dificultan ese diálogo sucede porque cada uno asume, y da por sentados, conceptos fundamentales distintos, sin tener en cuenta que su interlocutor parte de otros presupuestos. Como estos mismos equívocos pueden surgir durante la lectura de las historias que este libro contiene, convendrá que describa, aunque sea brevemente, algunos de los conceptos que fundamentan la teoría en la cual esas historias se apoyan.

¿Qué entendemos por "psíquico"?

Cuando hablamos de psiquis solemos pensar en la función del cerebro, como si el cerebro "segregara" psiquis del mismo modo que el hígado segrega bilis. Es evidente que los potenciales eléctricos que genera una computadora en sus circuitos, durante su funcionamiento, no son psíquicos. Lo psíquico reside en el significado del programa que la circulación eléctrica transporta.

Si encerráramos durante mucho tiempo, en su laboratorio, a un ingeniero en electrónica, sin más compañía que sus instrumentos y una computadora de ajedrez, un ingeniero que no sólo ignorara cómo funciona una computadora y las reglas del juego de ajedrez, sino el hecho mismo de que existe un juego que se llama así, podría suceder que desarmara el aparato para explorar su "anatomía" y su estructura microscópica. Luego podría volver a armarlo para estudiar la "neurofisiología" de su funcionamiento. Podría de este modo comprobar que el monitor se apaga cuando se retira una determinada conexión, o

que no puede recuperar determinadas combinaciones de signos cuando se desconectan los bancos de memoria. También podría descubrir que, en algunos circuitos de la máquina, surgen miliamperajes "electroencefalográficos" diferentes durante el proceso que produce distintas combinaciones en los signos de la pantalla. Todo esto podría serle útil, eventualmente, para reparar la máquina si ésta, por ejemplo, cae al suelo y se daña, pero no le revelaría a qué designio la computadora sirve, ni por qué, algunas veces, se "atasca" como si estuviera "descompuesta".

Si oprimiera, en cambio, sus distintas teclas, y prestara atención a lo que sucede en la pantalla, con el tiempo lograría descubrir la existencia de un "programa" que produce "jeroglíficos", y que estos jeroglíficos simbolizan transformaciones, constituyen un lenguaje que alude a cambios en el estado de algo que se ignora. Más tarde sabría que hay transformaciones, o "movidas", que son ilegales, hasta llegar, tal vez, a reconstruir "psicoanalíticamente" las reglas completas del juego de ajedrez. Habría comprendido así, por fin, cuál es el sentido "espiritual" de la existencia de la máquina y, recién entonces, podría establecer criterios "estéticos" y "éticos" para diferenciar una buena de una mala partida. Ahora también sabría que la máquina se "atasca" si insistimos, por ejemplo, en "mover" una torre como si fuera un alfil.

La elaborada y creciente complejidad de los ordenadores modernos ha conducido a que se discuta la posibilidad de que una computadora no "contenga" solamente el programa, sino, además, el significado del programa, es decir, un metanivel de conocimiento sobre la meta final para la cual ha sido diseñado el programa (Hofstadter y Dennet, 1981; Weizenbaum, 1976; Berry, 1983). Sea cual fuere la respuesta que aceptemos, importa subrayar aquí que lo psíquico no reside en el programa, sino en el significado del programa, y que si el significado está *en* el hombre, no reside solamente en su cerebro.

En la sala de cirugía en donde se opera un enfermo de litiasis biliar con el auxilio de una colangiografía, se ve una vesícula en el abdomen abierto y otra en la pantalla de radioscopía. Se

piensa cotidianamente que la vesícula de la colangiografía es una representación, obtenida por medio de los rayos X, de la vesícula "real", que se ve en el abdomen, pero esto constituye un error. La vesícula que se observa en el campo quirúrgico, lejos de ser la "cosa en sí" vesícula, es una representación diferente, *aunque más habitual*, obtenida mediante la luz incidente. No sólo el color, sino también la forma, observados en un microscopio, varían según el colorante con el cual se los ha hecho visibles. De modo que aquello que vemos, oímos, tocamos, degustamos u olemos, siempre es el producto del encuentro entre la "cosa en sí" y nuestra posibilidad perceptiva, nunca la "cosa en sí" misma.

La formación intelectual que, como médicos, hemos recibido, fundamentada esencialmente en los métodos de las ciencias naturales, nos ha acostumbrado a la idea de que la materia es una realidad primaria, una evidencia, mientras que lo psíquico, en cambio, "se origina en la materia" como una realidad que debe ser inferida, secundariamente, a partir de sus manifestaciones. Esta idea impregna los textos en los cuales estudiamos los conocimientos de nuestra disciplina. Es una epistemología implícita que, por el hecho de no ser explícita, permanece habitualmente fuera de nuestras discusiones.

Sin embargo, dos circunstancias hacen sentir su influencia, cada vez con mayor fuerza, a medida que transcurren los años. Por un lado, sucede que, en un mundo cuyos valores cambian rápidamente, los "factores" psíquicos de la enfermedad se han hecho cada vez más evidentes. No es un secreto que vivimos en un clima permanente de desestabilización psíquica; basta prestar atención al consumo creciente de los fármacos que influyen sobre el estado anímico. Suelen ser los mismos enfermos quienes plantean al médico la importancia de sus problemas en ese terreno y su urgencia por encontrarles alguna solución. Por otro lado, la evolución de la ciencia nos enfrenta con productos y conceptos que no podemos comprender y utilizar adecuadamente, a menos que reexaminemos las bases epistemológicas sobre las cuales se asienta nuestro conocimiento médico.

Es cierto que podemos utilizar la tomografía computada, el análisis cromatográfico o el rayo láser, sin hacernos todavía demasiados problemas, pero las teorías que han permitido esos desarrollos técnicos se apoyan en supuestos epistemológicos distintos de aquellos sobre los cuales transcurrió nuestra formación universitaria, y el mundo intelectual que nos rodea se encuentra cada día más influido por conceptos que vinculan los fenómenos que estudia la física con los problemas psicológicos que atañen a la conciencia. Los problemas de la inteligencia artificial conducen a que los ingenieros no sólo se interesen en los hallazgos de la neurología y los fenómenos de comunicación dentro de un ecosistema, sino también en el inconciente freudiano o en los problemas de significación y de estilo que estudian la lingüística y el arte literario.

Digamos pues que, en términos científicos rigurosos, lo psíquico no debe ser concebido como una misteriosa e inasible emanación de la materia, como sostienen los biólogos mecanicistas, sino como la cualidad concreta de significación que constituye una historia[1]. La historia, desde este punto de vista, es algo mucho más rico que el registro "objetivo" de una secuencia. Una sucesión de hechos de significación diversa, aunque cronológicamente ordenados, no constituye una historia. Una historia es, en su sentido esencial, un entretejido de temas o "argumentos" que, como es el caso de la traición, el heroísmo o la venganza, aunque son muchos, son típicos. Existen más allá del tiempo mensurable, son "atemporales" o, si se quiere, sempiternos. De modo que se re-presentan una y otra vez, en el escenario de la vida, como el "transcurrir" de algunas escenas

[1] Para la epistemología clásica, el psiquismo se presentaba al ser humano como un producto tardío de la evolución biológica. La nueva epistemología, en cambio, considera que la vida psíquica es equivalente al sentido de la evolución biológica, lo cual permite al observador encontrar un significado histórico-lingüístico en cualquiera de los elementos que forman parte de la red ecosistémica. Gregory Bateson sostiene, por ejemplo, que la relación entre texto y contexto, típica de la gramática de un lenguaje, es también parte del desarrollo embriológico o de la interrelación de las formas biológicas de diferentes especies (Koestler, 1967). Este tema se desarrolla más detalladamente en el capítulo IV.

que reclaman nuestra atención, escenas que forman parte de un *drama* que puede ser re-conocido precisamente por ser característico, es decir, universal.

El hábito de pensar en términos de psicodinámica

Es posible que el colega que lea este libro se pregunte por qué no diferencio entre el "origen psíquico" de una dolencia somática, y la situación contraria, en la cual el sufrimiento anímico es una consecuencia (patoneurótica) de la enfermedad del cuerpo. O, también, si la psicoterapia puede obtener el efecto buscado cuando el trastorno ya ha alterado la estructura física de los órganos comprometidos. Tal vez hubiera esperado encontrar, en las historias que aquí presento, una mayor referencia a los mecanismos psíquicos, a los cuadros psicopatológicos, al diagnóstico psiquiátrico, a los efectos terapéuticos, y a una cuidadosa discriminación entre las enfermedades que, desde un punto de vista "etiológico", son psicosomáticas y aquellas otras que no lo son.

Durante el ejercicio de la medicina nos hemos acostumbrado a pensar que la mejor terapéutica es la terapéutica etiológica. Es natural que pensemos así porque, implícitamente, nos apoyamos en la idea de que todo fenómeno observable es siempre el efecto de una determinada causa. Nuestra tarea consiste entonces en identificar el trastorno, descubrir su causa, y suprimir esa causa para hacer desaparecer el efecto. Es por este motivo que cuando Freud descubrió el significado psíquico inconciente de algunos trastornos corporales, no sólo la medicina general, sino también la gran mayoría de sus propios discípulos, encerraron su descubrimiento dentro del concepto de psicogénesis. En otras palabras, se interpretó que algunas enfermedades, o, por lo menos, algunos fenómenos en la evolución, o en la sintomatología, de algunas enfermedades, son el efecto de una "causa psíquica".

Esa manera de pensar, en términos de "mecanismos", que había sido tan útil en el desarrollo de una fisiopatología, dio

nacimiento a una psicopatología que se llamó "dinámica", para diferenciarla de "la otra", fundamentalmente descriptiva, que utilizaba la psiquiatría clásica. Se comenzó a hablar, desde entonces, de los "factores psíquicos" *en la etiología* de las enfermedades, y esto dio lugar a la consideración de que hay enfermedades que son psicosomáticas.

La enorme cantidad de literatura científica que –incluso desde dentro del psicoanálisis– sostiene ese modo de pensar "facilitó" aparentemente la comprensión de Freud, pero redujo las posibilidades de que una gran mayoría del mundo intelectual de nuestra época llegara a captar el verdadero alcance de su descubrimiento.

La interpretación lingüística de la realidad

Freud, investigando en la histeria, descubrió que sus pacientes "padecían de reminiscencias", que existía un grupo patógeno de representaciones, separado del comercio asociativo con el resto de la vida psíquica conciente, y que el significado de esas representaciones reprimidas provenía, como el de la vida onírica, de los impulsos sexuales infantiles (no siempre genitales). Su lenguaje conservaba todavía el estilo y el basamento teórico que eran propios de un modelo físico del mundo, pero su certera intuición, su profunda formación humanística y su inclinación natural a la observación de la realidad clínica lo condujeron hacia una concepción que trascendió ampliamente el modelo de una relación causal. Freud incursionó decididamente en un tipo de pensamiento que, con los años, y con la tarea de autores de las más diversas disciplinas, se perfilaría como una "concepción lingüística" del mundo (Turbayne, 1974). Según esta concepción, a pesar de que estamos habituados a explorar el universo como si fuera una gigantesca maquinaria de reloj (Newton), no debemos olvidarnos de que es igualmente fructífero, para el avance de nuestros conocimientos, contemplar sus fenómenos como

otros tantos signos lingüísticos que remiten a una unidad de sentido. Nuevamente, se trata de un enfoque epistemológico según el cual fenómenos biológicos interrelacionados pueden interpretarse en términos de una intencionalidad ecosistémica.

Más allá de cuánto, o cuán poco, necesitemos los médicos compartir, para el desarrollo de nuestra tarea, una concepción lingüística del mundo, lo que nos interesa destacar ahora puede resumirse en unos pocos puntos:

1) Interpretar el significado de un síntoma no implica postular una causa.
2) La existencia psíquica, y con ella el terreno de los significados, constituye una realidad tan primaria como la realidad material que constituye el mundo en el cual rigen las leyes de la ciencia física. Se trata de una realidad "histórica", cuya organización conceptual, como la de la física, se rige por sus propias leyes y posee sus propios derechos.
3) Del mismo modo que la comprensión del significado inconciente inherente a un determinado trastorno corporal no excluye la posibilidad de explicarlo como el efecto de una determinada causa, la percepción de una causa eficiente no excluye la posibilidad de interpretar el significado inconciente específico de un determinado trastorno.
4) Del mismo modo que la imposibilidad de explicar una causa eficiente no implica haber demostrado su ausencia, la imposibilidad de comprender un significado inherente no implica haber demostrado su ausencia.
5) Cuando admitimos que un determinado trastorno corporal es un signo que expresa o representa un particular significado inconciente, admitimos también que toda transformación de ese significado llevará implícita una transformación del trastorno que constituía su signo.

Los casos presentados

Los seis enfermos cuya historia narro fueron elegidos, todos ellos, por padecer enfermedades graves o que evolucionaban mal, y porque ninguna de ellas se clasificaría, habitualmente, como una enfermedad psicosomática. Se trata de una neuralgia del nervio mediano, un infarto de miocardio, un herpes ocular recidivante, un melanoma metastásico, una esclerosis en placas y una leucemia linfoidea aguda. Los diagnósticos de sus enfermedades fueron realizados por médicos competentes. Incluyo los datos de sus historias clínicas, a los fines de que el colega que lea este libro pueda juzgar por sí mismo.

Cinco de los seis enfermos evolucionaron bien, y si fueron elegidos también por este motivo, es porque me interesaba mostrar que, en principio, *se puede considerar la posibilidad* de que este modo de tratar a un enfermo aporte un gran beneficio. El sexto (esclerosis en placas) fue elegido por otro motivo. Me parecía importante presentar un paciente, por lo menos, en el cual la ausencia del resultado buscado permitiera contemplar que, aun en ese caso, el trabajo realizado estaba muy lejos de constituir una tarea inútil.

Espero que quede suficientemente claro que no pretendo presentar nuestro enfoque terapéutico como una panacea. Cuando, frente a un paciente, interpretamos el significado biográfico de una enfermedad que la medicina considera grave, el enfermo, visto desde nuestro ángulo de observación, continúa siendo un caso grave.

¿Cuánto debe saber un paciente?

Observamos muchas veces que, frente a un caso grave, existe el temor, en el médico y en la familia, de que una intervención psicoterapéutica altere la tranquilidad que el enfermo necesita para luchar contra la enfermedad. Quiero dejar consignado aquí, en este prólogo, que ese temor deriva de una equivo-

cación. Se supone que la influencia psíquica perjudicial deriva de la angustia, o de la "nerviosidad", conciente, y se olvida que el mayor peligro proviene precisamente de la angustia inconciente. Con frecuencia se ignora que "sedar" al enfermo, aunque puede tranquilizar a la familia, suele aumentar el peligro de una influencia inconciente sobre la evolución de la enfermedad, y que, por el contrario, la psicoterapia, o aun la angustia conciente, pueden disminuir ese peligro.

Freud se ocupó de señalar que el daño que podría surgir del levantamiento de una represión debía ser, en todos los casos, menor al que produciría ese mismo contenido psíquico operando de manera inconciente. Sin embargo, cuando afirma que "si el psicoanálisis no pudiera dañar tampoco podría curar", admite que el hacer conciente lo inconciente puede ocasionar un daño. *¿Existen, entonces, algunas fantasías inconcientes cuyo acceso a la conciencia pueda ser perjudicial?* Ocurre que el producto que penetra en la conciencia por obra del levantamiento de una represión, puede colaborar para mantener activa y reprimida a *otra* fantasía inconciente, que aumenta de este modo su potencial patógeno.

El mismo problema se presenta cada vez que debemos decidir, como médicos, cuándo, hasta qué punto y a quién debemos comunicar "la verdad" acerca de un diagnóstico. Suele sostenerse, con razón, que el enfermo, o la familia, tienen el derecho de saber a qué atenerse con respecto a la evolución de una enfermedad, y que el médico no puede asumir, por sí solo, la responsabilidad de lo que "ha visto" en el paciente. Pero también es cierto que hay casos en los cuales el conocimiento de "la verdad" produce en el enfermo, o en su familia, un daño que no puede ser negado. Si bien sucede que muchas veces es difícil ponderar cuándo, qué, cuánto, cómo y a quién debemos hablar de un diagnóstico o un pronóstico, existen algunos parámetros que pueden orientar esa ponderación.

El nombre de una determinada enfermedad lleva implícito un particular significado, distinto para cada persona, una parte del cual es inconciente. Además, todo conocimiento puede ser utilizado para ocultar y "alimentar" una determinada fantasía

inconciente, cuyos efectos se ejercen "desde la sombra". Debemos, por lo tanto, defendernos de la tentación de comunicar "sagazmente" diagnósticos precoces, ya que los efectos de esa comunicación no se corrigen "automáticamente" cuando se corrige el diagnóstico. Debemos también ser prudentes en cuanto al grado de "verdad" de lo que hemos descubierto, y tener en cuenta que aun en los casos en que el diagnóstico puede haber quedado razonablemente asegurado, el pronóstico no siempre surge con el mismo grado de certeza.

La evaluación estadística

Hay una cuestión que retiene nuestro mayor interés: ¿en qué medida la interpretación del significado inconciente de un trastorno corporal puede ayudarnos en nuestra tarea de curar o aliviar al enfermo? Aquí, en este punto, no sólo nuestra formación médica, sino también nuestro sentido común, reclaman algún tipo de precisión estadística: ¿cuántos casos tratados?, ¿con qué resultado?

Desgraciadamente, la estadística, en este tipo de trabajo, es muy difícil. Para realizar una estadística es necesario aislar la variable que se desea investigar, es decir, *homogeneizar*, hasta el máximo posible, todos los otros factores. Por ejemplo, edad, otras enfermedades, otros tratamientos, etcétera. Esta tarea, aunque difícil, es posible cuando nos movemos con métodos que derivan de la física y que toleran que descompongamos la realidad en partículas o factores elementales. Pero, en un terreno "histórico-lingüístico", el significado de una parte es muy distinto del significado del conjunto que esa parte integra. La realidad que investigamos exige que estudiemos muy prolongadamente a cada enfermo. En caso contrario corremos el riesgo de que se nos pase desapercibido aquello que buscamos. Por este motivo, la acumulación de casos requiere un tiempo mucho mayor que el que suele ser necesario, por ejemplo, para investigar la acción de un fármaco.

Debemos tener presente, sin embargo, que el conocimiento estadístico no es el único tipo de conocimiento científico posible. ¿Cuántos corazones necesitamos disecar para comprender lo esencial de su estructura anatómica? ¿Cómo sabemos que cuando dos cosas son iguales a una tercera también son iguales entre sí? La gran mayoría de las afirmaciones científicas no surge como producto de una evaluación estadística, sino como resultado de un proceso de pensamiento que establece relaciones de significación entre los hechos observados (Chiozza y colabs., 1984). No es lo mismo afirmar, a partir de un recuento estadístico, que el bacilo de Koch se halla presente en un 78% de enfermos de tuberculosis, que descubrir, basándonos en un razonamiento formal que llamamos etiológico, que es condición necesaria en el 100% de los casos.

Nuestra convicción acerca de una determinada influencia terapéutica, nacida de una comprensión del sentido de los hechos observados, va creciendo a medida que transcurren los años de experiencia clínica. Al principio "sabemos" pero no logramos creer. Un buen día "sentimos" que algo se ha movido. No siempre logramos comprender el *cómo*, pero ayuda el saber que se está en el camino.

La enfermedad, vista desde un cierto ángulo, aparece como una amenaza del destino. Dicha amenaza puede ser la muerte, la parálisis, la invalidez, la mutilación o, simplemente, un permanente sufrimiento "inútil". Cuando esta amenaza se disuelve, solemos decir que el enfermo se ha "salvado". Todos los médicos hemos saboreado, alguna vez, ese júbilo, y el sentimiento de que "servimos para algo", pero también sabemos que la historia recomienza en ese punto y que lo que una vez ha sucedido puede volver a acontecer. Sin embargo, desde que hemos experimentado el júbilo de reparar un daño, no dejaremos jamás de buscarlo, en cada nuevo encuentro con la enfermedad...

III.
Lectura para psicoterapeutas

La psicoterapia como experiencia lingüística

Si bien es cierto que son muchas las corrientes de pensamiento que hoy se disputan el territorio de la psicoterapia, y que algunos de los planteos de Freud han sido repetidamente cuestionados, no cabe duda de que ya nadie discute el valor de sus descubrimientos esenciales, de modo que todo psicoterapeuta, de una manera u otra, estudia su obra. Ocurre además que sus ideas, presentes en muchos otros autores, ejercen una influencia mayor de la que suele pensarse.

La metapsicología psicoanalítica, integrada por una tópica, una dinámica y una economía, fue concebida por Freud a partir de un modelo de la realidad que provenía de la física. Conceptos tales como el de carga, represión o transferencia muestran bien a las claras este origen "mecánico". Pero, junto a tales conceptos, utilizó otros, como los de valor afectivo, censura y reedición, que son equivalentes, pero remiten a un modelo de pensamiento que representa relaciones entre personas, en lugar de representar una suma algebraica de fuerzas o la resultante geométrica de una conjunción de vectores. Lamentablemente, Freud no integró esos conceptos, basados en un modelo "histórico-lingüístico" distinto del de la ciencia física, en una estruc-

tura teórica más amplia, como lo hizo con los que pasaron a conformar la metapsicología. Señaló, sin embargo, que la teoría metapsicológica no constituía la base del edificio psicoanalítico, sino su coronamiento, y que podría ser sustituida sin afectar sus cimientos.

En lo que atañe a la relación entre la mente y el cuerpo, cuando Freud descubrió que los síntomas histéricos podían ser descifrados y "leídos" como signos de un lenguaje arcano y críptico, similar al de los sueños, hizo algo más que postular la psicogénesis de una enfermedad somática. El hecho de que la medicina psicosomática tomara el rumbo de una psicopatología dinámica, basada en una metapsicología que tomó su modelo de las ciencias físicas, encerró lo esencial de su descubrimiento en un marco demasiado estrecho, que facilitó su aceptación, pero disminuyó su valor.

La gran mayoría de los psicoanalistas posteriores a Freud contribuyeron a difundir y desarrollar un psicoanálisis concebido en términos de causas y efectos, en el cual el énfasis quedó puesto en un yo que enfrenta las fuerzas en pugna, o las exigencias de la realidad, mediante "mecanismos" de defensa. Las condiciones estaban dadas para que surgiera un "contramovimiento" que revalorizara el carácter primario que posee la experiencia lingüística, experiencia que dio lugar a una amplia gama de conceptos propios, como signo, significado, contexto, sentido, metáfora, información, etc. Parte del éxito que obtuvo Lacan, cuando asumió la bandera de un "retorno" a Freud, puede explicarse por obra de esa necesidad de revalorización.

Sin embargo, toda reacción comporta, en el fondo, los mismos defectos que la acción que le dio origen. Los discípulos de Lacan enfatizaron, con razón, esos aspectos "lingüísticos" del pensamiento freudiano que, debido a la intensa resistencia que despertaban en un consenso intelectual regido por otros modelos, habían sucumbido a la represión. Pero también pusieron el mayor empeño en señalar que el psicoanálisis no se refiere, en sus afirmaciones y conceptos, al cuerpo físico o

"biológico", sino que "trabaja" con las representaciones *verbales* del cuerpo. Y que el conjunto entero de representaciones del cuerpo investidas por las pulsiones eróticas constituye el único cuerpo que puede ser "objeto" del psicoanálisis, el "cuerpo del deseo".

Aunque nadie se atrevería a negar que el hombre entero, sano o enfermo, es "psicosomático", la investigación de las relaciones existentes entre el cuerpo y el alma quedó así dificultada, dentro de la teoría psicoanalítica vigente en nuestra época, desde ambos cuadrantes. Por un lado, quienes piensan exclusivamente en términos de causas y efectos encuentran que no todas las enfermedades "son" psicosomáticas, porque, como es natural, no están dispuestos a admitir que todas se originen en una "causa psíquica". Por otro lado, quienes piensan que el psicoanálisis sólo encuentra su objeto en el "cuerpo del deseo" consideran que la gran mayoría de las transformaciones del cuerpo físico son una realidad "asimbólica", que no nace como investidura de una pulsión inconciente. La conclusión es similar: sostienen que existen transformaciones del cuerpo físico que no son el lenguaje "que un órgano habla".

Es cierto que en la obra de Freud pueden encontrarse numerosos párrafos que avalan esas dos maneras de pensar, pero hay muchos otros que muestran, inequívocamente, una orientación distinta, que resumiremos a partir de lo que afirma en 1938. Señala (Freud, 1940*a* [1938]*) que las series psíquicas *concientes* forman cadenas de significación a las cuales les faltan algunos eslabones, y que la psicología, por este motivo, se vio forzada a crear la idea de que estas series interrumpidas se hallaban vinculadas entre sí por un concomitante somático. Freud, por el contrario, sostiene que *la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis es que estos pretendidos concomitantes somáticos, expresados en términos de un significado que cierra la brecha de la cadena psíquica conciente, no son otra cosa que lo psíquico inconciente*, o, mejor dicho, lo genuinamente psíquico, porque la conciencia es un carácter accesorio que se

agrega a algunos de ellos solamente. Si quisiéramos esquematizar la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, creo que deberíamos decir que lo psíquico inconciente equivale al significado específico de lo que la conciencia registra como cuerpo. En otras palabras, cuando lo inconciente llega a la conciencia despojado de su significado inconciente, se registra como un concomitante somático, de allí que Freud hablara de un *supuesto* concomitante somático.

El psicoanálisis en la Argentina

Quienes a fines de la década del cincuenta iniciamos nuestra formación psicoanalítica en la Argentina, nos encontramos con una situación privilegiada difícilmente igualable. Disponíamos de la presencia de psicoanalistas como Ángel Garma, Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón-Rivière y Arminda Aberastury, que habían captado la esencia del pensamiento freudiano, y conocían su obra con una profundidad que sólo las personas que unen a una inteligencia excepcional una capacidad intuitiva y afectiva poco común pueden alcanzar. Aunque Rascovsky, Pichón-Rivière y Aberastury nunca se ocuparon de sistematizar en una teoría general su pensamiento en el terreno de la psicosomática, se movían en el mundo de la simbolización somática con una soltura como la que sólo podemos encontrar en Freud, Groddeck o Weizsaecker. Aberastury, además, unía a esta soltura, su conocimiento de la obra de Melanie Klein; y su trabajo en el psicoanálisis de niños, fecundado por su habilidad para leer fácilmente los símbolos corporales, completó los aspectos que Klein no abordó. Debemos añadir a esto la figura singular de Enrique Racker, quien, dotado de una cultura filosófica y humanística poco común, y conociendo profundamente la obra de Freud y Klein, nos introdujo decididamente en la utilización técnica de la contratransferencia, lo cual implicaba percibir la importancia del lenguaje preverbal. Rascovsky, además, enriqueció ese caldo de cultivo con un aporte que en esa atmósfera

intelectual era un desarrollo previsible: su concepción del psiquismo fetal, que engendró incomprensiones y cuestionamientos no siempre justificados. Se explica de este modo que aquellos que tuvimos la oportunidad de formarnos al abrigo de esas enseñanzas, no experimentáramos la necesidad de "retornar" a un Freud que nunca habíamos desestimado. Aunque conocíamos los desarrollos de la psicología del Yo o de la escuela kleiniana, no habíamos quedado encerrados en sus limitaciones. Se explica también que estuviéramos preparados para retomar, en el punto en que había quedado abandonado, el pensamiento "psicosomático" que Freud, Groddeck y Weizsaecker lograron iniciar.

La interpretación de las seis historias que este libro contiene se basa en una concepción teórica que parte de lo que Freud pensaba acerca del "pretendido concomitante somático". Luego de muchos años dedicados a la investigación del significado inconciente de las distintas enfermedades somáticas, me parece indudable que la teoría que hasta ahora nos permite concebir mejor la relación que existe entre psiquis y soma, surge de pensar que ambas son categorías que establece la conciencia.

Soma y psiquis

Las categorías que denominamos "soma" y "psiquis" derivan, a mi entender, de que nuestro conocimiento conciente se estructura alrededor de dos organizaciones conceptuales. Una, "física", que da origen a las ciencias naturales, y la otra, "histórica", que sustenta a las ciencias que toman por objeto al espíritu o a la cultura. Estas dos organizaciones me parecen irreductibles entre sí, en el sentido de que una no puede ser "convertida" en la otra y funcionar como única interpretación del conjunto entero de la realidad existente.

Es evidente que existen muchos sectores de la realidad acerca de los cuales tenemos un registro "doble", es decir, uno en cada una de las dos organizaciones conceptuales. Cuando

esto ocurre, a veces podemos encontrar una correspondencia "punto por punto" entre ambos registros, de manera que aquello que desde un ángulo se percibe como forma, función, trastorno, evolución o desarrollo corporales, desde el otro es experimentado como una determinada fantasía, es decir, como un significado específico, inherente a ese particular existente material. ¿No es entonces natural suponer que nuestra conciencia puede crecer, en conocimiento y poder, ampliando la extensión del sector de realidad que puede comprender de una manera "doble"? Este camino, en verdad, es el mismo que iniciara Freud, cuando al contemplar los trastornos físicos de la histeria como se contempla un jeroglífico, interpretó su significado inconciente, y consiguió de este modo restablecer la continuidad de sentido, interrumpida, de algunas series psíquicas concientes.

Sé que entre mis colegas psicoterapeutas algunos pensarán, en este punto, que una cosa es la histeria o las enfermedades somáticas que radican en las zonas erógenas que alcanzaron su primacía en la infancia, involucradas en una intensa investidura libidinosa, y otra un tumor de la vesícula biliar, que transcurre en el interior de una estructura que jamás pudo ser reprimida porque nunca formó parte de la vida erótica conciente. No puedo exponer ahora las razones que, sin anular esa distinción entre histeria y tumor vesicular, permiten comprender que ambos tipos de trastorno puedan ser interpretados como un lenguaje inconciente. Fueron expuestas en numerosos trabajos (Chiozza, 1963, 1980*a*, 1983*b* [1982]), y aquí sólo puedo recurrir a la esperanza de que las historias narradas hablen por sí mismas.

Convendrá de todos modos que exponga resumidamente la tesis que sostengo:

1) No sólo los trastornos histéricos (incluyendo en ellos las histerias "vegetativas"), sino también los afectos, las enfermedades orgánicas y los órganos mismos, representan a (o "extraen sus materiales de", como dice

Freud en el historial de Isabel de R.) una fuente inconciente, fuente que no constituye, en sí misma, un fenómeno al cual puedan aplicarse los conceptos de psíquico o somático, que se forman como categorías en la conciencia[2].

2) El lenguaje y su significado (incluyendo en el significado el conjunto entero de lo que denominamos psicológico) representan a (o "extraen sus materiales de") la misma fuente inconciente (Freud y Breuer, 1895*d**).

3) La idea o el concepto "físico" que bajo el rótulo "tal órgano" la conciencia se forma de un determinado existente inconciente específico (incognoscible en sí mismo, como la "cosa en sí" de Kant) mantendrá, pues, una relación *específica* con determinadas fantasías y significados concientes que, a través de numerosos intermediarios preconcientes, provienen *del mismo* existente inconciente (si dos cosas son iguales a una tercera son también iguales entre sí).

4) Cuando decimos entonces que el órgano habla (me refiero al lenguaje de órgano, planteado por Freud, 1915*e**), es porque esa fuente inconciente (que por un lado corresponde en la conciencia al concepto de ese

[2] La discontinuidad psicosomática es un fenómeno que pertenece a la conciencia. Dado que Freud sostenía que las categorías de espacio y tiempo derivan del modo en que funciona el sistema preconciente-conciente, podríamos preguntarnos si es posible aplicar las categorías de lo psíquico, lo somático e incluso de lo "psicosomático" para calificar al inconciente, o bien si no son ellas mismas modos en que funciona el sistema conciente-preconciente. Cuando Freud destacó la validez de defender la naturaleza inconciente del psiquismo, indudablemente se refería a la necesidad de deshacer la discontinuidad que se generaba en la ecuación unilateral del inconciente y lo somático. En la discusión del caso Dora (Freud, 1905*e* [1901]*, págs. 98-99), Freud afirma: "En particular, podrá chocar el carácter tajante de mi punto de vista acerca del inconciente, pues opero con representaciones, itinerarios de pensamiento y mociones inconcientes como si fueran unos objetos de la psicología tan buenos e indubitables como todo lo conciente [...] Aquellos colegas que juzgan puramente psicológica mi teoría de la histeria [...] 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".

órgano, y por otro a un conjunto específico de significados o fantasías) se expresa a través de lo que la conciencia percibe como una transformación del órgano físico, así como otras veces lo hace a través de un mensaje verbal.

5) El fenómeno lingüístico no sólo abarca estos dos extremos de las categorías física y psíquica, sino el enorme campo intermedio del afecto y el gesto.

Una vez que comprendemos que el conocimiento científico no es propiedad unilateral de las ciencias naturales, comprendemos también la importancia del error en que incurrimos cuando pensamos con conceptos tales como el de "suelo" biológico, o nos expresamos en términos del "sustrato" físico de una realidad psíquica. Procedemos entonces como si las ciencias naturales tuvieran la última palabra acerca del grado de verdad que poseen los resultados de nuestras investigaciones, en lugar de constituir otro campo de trabajo con sus propios aciertos y sus propios errores. Ampliar la extensión del sector de realidad que la conciencia puede comprender de una manera "doble" no equivale solamente a interpretar el significado psíquico inconciente de una enfermedad somática, implica también la posibilidad de contribuir desde ambos ángulos al progreso teórico. Cuando Freud, en su "Proyecto de una psicología para neurólogos" (Freud, 1950*a* [1895]), describió las barreras de contacto, describía, tal como se presentaba en su campo de trabajo, el mismo segmento de realidad al cual Sherrington, desde la neurología, se referiría dos años después con el nombre de "sinapsis neuronal". La investigación de las fantasías inconcientes más profundas inherentes a la acción farmacológica del opio nos llevó a escribir en 1969 (Chiozza y colabs., 1969), seis años antes de que se descubrieran las endorfinas, que la acción de la morfina podía tal vez concebirse como una opoterapia, es decir, como una terapéutica que reemplaza sustancias existentes en el organismo tratado, que producen el mismo efecto.

Problemas que enfrenta el psicoterapeuta en el tratamiento de pacientes con enfermedades somáticas

Sabemos que la enfermedad somática no posee una existencia independiente de las vicisitudes del psiquismo inconciente, pero la experiencia que, como psicoterapeutas, adquirimos en nuestro trato con los enfermos, nos lleva pronto a reconocer que nos enfrentamos en este terreno con problemas especialmente difíciles.

Si la familia del psicótico o del niño constituye una estructura de poder real, que obra en ambos casos sobre el tratamiento psicoterapéutico del paciente, obligándonos a modificar el encuadre, no es menos cierto que el enfermo somático depende, en forma igualmente real, de una estructura constituida por los sistemas y parámetros de la asistencia médica tradicionalmente organizada, tanto sea de carácter "mutual" como "privada" y libremente elegida. Este sistema incluye preceptos éticos, procedimientos médicos sancionados como correctos, y leyes que protegen la coincidencia y castigan la disidencia con dichos procedimientos sancionados. El médico, a través de su formación universitaria y hospitalaria, no sólo es un producto y un artífice de este sistema, sino que se encuentra en un grado mayor o menor de dependencia real frente a él. De modo que el enfermo que necesita imprescindiblemente un tratamiento médico, depende también de una persona, o de una institución sanatorial, que llevan implícito un determinado sistema de asistencia médica.

Es natural que el médico se sienta menos obligado y menos motivado que la familia para reexaminar, en interés del paciente, tanto su vínculo con él, como las diferentes alternativas y decisiones del tratamiento, influidas por las distintas emociones inconcientes que, tanto uno como el otro, incluyen en su relación. Los esfuerzos de Balint, ampliamente conocidos, a pesar de ser valiosos y meritorios, son todavía insuficientes para vencer este problema. Lo mismo ocurre con el estudio patobiográfico, que realizamos abordando la dificultad desde un ángulo distinto del que utiliza Balint. Es una tarea que deberá ser completada

con la docencia universitaria, postuniversitaria y hospitalaria, brindada a los estudiantes, a los médicos y a los psicólogos. Y con una educación sanitaria amplia, pero responsable, solvente, liberada de concesiones que "faciliten" su aceptación.

Nuestra experiencia como psicoterapeutas nos enseña pronto que la duración de la vida no posee, en todos los casos, la exclusiva prioridad que habitualmente se le otorga, ya que también la calidad de la vida y la oportunidad de la muerte constituyen un valor. La idea de "combatir la enfermedad", que todavía se halla implícita en muchas actuaciones médicas, suele pasar por alto la función que cumple la enfermedad en relación con los sistemas en los cuales se integra. No se trata solamente de considerar la integración del estómago en el sistema digestivo, o del sistema digestivo en el hombre entero: se trata, además, de considerar la integración del hombre mismo *en el sistema familiar*, o en el consenso social. Es necesario tener en cuenta que la enfermedad es la "solución" que el enfermo ha encontrado, y que su desaparición, por sí sola, restablece un problema. Para decirlo con palabras de Weizsaecker (1946): la actitud, habitual, 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, sino de alguna otra manera".

El peñón más abrupto de nuestra "profesión imposible" consiste en el hecho de que al hombre enfermo que busca un tratamiento lo anima la idea de "volver" a un estado anterior. Pero la enfermedad, como toda pérdida de la inocencia, es siempre irreversible, y la salud sólo puede provenir de un doloroso progreso, que es totalmente opuesto a la ilusión de volver.

El estudio patobiográfico

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 aban-

donada a lo inconciente. Citemos sus palabras: "puedo asegurar que nunca tenemos que arrepentirnos de habernos decidido a confiar en nuestras propias afirmaciones teóricas y habernos forzado a no disputar a lo inconciente la dirección de la síntesis" (Freud, 1911*e*, pág. 412). Bion se refería a este mismo "encuadre" de la tarea, afirmando que el psicoanalista, durante su trabajo, debía librarse de la memoria y el deseo. Hay algo, sin embargo, que debe quedarnos claro: *que el analista 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 algunas veces con problemas específicos que es necesario resolver. No siempre es posible disponer de un encuadre tan "ideal", para el trabajo psicoanalítico, como el que Bion describe refiriéndose a la atención del paciente psicótico. En ese encuadre, para poder trabajar "libre" del deseo de curar, el analista renuncia explícitamente, ante la sociedad, la familia, y el paciente mismo, a toda responsabilidad por el cuidado del enfermo. Entre las situaciones que es necesario resolver, se presenta muchas veces el caso planteado por la emergencia de una enfermedad somática de cierta gravedad. El psicoanalista sabe que tanto la enfermedad somática, como *su evolución y su desenlace final*, no son independientes de las vicisitudes de la emoción inconciente. 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. Hace ya unos catorce años, planeamos un encuadre, y un procedimiento psicoanalítico, que llamamos "estudio patobiográfico". Con este método estudiamos, durante ese tiempo, 1.200 pacientes[3]. 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 somática en el "tiempo corto" que marca la necesidad. De este modo, el psicoanálisis "longitudinal" puede mantenerse libre de la responsabilidad, y *del deseo*, de cuidar el destino de una complicación somática. Podemos decir que el estudio patobiográfico es un procedimiento "transversal", no sólo porque *se orienta hacia un fin premeditado e inmediato*, que consiste en influir sobre el curso de una enfermedad somática, sino porque lo hace *mediante el esfuerzo conjunto de un equipo, concentrado en contemplar ese particular momento de la vida de un paciente*.

En el estudio patobiográfico, "el material" que será objeto de la interpretación psicoanalítica (Chiozza, 1974, 1976*a*) se constituye, fundamentalmente, a partir de cuatro fuentes: a) Un interrogatorio acerca de la enfermedad actual y de los recuerdos, deseos y circunstancias que conforman una biografía esquemática. Se basa en un cuestionario detallado, y se realiza durante cinco o seis entrevistas de dos horas cada una. Además, el enfermo debe redactar un cuento corto, relatar uno de sus sueños, y narrar un filme cinematográfico y una novela, libremente elegidos. b) Un diagnóstico clínico de su estado físico general y del estado actual de la enfermedad por la cual consulta. c) Algunas fotografías del enfermo en los distintos períodos de su vida, y de los seres que considera más significativos. d) La observación del paciente, y del vínculo que establece con el equipo que realiza el estudio, durante las entrevistas.

---

[3] Estos valores corresponden al año 1986 de la primera edición de este libro. Al día de la fecha, a treinta y cuatro años de creación de este procedimiento, el número de pacientes estudiados supera los 2.500 solamente en nuestro Centro.

El proceso que denominamos *"sinopsis"* forma parte del procesamiento del material que deberá ser interpretado. A partir de ese proceso, se constituyen algunos puntos de referencia que nos ayudan a integrar los distintos aspectos del problema que la consulta plantea al estudio.

1) Debemos identificar *el motivo inconciente de la consulta*, porque siempre es distinto de las razones concientes que el enfermo puede aducir.
2) Todo enfermo construye una *fantasía inconciente, y una "teoría" conciente, acerca de su enfermedad y de la forma en que podría curarse*. Conocer la teoría conciente nos ayuda a identificar la fantasía inconciente. Existe también una *"cuota" de esperanza inconciente*, en lo que respecta a las posibilidades de curación. Ponderar esa "cuota" puede ayudarnos a establecer un pronóstico.
3) La historia de las distintas crisis, o *situaciones dramáticas* que forman parte de la biografía, y su coincidencia temporal con determinadas enfermedades o accidentes, nos ayuda a comprender, a través del *lenguaje de los órganos*, su significado inconciente.
4) Existe siempre un *factor eficaz y específico desencadenante de la enfermedad actual* que coincide temporalmente con la aparición de esa enfermedad. Identificarlo nos ayuda a comprender el significado inconciente que la enfermedad actual simboliza.

Una vez interpretado el material del estudio, podemos encontrar, en las palabras del paciente, algunos *puntos de coincidencia* entre el contenido de nuestra interpretación y sus apreciaciones. En las entrevistas finales, cuando debemos comunicar al paciente lo que hemos pensado, partir de esos puntos suele ayudarnos a realizar la tarea.

La comunicación realizada en las entrevistas finales se dirige hacia dos fines que son distintos y coincidentes. Una *orienta-*

ción terapéutica en cuyos criterios interviene lo que el psicoanálisis puede ofrecer, y un *esclarecimiento* acerca de la relación inconciente que existe entre su enfermedad y el drama que se encuentra en su historia.

La comunicación verbal que se utiliza en las entrevistas finales siempre se prepara por escrito, para uso del médico, y no para entregarla al paciente. Se procura evitar de este modo que el enfermo, en una posterior lectura, confunda la intervención terapéutica con el significado de las palabras escritas, cuando en realidad consiste en el sentido que adquieren en el contexto de la entrevista entera.

Una vez reunido y procesado el material, cuya parte biográfica ocupa unas treinta o cuarenta páginas escritas, deberá ser estudiado *por más de un psicoanalista* a los fines de recorrer el procedimiento que describiré, esquemáticamente, en pasos sucesivos.

1) Debemos *identificar una temática, típica y universal, que pueda otorgar "unidad" a la biografía del paciente*. Una temática que, tal como puede ser contemplada desde el momento actual, configure el punto nodal alrededor del cual gira su vida. En el desarrollo de ese "argumento", deberemos ubicar los distintos personajes que conforman el drama que ha hecho crisis, y pensar en cada uno de ellos como versión actual de los personajes de su infancia.
2) Debemos ubicar el "mapa" que el enfermo utiliza para recorrer el territorio de su vida, e identificar el "estilo", adquirido en la infancia, con el cual lo ha trazado. Uno y otro codeterminan el significado de su historia, y, si vamos a intentar la tarea de re-significar esa historia, necesitamos cuestionarlos.
3) Sabemos que la enfermedad actual encubre, frente a la conciencia del enfermo, una parte de la historia que es su drama, y también que expresa simbólicamente una determinada "posición" frente a ese drama. Recurriendo a lo que conocemos, acerca de las fantasías incon-

cientes específicas de los trastornos somáticos que el paciente padece, debemos tratar de comprender, dentro del drama nodal que ha entrado en crisis, cuál es "la parte" que el trastorno "habla".

4) El enfermo dispone de una historia conciente. Esa historia presenta lagunas y distorsiones de su significado que marcan los puntos en los cuales su drama original, para él insoportable, se le ha vuelto inconciente. La enfermedad actual no sólo es el relato, cifrado y simbólico, del significado omitido. Es también un acto, igualmente simbólico, que "corrige" mágicamente esa historia. Debemos, pues, comunicarle aquello que, acerca de su historia "completa", hemos comprendido. Pero necesitamos que nuestra interpretación del drama permanezca en la conciencia del enfermo acompañada de su auténtico afecto y, para lograrlo, nos hace falta comprender los motivos por los cuales no puede soportar esa parte de su historia.
5) Sabemos que la enfermedad actual es la mejor solución que el enfermo ha logrado, frente a su imposibilidad de integrar en la conciencia significaciones que son contradictorias. Debemos, pues, re-significar la historia del paciente, hasta el punto en que la contradicción de significados, incluida en una unidad de sentido más amplia, que los trasciende, se experimente como un malentendido (malentendido que puede ser interpretado como el producto de un mapa fragmentario). En ese punto desaparece la necesidad que sostenía a la enfermedad del cuerpo. En los casos en que esto no es posible, porque la re-significación no avanza hasta ese punto, y el enfermo permanece en su necesidad de mantener oculto el significado omitido, la interpretación que desenmascara el sentido de la enfermedad lo obliga a cambiar de trastorno. Existe, entre los dos extremos, toda una gama de resultados intermedios.

Quien posea cierta experiencia en el campo de la psicoterapia no dejará de percibir que la tarea resumida en estos cinco puntos está erizada de dificultades, y se preguntará si es, en verdad, posible realizarla con éxito en el tiempo breve que la ocasión requiere. Para averiguar si eso es posible, y para atestiguar que sí lo es, tenemos dos recursos. El primero, fundamental, proviene de la experiencia clínica. Se trata de hacer estudios patobiográficos cumpliendo con las reglas del "buen arte", y ver lo que sucede. El segundo, más apropiado para su discusión intelectual, proviene de comprender lo que sucede. Las apariencias inducen a creer que hay muy poca "palanca de cambio" en un procedimiento breve que, en este caso, debe luchar contra una resistencia intensa que mantiene muy lejos de la conciencia el significado interpretado. Sin embargo hemos de tener en cuenta otros factores que, a primera vista, pasan desapercibidos.

1) El interrogatorio biográfico que llamamos "anamnesis" es un acontecimiento muy particular: configura una ocasión radicalmente insólita en la vida de cualquier persona. Cuando se reúnen en una sola historia los distintos significados *concientes* que pueblan nuestra vida de recuerdos y deseos, *el conjunto adquiere una coherencia que se manifiesta como emergencia de un significado nuevo*. Sentarse a escribir, de "*motu* propio", sin la presencia de un interlocutor calificado, las respuestas a un cuestionario patobiográfico, es casi tan difícil como realizar el autoanálisis de un sueño.
2) El hecho de que *más de un psicoanalista* examine el mismo material, y discuta, *durante varias horas*, con uno o más colegas, *desde su particular manera de interpretar los hechos*, acerca de sus significados, permite un grado de elaboración mayor del que, habitualmente, puede alcanzarse, en un tiempo equivalente, en el psicoanálisis "longitudinal".
3) Durante la realización del estudio, que demanda muchas horas de reflexión, elaboración y discusión,

los miembros que integran el equipo se impregnan profundamente de las múltiples circunstancias que integran la significación de la historia del paciente, y esta impregnación, que compromete siempre sus propios afectos, otorga la convicción necesaria para que su interpretación sea auténtica. En las dos entrevistas finales, utilizadas para comunicar el resultado del estudio, que poseen el carácter de una intervención terapéutica, el enfermo percibe siempre la autenticidad del médico, que deriva de haber adquirido un conocimiento "vivencial" de su historia. Esta percepción del paciente, que no puede obtenerse mediante algún tipo de artificio, influye profundamente en la confianza que puede otorgarle a la interpretación propuesta.

4) El hecho de que dos médicos distintos, con el intervalo de una semana, realicen las dos entrevistas finales, facilita la reelaboración del tema. No sólo porque aporta dos maneras distintas de hablar de lo mismo, sino también porque, al desprender la interpretación de la figura de una determinada persona, para referirla a un equipo, le otorga el valor de un consenso.

5) El hecho de que la comunicación verbal, durante las entrevistas finales, se exprese en el lenguaje que se utiliza en la vida, y omita deliberadamente los términos que provienen de nuestra teoría, produce en el ánimo de quien las escucha fuera del contexto en el que fueron dichas, la impresión de algo inocuo, pero en la oportunidad para la cual fueron pensadas suelen ser más eficaces, y comprometen mayores afectos que las interpretaciones que, apelando continuamente a nuestra inteligencia, satisfacen mejor a nuestro intelecto. Sin embargo, este tipo de interpretación, al promover la intelectualización, es ineficaz para movilizar los afectos y vencer las resistencias.

Para concluir, presentamos una síntesis de lo dicho hasta aquí:

1. El psicoanálisis, tanto en su forma de proceso prolongado y "longitudinal", como en la forma "transversal" de una intervención breve y dirigida hacia un fin inmediato, es un procedimiento cuyo efecto terapéutico, en ambos casos, puede ser comprendido con una misma teoría.

2. La meta del procedimiento psicoanalítico es obtener un cambio en la significación de una historia. Este cambio, que equivale a una re-significación de los "hechos", sólo puede consolidarse como transformación irreversible, como cambio en el estado de una estructura, en la medida en que la sustitución del significado arrastra consigo una magnitud de afecto suficiente para otorgarle significancia.

3. El punto de apoyo privilegiado, en el procedimiento que se dirige a obtener una experiencia emocional mutativa, lo encontramos en la existencia, ubicua, de la transferencia. El instrumento que utiliza ese apoyo es un lenguaje que, cuando es eficaz, constituye el "lenguaje del cambio".

4. El lenguaje, que siempre es significativo, puede estar "vacío" o pleno de significancia. La significancia, que es, al mismo tiempo, el motor y la palanca del cambio, proviene de la capacidad de mantener presente el "vínculo" que existe entre el símbolo y el referente al cual alude.

5. Los conceptos metapsicológicos son símbolos que tienden a mantener en el mínimo la significancia afectiva de sus investiduras, a los fines de facilitar las permutaciones inherentes a su combinatoria operativa en el proceso de pensar. Los conceptos metahistóricos, por el contrario, ricos en la significancia y en las investiduras que son propias del lenguaje expresivo de la vida, se permutan entre sí con dificultad, y, por lo tanto, su operación es difícil, pero constituyen los elementos privilegiados del lenguaje del cambio.

IV.
Lectura para intelectuales

¿Qué es una idea?

Solemos decir que las ideas que un hombre piensa, expresa o comunica, son suyas, y cuando queremos significar que son distintas de las conocidas, solemos decir que son originales. Esta manera de pensar, según la cual los hombres poseen ideas que ellos mismos producen y que les pertenecen, proviene de considerar que las ideas "emanan" de un cuerpo material particular o, por lo menos, son el producto del funcionamiento de una instancia psicológica que llamamos "yo".

Cuando un hombre nace, se encuentra con un mundo lleno de ideas que "están allí", en la locomotora, en el piano, en el reloj, en la computadora y en el lavarropas. Todas estas ideas, aunque "están en el mundo", pueden ser referidas a una historia de ingenios humanos. Cuando contemplamos, en cambio, un submarino o un avión, no sólo vemos allí, presentes en ellos, las ideas que los constituyen como inventos del hombre: vemos también que son transformaciones de "la idea" pez o de "la idea" pájaro, y descubrimos que ambos animales también son "ingenios", como lo son el riñón, el mimetismo, la válvula cardíaca y la fotosíntesis. Es fácil, en este punto, afirmar que Dios, como un gran arquitecto, inventa a la manera de los ingenios humanos. Pero no me anima ahora ese propósito. Deseo subra-

yar que la idea, lejos de ser una emanación cerebral, existe en el universo tan primariamente como existe la materia, de modo que, desde este punto de vista, el cerebro, como el pulmón, es en sí mismo una "idea".

Este capítulo, dirigido a las personas que poseen una vocación intelectual, se propone mostrar que las ideas que vinculan a las seis historias del libro, forman parte de una compleja "red", o ecosistema "mental", interrelacionadas con otras, en un conjunto que habita nuestro entorno.

Psiquis y soma

Como deseo ser breve, reproduciré, de la manera más escueta posible, el pensamiento de diversos autores cuya solvencia en cada una de sus disciplinas es reconocida. Sin necesidad de mayores comentarios irán prestándose sentido, unos a otros, dentro de la imagen de conjunto que intento transmitir.

Recurriendo al ejemplo del gusano platelminto, que una vez seccionado transversalmente es capaz de formarse, a partir de su extremidad caudal, un nuevo cerebro y un nuevo par de ojos, Portmann (1968) se pregunta quién es ese "mismo" que se hace a "sí mismo" un cerebro. Weizsaecker (1950) señala que la fisiología (la fisiología cerebral inclusive, por supuesto) puede explicar el funcionamiento humano como la física puede explicar el funcionamiento del automóvil, pero ni una ni otra pueden decirnos lo más mínimo acerca de adónde quiere ir el "chofer". Al referirse a la cuestión de la dificultad de concebir la relación entre la mente y el cerebro, Sherrington cita las siguientes palabras de Kant: "Si me preguntaran cuál es el lugar del alma en el cuerpo, comenzaría a sospechar de cierta desviación en la pregunta" (Sherrington, 1940, pág. 254).

Ruyer afirma: "Si alguien, luego de haber estudiado todos los órganos [de un organismo vivo], se pregunta: '¿Pero dónde está el organismo?', plantea una cuestión absurda, mientras que no es absurdo que pregunte: '¿Dónde está, en el organismo,

el centro, o el centro de los centros de integración?'. Pero he aquí ahora la verdadera paradoja. Ingenua o no, razonable o no [...] en lo que respecta al centro de integración en sí mismo, se vuelve necesariamente una cuestión análoga a la 'cuestión ingenua': '¿Dónde está la unidad del integrador?', '¿Dónde está el integrador del integrador?' [...] y sin poder, naturalmente, responder. ¿Quién integra el aparato de integración? Éste no puede ser aún un aparato" (Ruyer, 1966, págs. 14-15).

Resulta abusivo, por lo tanto, aunque por hábito continuemos haciéndolo, decir que lo anímico, o la inteligencia, *deriva* del ejercicio del cerebro o del conjunto orgánico todo. Es más adecuado decir que lo anímico, o la inteligencia... *se manifiesta* en la existencia de los órganos o en su funcionamiento. La función, dice Ortega y Gasset (1946), no sólo "hace" al órgano, sino que, además, lo explica.

Psiquis y soma en el entorno viviente

Algunos de los nidos de las hormigas termitas son verdaderas "ciudades", de cuatro metros de altura por más de treinta metros de diámetro, acompañados de "suburbios" satélites, con cámaras de orientación adecuada para mantener el grado de ventilación y humedad necesario para su "ganadería" y "agricultura", ya que "ordeñan" pulgones y "siembran" vegetales (Thomas, 1974; Maeterlinck, 1923, 1930). Thomas (1974) relata que Grassé estudió el "acoplamiento cerebral" de las termitas, aislándolas y observando su conducta, cada vez más inteligente a medida que va aumentando su número. Sostiene que esas investigaciones permiten construir la hipótesis de que los cerebros de las distintas hormigas mantienen entre sí una relación semejante a la que mantienen las neuronas de un cerebro humano, y que el hormiguero, de este modo, cuando "se pone a pensar", funciona como un megacerebro con respecto a la hormiga. Hofstadter (1979), ocupándose de la inteligencia artificial, utiliza esa misma hipótesis acerca del hormiguero, en relación con

el tema de la interpenetración de distintos lenguajes y niveles de pensamiento. Koestler (1978) sostiene que el universo vivo está formado por un árbol jerárquico de partículas "bifrontes" que denomina "holones", las cuales, "hacia arriba" dependen, y "hacia abajo" gobiernan. Bateson (1972) se refiere a una "ecología de la mente" que vincula a todas las formas de lo vivo.

Thomas (1974) se pregunta si cuando camina por el bosque, es él quien "pasea" a sus células, o son sus células, o sus mitocondrias, quienes lo llevan a caminar para sus propios fines. Hofstadter y Dennet (1981) dedican un libro entero a este problema. No sólo se interrogan acerca del significado y la "sede" del yo: sus desarrollos, surgidos en el terreno de la inteligencia artificial, abarcan planteos acerca de la vida y la identidad que coinciden con otros realizados por Wiener (1964) y Clarke (1964).

La información se transmite a través de la materia

La cuestión esencial, similar a la que en su hora se plantearon Freud, Jung o Groddeck, consiste en considerar la pequeñez relativa del yo conciente frente a la magnitud de una vida inconciente que no se rige por los límites que, acerca de la identidad individual, trazamos desde la conciencia.

Tanto la teoría general de los sistemas, creada por Bertalanffy (1979), como la informática moderna, no solamente han avalado el concepto, ya postulado por Freud, de que lo psíquico puede existir privado de la propiedad de la conciencia, sino que nos han acostumbrado a la idea de que lo psíquico puede "inyectarse" o transferirse de uno a otro sistema (Wiener, 1964; Clarke, 1964; Hofstadter y Dennet, 1981).

Schrödinger (1947), intentando profundizar en el conocimiento de lo que distingue a los organismos vivos, subraya que la capacidad de adquirir entropía negativa es de fundamental importancia. El concepto de entropía negativa, que es uno de los conceptos básicos de la ciencia física, alude a un tipo de "orde-

namiento" que sólo de un modo secundario se relaciona con la energía interna del sistema. La entropía no es energía, es el grado de desorden. ¿Qué significa entonces lo que afirma la segunda ley de la termodinámica, cuando establece que el universo tiende al desorden? Entre todos los estados equiposibles de relación recíproca que los libros de mi biblioteca pueden adquirir, hay solamente unos pocos que denomino orden, y por esta razón, *que no es de naturaleza física sino psíquica, el orden es improbable* con respecto al desorden, o, dicho en otros términos, el mundo tiende espontáneamente al desorden, que se denomina ganancia de entropía. Charon (1977) considera que en el universo de las antipartículas la ganancia de entropía negativa, a la inversa de lo que ocurre en "nuestro" universo, es constante, y asimila estas características a las del universo psíquico, sosteniendo que dentro de este último universo la memoria es completa e imborrable.

La forma, el orden, la entropía negativa, es decir, la información, es una cualidad psíquica, no física, aunque se halle privada de conciencia y viaje transportada en la materia. Aunque se halle privada de aquello que llamamos "vida", es tan psíquica como lo son las obras completas de Shakespeare en el anaquel polvoriento de una biblioteca olvidada.

De modo que, así como puede inyectarse la inmunidad, que es una forma de memoria, una droga "contiene" en su "interioridad", vehiculizada por su configuración química o atómica, una fantasía psíquica inconciente, que no sólo puede ser hipotetizada por un farmacólogo "psicosomático" a partir de su acción farmacológica, sino que también puede ser a veces intuitivamente anticipada a partir del efecto producido por sus parientes químicos cercanos. Equivale a lo que Laborit (1979) denomina información-estructura, por oposición a la información-circulante.

Bateson (1979) sostiene que aquello que se manifiesta en la evolución de las formas vivas es una idea. Wasserman (1961) aplica una teoría físico-matemática de campo a la comprensión de los fenómenos socio-psicológicos y de percepción extrasensorial. Rattray Taylor (1982) afirma que, más allá de la tesis darwiniana, debemos reconocer que asistimos a la emergencia de estructu-

ras funcionales *repetidas* en animales de las más diversas líneas evolutivas, como si se conservaran en una memoria "independiente" de la evolución de una especie. Así ocurre, por ejemplo, con el ojo del pulpo, similar, en su estructura fundamental, al ojo del hombre. Podemos recurrir aquí a la metáfora de una fábrica con distintas líneas de montaje para otros tantos aparatos, pero con piezas estructurales similares o idénticas, que responden a los mismos conceptos en las diversas líneas. Hoyle (1983) parte de la misma idea y ubica la inteligencia "fuera" del hombre, en la evolución de la vida entera en su conjunto. Sostiene que los genes son unidades autosuficientes, que se combinan e integran, según los distintos lechos ecológicos, en las unidades mayores que forman las distintas especies animales y vegetales. El conocido libro de Dawkins (1979), *El gen egoísta*, plantea una hipótesis similar.

Berry (1983), estudiando los nuevos desarrollos de la inteligencia artificial, discute, una vez más, la posibilidad de que la humanidad pierda el gobierno de sus destinos y pase a quedar "dominada" por computadoras más inteligentes que el hombre. Paralelamente al crecimiento de la capacidad "mental" de los *chips* ha ido disminuyendo progresivamente su tamaño. El tamaño de una computadora actual se debe a que sus "órganos" de entrada y salida deben ser diseñados acordes con las dimensiones humanas: si sólo tuviera que comunicarse con otras, ocuparía el espacio de un grano de arena. Si tenemos en cuenta la cantidad de "ingenios" naturales que el hombre ha "copiado" sin saber que lo hacía, bien podría ocurrir que en el proceso de construcción de los *chips* estuviéramos "reinventando", inconcientemente, a los genes.

¿Cómo se adquiere el conocimiento?

Bateson utiliza la palabra "epistemología", en un sentido muy amplio, para referirse a "cómo podemos nosotros conocer cualquier cosa", y aclara: "En el pronombre 'nosotros' incluyo, por supuesto, a la estrella de mar y al bosque de pinos, al hue-

vo en segmentación y al Senado de los Estados Unidos. Y en 'cualquier cosa' que estas variadas criaturas conocen incluyo 'cómo crecer en una simetría pentagonal', 'cómo sobrevivir a un incendio forestal', 'cómo crecer y conservar sin embargo la misma forma', 'cómo aprender', 'cómo escribir una Constitución', 'cómo inventar y conducir un automóvil', 'cómo contar hasta siete', y así sucesivamente. Maravillosas criaturas con conocimientos y destrezas casi milagrosos" (Bateson, 1979, pág. 4).

Bateson piensa que este "saber cómo" de la inteligencia es algo más que racionalidad, y que incluye esa amalgama de importancia y sentido que constituye a la historia. Afirma: "pensar en términos de historias [*stories*] debe ser compartido por todo psiquismo o psiquismos, tanto el nuestro como el del bosque de pinos o el de la anémona de mar".

"Contexto y pertinencia no sólo deben ser características de todo aquello que llamamos conducta (esas historias que son proyectadas afuera en 'acción'), sino también de todas las historias internas que son secuencias en la edificación de la anémona de mar. Su embriología debe estar hecha de la sustancia de las historias" (Bateson, 1979, págs. 12-13). Debe haber pertinencia en cada paso de la filogenia y aun entre los pasos, en un proceso evolutivo que llega hasta el hombre. Por eso podemos decir junto a Próspero: "Estamos hechos de la sustancia de que están hechos los sueños".

En opinión de Bateson, los sueños son sólo fragmentos de esa sustancia, como si la sustancia de la cual estamos hechos fuera transparente y por lo tanto imperceptible, y como si sólo pudiéramos notar su presencia en los cortes y planos de fractura de esa transparente matriz. Sueños, percepciones e historias son quizás rupturas e irregularidades en esa matriz uniforme e intemporal. El contexto, sostiene Bateson, se halla ligado con otra noción indefinida llamada "sentido". Sin contexto, las palabras y las acciones no tienen sentido. En embriología, la primera definición debe darse siempre en términos de relaciones formales. El crecimiento y la diferenciación deben ser controlados por la comunicación. Las formas de los animales y plantas son, pues,

transformaciones de mensajes. El lenguaje es en sí mismo una forma de comunicación. La anatomía debe contener una analogía de la gramática, porque toda anatomía es la transformación de un mensaje material que debe ser contextualmente formado. Finalmente, aclara Bateson, formación contextual es sólo otro término para la gramática.

Portmann (1968) expone, con la solvencia de quien ha dedicado una vida a la zoología, conclusiones originales con respecto a las formas, colores, transparencias, opacidades y dibujos que, en el cuerpo de los animales, determinan su aspecto exterior. Retomando una línea de pensamiento que se remonta, entre otros orígenes, a las diferencias teóricas que, acerca de los colores, separaron a Newton y a Goethe, considera que, más allá de la explicación utilitaria en términos de mimetismo o de cualquier otra función de adaptación, son un fenómeno "*propio*", es decir que poseen el sentido de una *presentación*, o de una *autorrepresentación simbólica* que el animal realiza acerca de sí mismo.

El lenguaje en el cuerpo

Ruyer (1974), desde el campo de una filosofía que se apoya en los descubrimientos científicos de los últimos años, describe un lenguaje "matricial" análogo al postulado por Freud (1911*c* [1910]*) y por Chomsky (1975, 1980), al que considera, si no "genético", al menos "contemporáneo" de las estructuras orgánicas. Analiza la función del cerebro como un órgano especializado en la materialización no corporal de "herramientas", órgano que evita de este modo el comprometer de manera irreversible a la estructura anatómica en el desempeño de ciertas tareas. Afirma que todo órgano natural posee, al lado de la subsistencia física que le corresponde como entidad material y energética, una *subsistencia semántica* que trasciende a la primera y es de otro orden. Una palabra no subsiste fundamentalmente por la mera duración de la tinta que la perpetúa en un diccionario, sino que depende esencialmente de la existencia y la

voluntad de un hablante y una ocasión, que la generan en cada pronunciamiento individual. Análogamente, los órganos vitales, o los organismos mismos, poseen una continuidad semántica que trasciende su subsistencia física particular y se manifiesta como pronunciamiento en cada acto procreativo. Al lado de la subsistencia física de *un* ojo y *una* mano particulares, existe, por lo tanto, una subsistencia semántica, inherente y específica, que constituye a *el* ojo y a *la* mano como entidades dotadas de un significado propio. Al mismo tiempo trascienden la existencia física de *ese* ojo y *esa* mano en su capacidad de perdurarlos en *otro* ojo y *otra* mano semejantes, los cuales, a pesar de ser otros, son sin embargo "el mismo".

Podemos agregar que estas entidades o fantasías pertenecen a la existencia física particular de *un* ojo y de *una* mano, de un modo semejante a como, de acuerdo con la teoría psicoanalítica de las zonas erógenas, las fantasías orales "pertenecen" al órgano "boca". Si aceptamos que cada parte del cuerpo equivale a una fantasía inconciente con un significado propio, comprendemos mejor a Weizenbaum (1976) cuando, describiendo las diferencias que existen entre la inteligencia artificial y la mente, sostiene que la comprensión de un significado humano requiere la participación del conjunto entero de la estructura orgánica del hombre.

Freud afirma (Freud y Breuer, 1895*d*[*]) que tanto la histeria como el lenguaje extraen tal vez sus materiales de una misma fuente inconciente. Es esta fuente inconciente, universal y congénita, el "lugar" en donde *el lenguaje es un órgano natural* que se desarrolla en un contexto cultural que lo acota pero no lo crea (Chomsky, 1975, 1980), a la manera en que un esbozo embrionario se realiza en un campo epigenético (Waddington, 1968), y *el órgano natural se arraiga en una subsistencia semántica que lo trasciende*.

Vemos que la "secuencia intencional", el sentido, que denominamos "historia", no sólo vincula al seudopodio de la ameba, generado para cada ocasión, con la subsistencia semántica de la mano que apresa, sino también con la capacidad que posee el hombre cerebral para exteriorizar "herramientas" tales como el avión, la rueda o la bandera, sin comprometer irreversiblemen-

te la estructura orgánica de su cuerpo físico. Gran parte de esta capacidad generativa, que es a un mismo tiempo instrumental y simbólica, exige sin embargo un compromiso somático, no siempre reversible, que se ejerce muchas veces más allá de la función "normal", configurando lo que llamamos "trastorno".

La cuestión cuerpo-mente desde la óptica de las ciencias físicas

Tanto Schrödinger (1956) como Morowitz (1981) sostienen, a partir del principio de indeterminación de Heisenberg, que el fenómeno llamado "conciencia" constituye una parte inseparable del universo que el físico estudia. La mente humana suele ser "explicada" en términos del sistema nervioso, y la neurofisiología en términos de la física atómica, pero la física cuántica exige, por fin, en su formulación actual, incluir a la mente como un componente primario del sistema en estudio. El problema "psicosomático" se ha introducido, pues, en la física. Eugene Wigner, premio Nobel de física, ha escrito, por ejemplo, un ensayo titulado "Comentarios sobre la cuestión mente-cuerpo" (Hofstadter y Dennet, 1981). Esta cuestión ha sido también encarada por el matemático René Thom (1988).

Weizsaecker (1946) señala, a partir de sus experiencias en neurofisiología, que todo acto biológico está constituido por la unión inseparable de percepción y movimiento, ya que ambas funciones se implican mutuamente. Para moverse es necesario percibir, y para percibir es necesario moverse. Pero ambas funciones *se excluyen*, *recíprocamente*, *de la conciencia*, como si para contemplar una de ellas hubiera que "invertir la dirección de la mirada" con la cual se contemplaba la otra. Podría decirse que lo mismo que señala Weizsaecker ocurre con la interpretación del fenómeno biológico, en términos de materia o historia, de mecanismo o sentido.

Turbayne escribe: "trataré los sucesos de la naturaleza *como si* constituyeran un lenguaje, convencido de que el mundo pue-

de 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 'signos', 'cosas significadas', 'reglas de gramática', etcétera, en lugar del vocabulario propio de las máquinas, consistente en 'partes', 'efectos', 'causas', 'leyes de operación', etcétera, para describirlo" (Turbayne, 1974, pág. 91). Tomando como ejemplo el fenómeno de la visión, muestra cómo es posible interpretarlo como un "*more* lingüístico", en lugar de utilizar el "*more* geométrico" con el cual habitualmente se lo interpreta.

Símbolo y sentido

La explicación en términos de mecanismos se rige por leyes lógicas y criterios de evaluación que establecen jerarquías de verosimilitud entre las distintas explicaciones. La comprensión en términos de sentido plantea, en cambio, otros problemas. Es necesario determinar con qué tipo de lenguaje, y con que código, se interpretará, pero, sobre todo, es necesario elegir entre la multiplicidad de sentidos.

La necesidad de interpretar surge porque el signo, *indicador* de una presencia, sólo es una parte del objeto presente. Y también porque el símbolo (Langer, 1941), como el actor de teatro (Ortega y Gasset, 1946), se presenta para *representar* a un *particular* ausente. El psicoanálisis ha mostrado que la relación, aparentemente convencional y arbitraria, entre el símbolo y su referente, esconde siempre una identidad de origen inconciente y reprimida. Los estudios de Jakobson (1963) sobre vocales "claras" y "oscuras" marchan, desde otro ángulo, en la misma dirección.

Todorov (1967) destaca que, en la actividad de los hablantes, el sentido directo o literal tiene muy poca importancia, y que la interpretación "correcta" proviene siempre de un sentido indirecto. Así, por ejemplo, en el campo real de un diálogo "vivo", la frase "hace frío" puede significar el mensaje: "cierra la ventana".

Ricoeur (1965) señala que la interpretación constituye una actividad hermenéutica, puesto que el sentido que posee la mayor significancia suele estar oculto y exige el arte de la revelación. Freud, al descubrir la importancia ubicua de la represión, llama nuestra atención sobre el hecho de que la interpretación debe dirigirse hacia la búsqueda de un *segundo* sentido, inconciente y resistido.

La multiplicidad de sentidos plantea, pues, una dificultad. Bateson (1972), investigando en la génesis de la esquizofrenia, se ocupa de los elementos metacomunicativos que orientan hacia la significancia desde códigos distintos del lenguaje verbal, y subraya la dificultad de elección que surge de la discordancia entre los mensajes transmitidos por los distintos "lenguajes", discordancia que configura un tipo de falsedad o inautenticidad que es común en la psicopatía. La situación inversa se produce en una buena obra de arte, en donde el sentido se refuerza con una concordancia que proviene desde "fuera" del lenguaje principal. Se produce entonces lo que Gombrich (1966) llama una "redundancia extrasistemática". Racker (1958) señala que la mayor permeabilidad que posee el preconciente del psicoanalista, gracias a que su formación psicoanalítica lo entrena en la tarea de vencer su propia represión, le permite *utilizar* la contratransferencia para detectar el "punto de urgencia", es decir, el lugar en donde reside la mayor significancia del sentido. Bateson (1979) utiliza la metáfora del "*moiré*", que es un tejido en el cual el dibujo de dos tramas superpuestas conforma una tercera, para referirse a un valor "iluminador", que surge cuando la "superposición" de los modelos de dos sectores diferentes de la realidad permite descubrir un metamodelo, distinto, que opera en una realidad más amplia.

¿Hasta qué punto es posible conocer la realidad?

Si bien es cierto que la relación entre el símbolo y el referente no es equívoca, dado que, como la etimología suele demostrar, ambos poseen una comunidad de origen, la enorme riqueza y complejidad de las permutaciones y combinaciones

simbólicas, que opera en el universo humano, conduce a que la multiplicidad de sentidos sea una posibilidad constante. El problema de cuál es la interpretación "correcta" coincide entonces con una cuestión epistemológica general: ¿cuál es nuestra posibilidad de conocer la "realidad"? Nuestro conocimiento del territorio sobre el cual nos movemos será siempre un mapa determinado por la limitación de nuestros órganos sensoriales, por la superficie sobre la cual dibujamos, por los instrumentos que utilizamos para hacerlo, y por el código con el cual "representamos". Esto equivale a decir que todo mapa es siempre incompleto. Sin embargo, entre todos esos "mapas", siempre hay uno que elegimos para poder "caminar", siempre hay uno en el cual creemos, y es a ese mapa que solemos llamar "realidad". Es por este motivo, al cual Watzlawick (1976) dedica un libro entero, que una función fundamental de la psicoterapia es investigar "cuán real" es la "realidad" en la cual vive el paciente. Weizenbaum (1976) señala que al hombre que lleva un martillo en la mano todo el mundo se le antoja un clavo. Todorov (1967) subraya el poder "mágico" de la palabra, señalando que toda palabra, en tanto interpretación de la realidad, *crea* efectivamente el tipo de referente al cual alude, como el deseo crea a su objeto. Y que este poder "genético" de la palabra, que opera sobre la realidad, aumenta a medida que avanzamos desde el discurso secreto, o privado, hacia el discurso público.

¿Qué existe más allá de ese mapa? El desarrollo de los rayos láser ha permitido que pudiera implementarse un medio de "fotografiar" la realidad que se denomina "holografía". Su peculiaridad consiste en que cada parte de la representación obtenida posee la capacidad de reproducir el todo, es decir, lo contiene. De modo que si perdemos la mitad de una fotografía holográfica, no nos quedaremos con la mitad del objeto representado, como sucedería con una fotografía común, sino con una representación más débil del objeto completo. Pribram (Wilber, 1984) afirma que el sistema nervioso representa, en cada una de sus partes, de un modo "holográfico", su mapa completo de la realidad. Bhonn (Wilber, 1984) sostiene que el

universo entero es un "holograma", en el cual cada una de sus partes, por pequeña que sea, es una representación del todo, y que no existe más "territorio" que esa trama autoholográfica que funciona como el holograma de un holograma.

El instrumento psicoterapéutico que denominamos "interpretación" no necesita perseguir la certeza de una última verdad, sino operar con *acierto* sobre el mapa vigente. Todorov (1967) señala que la decisión de interpretar debe nacer de la percepción de un contrasentido, y *cesar* cuando se restablece, transitoriamente, la unidad en el sentido. Todo discurso y todo pensamiento es ficción, metáfora y rito, pero también, como señala Bateson (1954), es sacramento, ya que es imposible vivir sin invertir la vida entera en algún pensamiento.

El carácter atemporal de las historias cuyos "argumentos", sempiternos, constituyen el fundamento de lo que denominamos "significación", concuerda con una transformación actual del pensamiento que lo conduce "más allá" de la lógica, y que ha sido señalada por diversos autores (Gebser, 1950; De Bono, 1967, 1969; Arietti, 1964, 1976; Chiozza, 1970*b* [1968], 1978*b*; Green, 1972). Hofstadter (1979) encuentra en las construcciones autorreferenciales de Gödel, y en los ciclos de un tiempo recursivo que se observan en Escher y en Bach, la presencia de una concepción temporal que "no cabe" dentro de una conceptualización crono-*lógica*.

Bateson (1979) imagina un diálogo con una computadora del futuro. Cuando preguntan a la máquina si es capaz de pensar como un hombre, contesta: "esto me hace recordar una historia". Será útil, pues, reproducir, a manera de síntesis, una "historia" de Uexküll (1934, págs. 37-38):

> En el tiempo en que Brasides de Metaponto dominaba como exarca en la India, celebróse una gran reunión religiosa, en la que brahmines y budistas disputaban acerca del ser del alma. El príncipe griego [...] se mofaba de los sabios de Oriente, que conversaban con tanto ardor de cosas invisibles. Entonces se adelantó un brahmín y dijo:
> –Exarca, ¿por qué crees que el alma es invisible?
> El príncipe se rió y dio por respuesta:

–Lo que yo veo es tu cabeza, tu cuerpo, tus manos, tus pies... ¿Acaso tu cabeza es tu alma?
–No –respondió el brahmín.
–¿O tu cuerpo, o tus manos, o tus pies?
Siempre tuvo el brahmín que responder que no.
–Entonces, ¿accedes a que el alma es invisible?
–Señor –respondió el brahmín–, eres un príncipe poderoso, de fijo que no habrás venido a pie hasta aquí. ¿Viniste a caballo o en coche?
–Vine en coche –dijo sorprendido el exarca.
–¿Es invisible tu coche? –preguntó el brahmín.
–En modo alguno –dijo riéndose el exarca–. Allí está, visible para todo el mundo, con cuatro blancos caballos árabes enganchados a él.
–¿Es la lanza el coche? –preguntó el brahmín, imperturbable.
–No.
–¿O las ruedas, o el asiento?
El exarca siempre tenía que responder que no.
–Ruedas, asiento y lanza los veo bien –dijo el brahmín–. Al coche no puedo verlo porque es invisible.

V.
Lectura para empresarios

La medicina actual no sólo ha descubierto la penicilina, los efectos del estrés, la tomografía computada, el transplante cardíaco, la cirugía con rayos láser o los anticuerpos monoclonales. También ha comenzado a descubrir que las enfermedades físicas son manifestaciones de un drama, oculto, que compromete la vida entera del enfermo. A veces podemos hacer desaparecer los síntomas de una enfermedad sin que la enfermedad misma haya mejorado. De un modo similar, cuando la enfermedad "desaparece" por haberla "aislado" y "combatido", como si se tratara de un problema que sólo afecta a una parte de la estructura física del hombre, el drama que se oculta en ella suele, casi siempre, empeorar. El caso del enfermo que, una vez operado con éxito de un antiguo trastorno de su vesícula biliar, cuando ya podía "estar tranquilo", debe cambiar de especialista para tratarse la hipertensión arterial que le ha surgido, es tan típico como el de la persona que se enferma inmediatamente después de haberse jubilado. Por este motivo, y aunque a primera vista pueda parecer extraño, el conocimiento de lo que una enfermedad concreta significa como "capítulo de la biografía" de un hombre, suele ser más importante que obtener su alivio.

Las historias que este libro contiene muestran que el drama que la enfermedad oculta lleva siempre, implícita, una interpretación de la realidad que rodea a la vida. Esa interpretación

es un "mapa" del mundo, cuyo "estilo", en su mayor parte, se adquiere en la infancia, pero cuyos efectos se van consolidando durante el transcurso de la vida, hasta culminar, para bien o para mal, en un determinado punto. La importancia de comprenderlo así es muy grande, porque si el "territorio" que el hombre recorre contiene alternativas que son buenas y malas, su suerte depende, fundamentalmente, del mapa que lleva en la mano. La psicoterapia opera llevando a la conciencia del paciente *la singularidad* de su interpretación del mundo, y lo faculta, así, para reconstruir el "mapa" con el cual enfrenta su realidad cotidiana. Se explica de este modo que, aunque sus problemas sean "reales", la psicoterapia pueda ayudarlo.

La realidad que este libro intenta transmitir es una realidad "a contrapelo". Para llegar a ella debemos invertir la dirección hacia la cual, habitualmente, se apunta la mirada. Estamos acostumbrados a pensar en términos de causas y de efectos, operando entre hechos que se ven y que se tocan. La ciencia, que es la hermana mayor de la técnica, celebra en nuestra época sus mayores éxitos. La espiritualidad en el intelecto humano, en cambio, se ha desprestigiado, y la palabra "filosofía" ha llegado a ser considerada como sinónimo de vagas abstracciones. Pero nos encontramos con que en todas partes hay crisis. No sólo en la fábrica, en el hospital, en la familia o en la escuela, sino también en los problemas del mundo. Una crisis profunda, frente a la cual intuimos que no bastan las soluciones que llamamos "prácticas".

La cultura humana es el producto del ejercicio de dos facultades, la palabra y la mano. El hombre ha adoptado la posición "erguida". Por este motivo, y porque puede oponer el pulgar al resto de los dedos, su mano es un instrumento capaz de empuñar una herramienta. Durante una época bien definida del desarrollo humano, la tarea magna consistió en transformar la inermidad del hombre, frente a la naturaleza, en poder. Mano, herramienta, técnica, ciencias naturales y lógica son los jalones de ese desarrollo. El poder técnico del hombre, que es hoy conmovedor, "superó", en muchos aspectos, la producción óptima

desde el punto vista económico, precipitándonos en multitud de efectos colaterales, como la contaminación del ambiente y las necesidades artificiales de consumo, que constituyen, en nuestros días, un constante motivo de preocupación. En ese mundo técnico, el norte de nuestra vida, racionalmente encarada, se caracteriza por la idea de que el progreso y el bienestar dependen, fundamentalmente, de la adquisición y el dominio de las cosas, y por una tendencia "lineal" hacia esos fines (Bateson, 1972; Waddington, 1977).

El hombre actual, como producto de su éxito en el trato con las cosas, de su "saber cómo" se hacen las cosas, que lo inclina a contemplar cada libro como si fuera un "manual", sucumbe muy a menudo a la tentación de "manipular" los valores, de tratar a las distintas importancias como si fuesen cosas. En su afán de poder con los valores, utiliza con ellos las mismas maneras que utiliza con las cosas. El dinero, los títulos, sean universitarios, de nobleza o de propiedad, o los contratos legalmente establecidos, se trate de un acta matrimonial o de la Constitución Nacional, no son, en sí mismos, valores; solamente son representantes materiales de los valores abstractos e ideales a los cuales se refieren. Sin embargo, en nuestra época tendemos a comportarnos con esos "documentos" como si fueran concretamente los valores que representan. Conservamos de este modo la ilusión de que podemos recurrir para su trato al enorme recurso de la técnica, la ilusión de que podemos "manejar" los valores, adquirirlos y atesorarlos como si se tratara de cosas.

De este modo se pierden los valores genuinos, y el mundo se va llenando de "cosas", aparentemente valores, que terminan por perder su valor, y, con ello, una vida llena de cosas sin importancia pierde su sentido.

No sólo se hace con la mano, también existe el poder transformador de la palabra. Puede construir o destruir, unir o separar, calmar o doler, reparar o dañar, absolver o condenar. La palabra pertenece al universo del motivo. Es el único acceso al mundo de la historia, que es el mundo de la importancia y del

sentido. Cuando la palabra evoca, o señala, dibuja una figura sobre un fondo, y al hacerlo "inventa" esa figura. La palabra *produce* lo que nombra. Sin la palabra justa, la cosa designada es "otra cosa", que fue nombrada ayer, y su importancia es distinta. Así como el ejercicio de la mano evoluciona hasta engendrar el mundo de la técnica, representado en el *cómo* se hace, la función de la palabra genera el universo del significado, representado en el *por qué* y *para qué* se hace.

Hoy suele confundirse el significado con la información, el valor con el costo, la experiencia de comunicación con los medios que se usan para lograrla, la amabilidad con las relaciones públicas, la generosidad con la promoción, la ética con la diplomacia, la política con la lucha por el poder, la tolerancia con la astucia, la resignación con el fracaso y la trascendencia con la ambición. ¿Por qué sucede esto? Creo que, aunque parezca extraño en una época en la cual abundan los periódicos, los libros, los informes y los discursos, carecemos de un número suficiente de palabras adecuadas, auténticamente cargadas de sentido.

A medida que el hombre ha dominado al espacio en el cual habitan los cuerpos materiales, el tiempo, degradado a una mera crono-lógica cuyo transcurrir *deteriora a la organización de la materia*, se le ha vuelto cada vez más amenazante. Si el espacio y la materia se han transformado en los amigos del hombre, el tiempo y las ideas, que se resisten a la "manipulación" técnica, se le han convertido en los representantes naturales del peligro.

En cada hombre se mezclan, en proporción desigual, el artista, el intelectual y el ejecutivo. El empresario, sea industrial, militar, ganadero, gobernante, operario, comerciante o funcionario, suele ser una persona en la cual predomina el hombre de acción, el ejecutivo, el hombre que emprende, que es capaz de realizar. Esto equivale a decir que es un hombre acostumbrado a no apartarse de la realidad, por más adversa que esa realidad sea. Precisamente por esto conviene señalar que las seis historias que componen este libro intentan reproducir una realidad cotidiana. Es cierto que se trata de una realidad oculta, a la cual no se llega por un camino fácil, pero es una realidad que,

como cualquier otra, no deja de operar por el hecho de que no alcancemos a verla.

El drama que se oculta en toda enfermedad nos enseña que vivimos siempre, lo sepamos o no, para alguien a quien dedicamos lo mejor de cuanto hacemos, y que llevamos dentro nuestro una vocación de trascendencia, cuya insatisfacción nos arruina. Los proyectos egoístas son ilusiones superficiales que ocultan nuestro anhelo de compartir el bienestar. No sólo provienen de un malentendido que tiende a privar de sentido a nuestra vida, sino que son insuficientes para desarrollarla en salud o en la plenitud de su forma.

Suele decirse "no sólo de pan vive el hombre", y es cierto, porque en nuestro interior existe un anhelo de convivencia humana y de trascender los límites de nuestra existencia personal, que no se satisface con bienes materiales. Cuando descubrimos que la enfermedad se manifiesta como insatisfacción de ese anhelo, comprendemos que la medicina también es una empresa. Una empresa de cultura y cordura que todos podemos compartir...

VI.
Lectura para literatos

Podría parecer innecesario escribir un capítulo para literatos, ya que las historias que el libro contiene intentan apelar directamente, sin introducción alguna, a ese tipo de sensibilidad que todos compartimos en alguna medida, y que alcanza su mayor desarrollo en el hombre que se dedica al arte. Me arriesgo así a despertar la sospecha, en los hombres de ciencia, de que una ambición ajena al campo de mi tarea específica me aparta innecesariamente de la escueta exposición de los hechos que surgen de la experiencia clínica. Ocurre, sin embargo, que los hechos que me propongo describir –como Freud, casi a su pesar, descubrió ya durante la redacción de sus primeros historiales– son inseparables de un tipo de narración que tiene todas las características de la literatura.

Nada tendría que decir, pues, a los literatos, si no fuera porque hay una cuestión fundamental que queda en pie. Umberto Eco sostiene que el efecto poético surge de la capacidad del texto para generar lecturas distintas sin agotarse jamás completamente. Precisamente porque concuerdo con su apreciación, me parece necesario aclarar, ante quienes poseen una inclinación literaria, cuál es el sentido de la manera en que relato las historias que componen este libro.

Un hombre se enferma porque se oculta a sí mismo una historia cuyo significado le es insoportable. Su enfermedad,

además, es una respuesta simbólica que procura, inconcientemente, alterar el significado de la historia, o, lo que es lo mismo, su desenlace.

Las seis enfermedades que presentamos en este libro son, pues, seis historias distintas, y cada una de ellas exige, como respuesta, una distinta simbolización corporal. Todas pertenecen, como es inevitable, al enorme repertorio de temáticas, recurrentes y sempiternas, de las cuales disponemos los seres humanos. Por lo tanto son típicas, es decir, universales. Sólo así podemos comprender el sentido de una historia, en la medida en que somos capaces de compartir, desde nuestras propias experiencias vitales, su significado.

Los ingleses poseen en su idioma dos palabras diferentes, *story* y *history*, que nos permiten distinguir entre la significancia (grado de significación) de un relato atemporal y la ordenación crono-lógica de una secuencia pretendidamente objetiva.

Dijimos ya que un hombre enferma porque no puede soportar su historia. Pero esta historia, que un hombre no puede soportar y que "lo enferma", su historia "entera", es inconmensurable y, por esta misma razón, incognoscible. Porchia decía que las verdades son como caminos, pero que son como caminos que sólo conducen a otros caminos. Las historias, como las cajas chinas, se contienen unas a otras interminablemente. Pirandello, en su *Seis personajes en busca de un autor* (1921), nos enfrenta de manera magistral con la necesidad de renunciar, de una vez para siempre, a la pretensión de una historia verdadera. Pero ¿no nos otorga acaso de este modo la posibilidad de comprender que cada historia merece el respeto de nuestra credibilidad, porque "en sí misma", en tanto interpretación de la realidad, no puede dejar de ser un fragmento de la verdad buscada?

Los enfermos cuya "historia" en estas páginas narramos pusieron su vida entera en esa historia, y, de acuerdo con ella, se enfermaron. ¿Aquello que ayer nosotros comprendimos, y hoy yo cuento, es su versión de los hechos o es la nuestra? La respuesta a esa pregunta tiene muy poca importancia, porque

ya no buscamos en los datos de la memoria conciente "lo que realmente aconteció", sino que nos interesa el pasado que está vivo en la actitud y en la manera de vivir el presente. Las seis historias que en este libro relato, como ocurriría con cualquier otra historia que pudiera narrar, no pueden ser la interpretación definitiva de la vida de un hombre. Son el producto del haber interpretado el sentido "lingüístico" de otras tantas alteraciones del cuerpo. Mientras, en nuestro diálogo con el enfermo, comprendíamos el significado del trastorno corporal, el significado de su historia cambiaba. Integrar dos significaciones contradictorias, cuya incongruencia se manifiesta como sufrimiento, sea psíquico o físico, implica siempre trascenderlas en una unidad de sentido distinta y más amplia. La próxima vez que, con el mismo paciente, volvamos sobre "los mismos" años, cosas, personas o "hechos", inevitablemente será otra "su" historia. Pero nos propusimos interpretar el sentido de la enfermedad, no el de la vida, y algo nos ha quedado en la mano. Conocemos ahora el *leitmotiv*, el *libretto*, el argumento, que es propio de cada una de las enfermedades narradas.

Segunda Parte

VII.
Un dolor que no vale lo que vale la pena

El traumatólogo, con el ceño fruncido, volvió a mirar, una vez más, la placa. El cuadro, al principio, parecía claro, pero el dolor en la mano no había cedido. El espacio entre la quinta, sexta y séptima vértebras se veía disminuido, de modo que era posible sospechar un pinzamiento del nervio mediano. Los recursos habituales, uno tras otro, ya se habían agotado. Analgésicos, antiinflamatorios, miorrelajantes, sedantes, calor local, reposo, collar inmovilizador del cuello... Había un punto que lo desconcertaba, la anestesia local del plexo braquial había sido efectiva, no cabía duda, así lo demostraban las pruebas de sensibilidad en la mano, pero el alivio del dolor era incompleto. De todos modos, la angustia y la desesperación del paciente, unidas a la conducta de la familia, pronosticaban todo género de dificultades. Fue entonces, mientras pensaba que las cosas se presentaban difíciles, cuando se le ocurrió la idea: era conveniente que lo viera un psicoterapeuta.

Alfredo no podía dormir... el dolor, enloquecedor, no lo dejaba en paz. Le quemaba en la punta del pulgar, el índice y el dedo medio de la mano derecha. Sólo se aliviaba algo cuando levantaba el brazo, colocando la mano abierta, con la palma hacia adelante, encima de la cabeza, en una posición que el traumatólogo había llamado "antiálgica". Al principio pensó que le calmaría con los medicamentos, pero, hasta ahora, nadie había acertado con su enfermedad.

¡Era lo único que le faltaba! Hay épocas en que el destino se ensaña con uno... La mala racha ya lo había perseguido una vez, cuando, poco antes de abandonar la facultad de ingeniería, la cara se le había llenado de granos. Se sentía mal en todas partes, y no había fiesta en la cual no sintiera que le sobraban las manos... Fue entonces cuando Érika se presentó en su vida...

Nunca pensó que ella se casaría con él. Una diosa rubia inalcanzable, que, por obra de maravilla, descendió a la tierra para compartir su cama, dejándole tocar el cielo con las manos... Pronto nació Ignacio, y, dos años después, Denisse. Érika organizaba todo y estaba satisfecha con el departamento que habían alquilado... En aquella época él tenía un buen trabajo, vendía bien y cobraba buenas comisiones. Pudieron cambiar los muebles y comprar el auto...

¿Qué sucedió después?... ¿Por qué las cosas se fueron complicando?... Muy pronto el dinero comenzó a faltar. ¿Era que ganaba menos... o que gastaban más?...

Mientras tanto los hermanos de Érika se habían hecho ricos. Cuando entró, por fin, a trabajar con ellos, lo hizo lleno de ilusiones. Le habían dado una oportunidad de progresar... Érika había insistido mucho en eso. Dios sabe que, cuando lo ubicaron al frente de una sucursal, había puesto su mejor voluntad, pero los años iban pasando, y debía limitarse a contar todos los días, en la caja, los billetes ajenos...

Érika se negaba a entender que nadie puede enriquecerse con un sueldo que ni siquiera alcanza para vivir mejor... Jamás recibía de ella un gesto de cariño. Siempre estaba cansada, malhumorada, ya ni siquiera se cuidaba de evitar sus comentarios despectivos en la mesa, delante de Ignacio o de Denisse.

¡Le habían dado una oportunidad de progresar! Al principio se lo había creído... pronto comprendió que jamás dejaría de ser un empleado. Nunca había pedido nada a nadie... su único orgullo era haber sido siempre honesto. Honrado y derecho, como decía su madre.

Pero sólo los que se "avivan" tienen suerte, como lo prueba el caso de Gonzalo, que, en los últimos meses, se hizo un

sobresueldo "metiendo la mano en la lata". De qué vale ser honrado, si hace quince días, cuando lo descubrieron, como es el suegro de la hermana de Érika, no sólo no lo echaron, sino que le taparon todo.

¡Es una mala racha! Ahora hasta Denisse protesta porque no tienen un auto para ir al *country* del tío. ¡Pero el último médico, que se hace el psicólogo, está muy equivocado! Yo –piensa Alfredo– no saldré de pobre, pero, aunque me quemen los billetes en los dedos, nunca, jamás, voy a meter la mano.

La causa y el porqué

Frente a los trastornos que presentaba Alfredo, disponemos de una explicación lógica de los síntomas como efectos que derivan de una causa. Suponemos que una compresión mecánica (acerca de cuyo origen no nos interrogamos ahora) produce la excitación de un nervio. Esta excitación se experimenta como dolor porque se realiza sobre las fibras nerviosas que transmiten específicamente esa sensación. El conjunto de los síntomas corresponde además al territorio inervado por el mediano, que presumimos, por lo tanto, comprometido. La existencia de esta compresión puede también explicar la disminución del dolor en la posición "antiálgica" anteriormente mencionada.

Pero el enfermo, además de "poseer" un cuerpo que funciona como un delicado mecanismo de relojería, es un hombre que vive una existencia cargada de emociones que son personales, propias de su manera de ser particular. Por esta razón, el colega consultado por el traumatólogo partió de un enfoque diferente. *Su pensamiento permaneció voluntariamente alejado de la preocupación por establecer un juicio acerca de la mayor o menor eficacia de la causa mecánica para producir o explicar el conjunto de la sintomatología y de la evolución del tratamiento.*

Es importante insistir en este punto. Si nuestro pensamiento se orienta hacia la determinación de las causas, *sean estas últimas físicas o psíquicas* (y más allá de cuál sea nuestro éxito en

la tarea de encontrarlas), nos apartaremos de la posibilidad de comprender los motivos, es decir el sentido de una enfermedad en función de la trayectoria de una vida.

Cómo Alfredo produjo una neuralgia

Luego de una entrevista prolongada con Alfredo, el psicoanalista consultado nos ofrece una interpretación de los hechos que, *lejos de ser incompatible con la explicación causal*, puede ser contemplada como la otra cara de una misma moneda.

Alfredo es un hombre de 45 años, de nacionalidad alemana, que se siente despreciado y exigido por una esposa que le reprocha su escasa capacidad para ganar dinero. Todos los días en la mesa, y todas las noches en la cama, experimenta el sentimiento de que su mujer no lo desea ni lo respeta como esposo y jefe de familia. Dentro de la firma comercial en la cual trabaja esperaba un futuro mejor, y se siente cada vez más defraudado. Por sus manos de cajero desfilan los billetes ajenos que desearía poseer. Logra a duras penas que el resentimiento y la envidia que experimenta por sus empleadores, familiares de su mujer, no se transparenten en su conducta y aparezcan en su conciencia.

Pocos días antes de que se desencadenara su dolor, se descubrió que el suegro de una hermana de Érika, que también trabaja en la firma, había sustraído una importante suma de dinero. Esta sustracción, contra las expectativas de Alfredo, y a pesar de que el dinero no pudo recuperarse, fue perdonada. Entonces, por primera vez, se asomó a la conciencia de Alfredo el deseo de robar, deseo angustiante y, por lo tanto, reprimido.

La mano culpable es la que hoy duele. El dinero "le quema" en la punta de los tres dedos con los cuales cuenta, cotidianamente, los billetes de banco. La posición en la cual el dolor disminuye corresponde a un gesto inconciente con el cual simboliza su inocencia. Cada vez que lo realiza se abstiene, mágicamente, de "meter" la mano en la caja tentadora.

Epílogo

El esclarecimiento de esta situación surgió de la capacidad del médico psicoanalista para comprender el simbolismo de los síntomas, su vinculación con los episodios biográficos, las expresiones espontáneas e involuntarias y los sentimientos movilizados en la relación entre médico y paciente. Durante la conversación con el enfermo, estos contenidos inconcientes se fueron haciendo más claros. Quedó convenida una entrevista posterior a los fines de resolver y elaborar esta situación de un modo más completo.

El paciente no concurrió a la entrevista. Hizo saber, de manera indirecta, que el último médico estaba completamente equivocado en el enfoque de la enfermedad, y que otro colega, en el intervalo entre ambas consultas, lo había curado de sus dolores mediante la administración oral de un medicamento. El nuevo analgésico, de más está decirlo, era similar a uno de los tantos que le habían sido suministrados antes sin ningún resultado.

Es comprensible que, tanto para el médico como para el enfermo, habría sido preferible que una explicación mecánica de la enfermedad los hubiera eximido de una incursión desagradable en la intimidad de un "porqué" que siempre, de alguna manera, es experimentado como una violencia impúdica. Una incursión que los obliga a revivir, en la relación médico-paciente, las mismas emociones penosas que una vez fueron rechazadas, pagando, como precio de esa represión, la enfermedad. El rechazo del enfermo ante sus deseos inconfesados de robar le hace retroceder, con la misma fuerza de la honestidad conciente que regula su conducta, ante una interpretación que, por el tiempo breve y las condiciones en que debió ser realizada, no ha podido tener la sutileza y la amplitud necesarias para ser bien elaborada, esclareciendo además al paciente los sentimientos movilizados hacia la persona del médico. Sin embargo, el objetivo terapéutico, y eso es lo importante, quedó acabadamente cumplido en cuanto al motivo actual de la consulta.

¿Enfermedad física o psíquica?

Freud nos aconsejaba distinguir entre las parálisis motrices orgánicas y las histéricas según que el territorio comprometido estuviera encuadrado por los límites de una zona de inervación o, por el contrario, correspondiera a la imagen mental de una parte del esquema corporal. Lo sucedido con Alfredo nos permite comprobar que este criterio no puede utilizarse para sostener que los trastornos "orgánicos" carecen de un lenguaje similar al de la histeria.

Digámoslo de una manera rotunda: del mismo modo que el hallazgo de un porqué psicológicamente comprensible no nos exime de la investigación de las causas eficientes, a través de las cuales el trastorno se realiza como una transformación de la configuración de los órganos o sus funciones, *el hallazgo de una causa no nos exime de la tarea de investigar un porqué en el terreno de los significados inconcientes*.

La enfermedad, en sí misma, no es física ni psíquica. *Conceptualizamos* como físico lo que logramos percibir con los sentidos, y como psíquico lo que posee como cualidad la significación.

Cuando se trata, por ejemplo, de una herida postoperatoria que sangra peligrosamente, podemos interpretar que una alteración en la composición de la sangre (comprobable o supuesta), o la ligadura defectuosa de un vaso durante el acto quirúrgico, son las causas eficientes que, como *condiciones necesarias*, mantienen la hemorragia. Suele ocurrir en estos casos que esa hemorragia puede detenerse mediante la inyección de un fármaco o la reintervención quirúrgica. ¿Debemos suponer entonces que las causas anteriormente mencionadas son *suficientes* para explicar la pérdida sanguínea? ¿Acaso todas las malas ligaduras sangran? ¿Puede el grado del error quirúrgico comprobarse exactamente en su incidencia sobre la hemorragia? ¿Dos enfermos con idénticas cifras en su cuadro hemático nos enfrentan por ventura con los mismos fenómenos clínicos?

Hay enfermos en los cuales prescindir del enfoque que nos lleva a descubrir condiciones necesarias en el terreno de la cons-

telación anímica, nos deja limitados a insistir en terapéuticas dudosas, o nos obliga a utilizar tratamientos que implican un grave riesgo.

En el caso de un paciente con una grave hemorragia postoperatoria, por el cual fuimos consultados, nos encontramos con un enfermo impregnado por el deseo inconciente de lograr una muerte "honorable" que le permitiera evitar la humillación de un quebranto económico, ya que en sus fantasías inconcientes este quebranto le haría perder el amor y el respeto de su mujer y de sus hijos. Satisfacía además, de este modo, inconcientes deseos de venganza, motivados en un resentimiento profundo que también era inconciente.

Tanto en la búsqueda de causas como en la de significados podemos descubrir condiciones necesarias para que la enfermedad adquiera la forma, la localización y la evolución que la caracterizan. Ambas investigaciones pueden ayudarnos en la fundamentación de una terapéutica dirigida a modificar, por lo menos, *el modo actual en que la dolencia se manifiesta.* En algunos casos, como en la situación creada por enfermedades agudas con complicaciones graves, la búsqueda de un efecto semejante es imprescindible.

VIII.
Un infarto en lugar de una ignominia[4]

El hombre de mediana edad, de aspecto desaliñado y fatigado, que detiene su automóvil en doble fila frente a un hotel "de mala muerte", contrasta notablemente con el "clima" bullicioso y superficialmente divertido que ofrece Villa Carlos Paz durante el mes de enero. No encuentra alojamiento desde hace, ya, dos horas. Un número inusitado de turistas ocupa todos los lugares. Acepta, para dormir, la cuarta cama de una habitación compartida con otros tres viajantes. Debe subirse él mismo las valijas hasta el tercer piso y, para colmo, ni siquiera existe un ascensor. Allí sufre el ataque, "una tremenda puntada en el pecho", y piensa: "hay que ocuparse de estacionar el automóvil". Es un infarto agudo de miocardio.

Había dejado a Beatriz por su mujer, había roto con ella suponiendo que era lo correcto. Quería (¿o debía?) consagrarse a su familia, pero de pronto se encontró nuevamente solo, agotado, desganado, sintiendo que todos sus esfuerzos habían perdido, progresivamente, su sentido. Ya no tenía para qué, ni para quién, seguir luchando.

---

[4] El presente capítulo se basa en un trabajo inédito más extenso, realizado sobre el mismo paciente, con la colaboración de los doctores R. Grus, D. Boari, N. Meras, M. Molteni y M. Stisman.

Cuando, a los 22 años, se enamoró de Lina, vio en ella a la mujer buena y cariñosa que podría mitigar esa soledad de niño pupilo que llevaba dentro del alma. Pero los desencuentros en la convivencia y en la sexualidad, sobre todo en la sexualidad, comenzaron con el casamiento mismo.

Lina se ocupaba permanentemente de los hijos, mientras que él, Guillermo, se esforzaba por afianzar la economía. Había forjado su vida bajo el lema del "deber ser", y dedicó su esfuerzo a construirla siguiendo "un camino recto de honestidad y nobleza". De este modo le era posible "pasar por encima" de los celos, las desilusiones, las ofensas y el resentimiento que, lentamente, lo iban invadiendo.

Beatriz no fue un encuentro ocasional. El vínculo de camaradería que mantenían posibilitó el comienzo de una relación afectiva que fue creciendo en importancia. Cuando el padre de ella murió, y Guillermo se acercó para confortarla, se convirtieron en amantes. "Beatriz es la clase de mujer que los hombres sueñan con tener." Se comprenden, se aman, Guillermo descubre que la sexualidad con ella colma su vida con una nueva fuerza.

Pero es inútil: no puede, por más que lo desee, enfrentar los conflictos que el progreso de su amor le suscita. Han pasado tres años y todavía no se anima a desarmar a su familia. Beatriz nada le exige, pero Guillermo piensa que no es noble quitarle la oportunidad de organizar su propio hogar. Un día se decide y se despide de ella. Nunca más la verá. En ese entonces todavía no sabía... que nunca, jamás, lograría olvidarla.

Con el tiempo... ocurrieron otras cosas. Se fue sintiendo, cada vez más, un extraño en su familia. Sus hijos abrazaron ideales distintos de los suyos, sus socios respondieron mal a su confianza. Y luego... el viaje con Lina... un intento de "luna de miel" del cual ambos regresaron peor aun.

Algo muy doloroso, casi intolerable, adquirió la fuerza de un presentimiento... tal vez se ha equivocado. Tal vez ha elegido un sacrificio que le valió de nada. Pero: "¿quién tenía la culpa?"... ¿el carácter de Lina?... ¿la docilidad de Beatriz?... ¿o su propia indeterminación?

Se siente desmoralizado. Debe encontrar, ineludiblemente, una solución para un conflicto acerca del cual siente que no existe solución alguna. Le parece imposible enfrentar ese fracaso. Recomponer su vida se le antoja un esfuerzo para el cual no se siente capaz.

Pocos días después del viaje con Lina, parte, a la madrugada, desde una ciudad del interior. Viaja muchas horas, ya es de noche, y le faltan, todavía, doscientos kilómetros. Come un sándwich en el auto y decide seguir...

Su próximo destino es Carlos Paz. Ignora (¿o ya sabe?) que lo espera un degradante hotel "de mala muerte", la humillación de una escalera dura, y una ignominia que su conciencia no logrará admitir.

Los afectos

Así como, en el tráfico de las rutas, podemos distinguir la materia que se trafica de los medios de transporte y de la intrincada maraña de caminos que se interconectan, también podemos, en el tráfico mental, distinguir los afectos de las ideas y de las experiencias (que marcan trayectos facilitados).

Solemos creer que lo más importante de nuestro intelecto, de nuestra capacidad de inteligir (de leer "entre líneas"), son las ideas. Pero no es así, porque el concepto de importancia no se aplica a las ideas, no les es pertinente. Lo único que, en estricto y riguroso sentido, *importa* son los afectos. Cuando las ideas importan, importan porque comprometen afectos. Lo que mueve (con-mueve) a nuestro ánimo, su moción, es la emoción. Nuestra mente no trafica con ideas, las ideas son los medios de transporte que conducen a los afectos por las avenidas y caminos que ha trazado la experiencia. Sólo se transporta lo que importa, y este "importe" es lo único que se vigila en las fronteras. Es esto mismo lo que decía Freud (1915*d**, 1915*e**) cuando afirmaba que el verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto.

A la represión no le interesa que las ideas pasen o no pasen, sólo le molestan cuando a través de ellas puede desarrollarse un particular afecto. Si para evitar esto último tiene que bloquear una idea, la bloquea. A veces no basta, para evitar que llegue un determinado producto o personaje (un personaje es una persona *importante*), con impedir el paso del vehículo que lo transporta; a veces es necesario bloquear, romper o borrar toda traza del camino. Por eso la represión no sólo ataca las ideas, sino que a menudo incluso deforma la experiencia. El afecto es la importancia, la *significancia* del sentido.

La deformación de los afectos

Freud ha escrito: "cuando soñamos con ladrones, y tenemos miedo, los ladrones podrán ser imaginarios, pero el miedo es real" (Freud, 1900*a* [1899], pág. 484). También sostuvo que los afectos son reminiscencias, es decir que, lejos de corresponder a una situación actual, constituyen un modo de "recordar" un suceso pretérito que permanece fuera de la conciencia. Los afectos son equivalentes a ataques histéricos heredados y universales, porque el suceso pretérito que conmemoran ha sido un acontecimiento motor que pertenece a la filogenia y que, en su momento, fue justificado. Justificado significa aquí que era adecuado a las circunstancias vitales en las cuales se desarrolló por primera vez. El acto motor vegetativo (e-moción) que denominamos afecto es, en cambio, en las condiciones actuales en que se produce, tan "injustificado" como un ataque histérico. Si cuando discuto me pongo colorado, aumenta mi presión sanguínea y circula más sangre por mis músculos, es porque, en el pasado remoto, lo que es hoy una discusión, era entonces una pelea física para la cual tenían sentido esos cambios corporales.

De manera que *el afecto* nos ofrece características que permiten ubicarlo como una especie de "bisagra" que articula los territorios que denominamos "psíquico" y "somático". *Por un lado, es un "recuerdo" psíquico; por el otro, una "descarga" real "somática".*

Todo afecto, cualitativamente diferenciado, puede ser reconocido precisamente porque posee una particular "figura". Cada emoción distinta es un movimiento vegetativo que proviene de una excitación nerviosa que se realiza de una manera típica. Esta manera típica está determinada filogenéticamente por una huella mnémica inconciente, por un "registro" habitual, que se denomina "clave de inervación".

Cuando sufrimos una enfermedad que se denomina "neurosis" es porque hemos necesitado defendernos de un afecto hacia una determinada persona o situación, que hubiera sido penoso experimentar concientemente; de modo que preferimos desplazarlo o transferirlo sobre la representación de otra persona o de otra escena. Así Juanito, el niño cuya fobia Freud psicoanaliza, prefiere temer y odiar a los caballos antes que a su amado papá (Freud, 1909*b*).

Cuando enfermamos, mucho peor, de otra manera que se llama "psicosis", sucede que, para evitar el desarrollo de un afecto penoso, necesitamos cambiar la imagen que tenemos de la realidad, alterando nuestro "buen juicio" acerca de ella. Una madre que enloquece ante la muerte de su hija y acuna un pedazo de madera como si fuera su bebé, altera su percepción de la realidad para poder continuar descargando un afecto de ternura en lugar de una insoportable tristeza.

En ambos modos del enfermar, neurosis y psicosis, ocurre que los afectos, se desarrollen o no se desarrollen, continúan manteniendo la coherencia de la clave de inervación. La clave de inervación es la idea inconciente que determina la particular cualidad de cada una de las distintas descargas motoras vegetativas que caracterizan a los distintos afectos. De modo que cuando un afecto conserva íntegra la coherencia de su clave es posible reconocerlo como una determinada emoción.

Pero también podemos enfermar de otra manera. El desplazamiento de la importancia (investidura) puede realizarse "dentro" de la misma clave de inervación de los afectos, de modo que algunos elementos de esta clave reciban una carga más intensa, en detrimento de otros. Cuando el proceso se des-

carga a partir de esta clave "deformada", la conciencia ya no percibe una emoción, percibe un fenómeno que denomina "somático", precisamente porque la cualidad psíquica, el significado afectivo, de ese fenómeno, permanece inconciente. Por este motivo, siempre dentro de una concepción teórica psicoanalítica, preferimos llamar "patosomático" a este modo de enfermar que se diferencia de lo que ocurre en las neurosis y psicosis. *Toda enfermedad somática puede ser concebida como una descomposición patosomática del afecto.*

Una concepción psicoanalítica de las cardiopatías isquémicas

Como resultado de la investigación psicoanalítica de las cardiopatías isquémicas (Chiozza, 1978*a*, 1980*a*; Chiozza y colabs., 1983 [1982]) podemos establecer ahora algunas conclusiones que, en su esencia, resumiremos así:

1. Cabe hacer una primera distinción entre aquellos afectos inefables que la conciencia no puede nominar y los sentimientos, hasta cierto punto tipificados, a los cuales se hace referencia mediante la palabra. Puede establecerse luego una segunda distinción, en los afectos inefables, entre aquellos que, aun sin poder ser nominados, pueden ser fácilmente reconocibles por el hecho de haber sido experimentados repetidas veces, y los que no cumplen esa condición. Estos últimos constituyen un *estado afectivo* que no se configura como un afecto conocido por el sujeto, sea porque nunca lo había experimentado anteriormente, o sea porque distintas claves de inervación coparticipan en la descarga. Dicho en otras palabras, aparecen en la conciencia como lo que llamamos un *presentimiento*, que es en realidad un *proto-afecto*, o conformando un *des-concierto* afectivo. En ambos casos, y en condiciones normales, este estado afectivo tiende a configurar un sentimiento que es *nuevo* para esa persona, aunque se realiza a partir de una clave de inervación inconciente que forma parte de una disposición heredada.

Gustavo Chiozza sostiene que

> Las sucesivas experiencias individuales con los afectos forzosamente se registran por medio de huellas mnémicas. Estas huellas mnémicas [...] son el reflejo de la clave de inervación configurada filogenéticamente. Disponemos, entonces, de dos tipos de claves de inervación: unas configuradas filogenéticamente de manera típica y universal, junto a otras configuradas ontogenéticamente, de manera particular e individual.
> Una primera experiencia, ontogénica, con un afecto (por ejemplo, el orgasmo o la traición) creará un primer registro mnémico; sobre él se sobreimprimen luego las experiencias sucesivas. Esta huella mnémica ontogénica permitirá, en posteriores encuentros con el mismo afecto, reconocerlo como un afecto no-nuevo.
> Frente a una primera experiencia con un nuevo afecto (para ese individuo), [el] particular proceso de reconocimiento, en el que diversas claves de inervación ontogénicas se disputan la representación de ese estado protoafectivo, constituye, a mi entender, el desconcierto afectivo. (G. Chiozza, 1994, págs. 31-32)

2. La emoción, como descarga motora vegetativa, es un proceso en el cual el elemento vasomotor tiene una participación tan preponderante que, de acuerdo con las leyes inconcientes que rigen a los procesos de representación, este elemento vasomotor puede, y suele, arrogarse la representación de la emoción completa.

3. El corazón, por su origen, es un vaso modificado hasta el punto de llegar a ser el que más complejamente se ha desarrollado. Por este motivo, el corazón es el órgano más adecuado para arrogarse la representación de las emociones, cuya representación particular otros órganos se adjudican. Su ritmo se presta especialmente para otorgar un "tono" afectivo, un particular acento, o importancia, a cada instante que se vive. En otras palabras: el "tono" del afecto que se está viviendo se asocia a la percepción inconciente de un particular ritmo o "marcapaso" cardíaco. El corazón, por lo tanto, se arroga la representación *general* de los afectos, pero, sobre todo, la representación del tiempo primordial, que es el tiempo del instante cualitativamente teñido por un tono afectivo que le otorga importancia. Podemos decir entonces que *el corazón es, respecto al tiempo, lo que el ojo respecto al espacio.*

4. Si el corazón –debido a su importante participación en la conmoción vegetativa que llamamos emoción– se arroga la representación general de los sentimientos, puede también, por la misma razón, representar, en general, aquellos estados afectivos inefables que caracterizamos como proto-afectos o como des-concierto afectivo. *Cuando decimos que el corazón "recuerda" o pre-siente, es porque le adjudicamos la representación de un protoafecto.* Dado que los protoafectos, en condiciones normales, tienden a desarrollarse como sentimientos que son nuevos para la persona que experimenta ese proceso, podemos decir también que el corazón puede representar esa particular integración por la cual "nacen" los distintos afectos.

5. La coronariopatía (la angina de pecho y el infarto cardíaco) representaría el proceso por el cual el corazón, simbólicamente, se "estrangula a sí mismo", en el intento de evitar el nacimiento de un afecto nuevo que, de llegar a configurarse, conformaría una *ignominia* (algo que "no tiene nombre"). Así como el rubor, en general, representa la emoción, la palidez (anemia o isquemia) representa su inhibición.

La configuración del afecto que denominamos *ignominia* se establece con cinco parámetros:

1) Es inefable, pero no en el sentido de una poética puesta de sol, por ejemplo, que no puede describirse en palabras pero es agradable, sino en el sentido indignante e insoportable de algo que se halla más allá de cualquier nominación imaginable.
2) Exige perentoriamente una solución, no es posible soportar su permanencia y evitar "tomarlo a pecho".
3) No se le encuentra solución, se presenta como un dilema insoluble o como una obra de amor imposible.
4) Existe el sentimiento de una culpa que no puede ser claramente atribuida a uno mismo ni tampoco adjudicada a algún otro.

5) Implica siempre una situación pública desmoralizante (en el sentido de des-ánimo e in-moralidad), degradante; es lo contrario de la colación de grados, que también es una ceremonia pública, o de la condecoración (que se coloca sobre el pecho, en la región precordial).

Aclaremos que el afecto se descarga siempre. Aquello que denominamos "afecto retenido", desde el punto de vista de la economía libidinosa, es sólo una metáfora. Alude a que la descarga "pendiente" nunca se ha realizado bajo la forma de la configuración original reprimida y es derivada por otros caminos.

¿Cómo se descarga entonces la ignominia? Dado que esta ignominia no puede "ni debe" vivirse, "permanece" como un afecto "retenido" que se descarga derivado a través de la isquemia miocárdica. Se trata de un protoafecto que "no se configura" como ignominia, dado que se descarga a través de un derivado que tiene "la particular figura" patosomática de la cardiopatía isquémica.

Freud incluye el dolor y la angustia en la teoría de los afectos y sostiene que la angustia es un afecto que "contiene" la historia del trauma de nacimiento. Fleming (Schwarz, 1932) afirma que los procesos que engendran la angina de pecho y los que engendran a la angustia son los mismos. Es posible pensar entonces que la llamada estenocardia (angina de pecho) forma una parte esencial de la clave de inervación del afecto angustia, configurada por un tipo particular de estenosis (angostura) coronaria vinculada a la opresión y la anoxia.

Cabe distinguir en la estenocardia tres constelaciones que deben corresponder a distintos significados inconcientes:

1) *Dolor estenocárdico.* Funciona como una señal cuyo significado primario consiste en la necesidad de protegerse frente al esfuerzo que impone una tarea que, en lugar de simbolizar una respuesta "valiente" a una ofensa subyacente, simboliza el "coraje" temerario que excede las posibilidades de reaccionar sin perjudicarse.

2) *Angustia.* Aparece como una "angustia catastrófica". Queda relacionada con el componente de espasmo coronario, y aportaría al cuadro de cardiopatía isquémica su propio significado de estrangulamiento y agonía.
3) *Isquemia miocárdica.* Es el fenómeno fundamental y específico. Aporta el significado esencial, constituido por la coartación de un protoafecto pre-sentido que no puede "nacer" hacia la configuración completa por ser considerado una ignominia.

La muerte por infarto de miocardio (en el cual interviene el elemento "crueldad") adquiriría entonces el significado de una reacción frente a un tipo de ignominia que no sólo no debe sentirse, sino que tampoco se debe vivir.

El infarto de Guillermo

Podemos comprender el significado del infarto de Guillermo contemplándolo como el desenlace de una historia cuyos elementos, dispersos en distintas épocas de su vida, confluyen, en una trama inconciente, hacia un punto nodal.

Mientras Guillermo forjaba su vida bajo el signo del deber y asumía la nobleza como un valor rector y respetable, sentía que se convertía en acreedor de una deuda que algún día podría exigir. El "crédito" acumulado sostenía el sentimiento de que merecía ser tratado con la "*debida*" consideración.

La entrega de Guillermo a la devoción del deber fue creciendo en la medida en que la postergación de las satisfacciones colmaba su ánimo de anhelos incumplidos. Aquello que en un principio correspondía a la fantasía inconciente de aumentar su capital de méritos para una dicha futura, se convirtió, paulatinamente, en una técnica mágica, cada vez más desesperada, para forzar al destino a cumplir con su deuda.

Luego de su renuncia al amor con Beatriz, cuando le ocurre que sus socios traicionan su confianza, sus hijos abrazan ideales

distintos de los suyos, y el intento de "luna de miel" con Lina fracasa, comienza a *pre-sentir* que su futuro no cumplirá con "lo debido". Es algo más que una injusticia, es casi una estafa del destino experimentada como traición y engaño. A veces llega hasta el extremo de sentirlo como una burla *cruel*.

¿Pero por qué una burla? Nos burlamos de quienes creen ser más de lo que son, o merecer más de lo que obtienen. Guillermo sospecha que no es inocente en la pretendida injusticia del destino. Piensa que tal vez se ha equivocado, porque intuye que la verdadera nobleza no consiste en un crédito exigible. Pre-siente (se palpita) que no dispone de un "capital ahorrado". Si el acto noble ("coronario" deriva de "corona") encuentra el premio en sí mismo, sin una deuda que perdure, la satisfacción que se posterga es una definitiva privación, ya que el futuro no depara jamás satisfacciones "dobles". Es imposible dormir dos veces, hoy, por el insomnio de ayer. Sólo puede satisfacerse el apetito actual.

Sin embargo, pre-sentir no es lo mismo que sentir. Si lo que se pre-siente es doloroso, sentirlo puede, a veces, llegar a ser insoportable. Si Guillermo hubiera podido creer completamente en la injusticia, habría luchado o se habría resignado sin "tomárselo a pecho". Si, en cambio, se hubiera sentido completamente responsable, habría procurado reparar el daño cambiando su rumbo. Vivía, por el contrario, atrapado en ese dilema insoluble, y además, en la doble des-moralización de haber perdido el ánimo y la "ética" que hasta entonces gobernaba su vida. Debía, por lo tanto, evitar sentir lo que "no tiene nombre". Esta "*ignominia*" se completa cuando la humillación, *indecorosa* y "pública", de un hotel "de mala muerte", añade la gota de agua que colma la copa y desencadena, como factor eficaz y específico, el infarto. La estenosis coronaria, al mismo tiempo que simboliza el estrangulamiento de un afecto pre-sentido como ignominia que no debe "nacer" en la conciencia, dramatiza la *ofensa* "tomándose a pecho" la injuria, que "se le clava" como si fuera un puñal o una espina, porque no puede distinguir entre la responsabilidad y los sentimientos de culpa.

Guillermo se lastima, en un esfuerzo "corajudo y temerario", en el colmo de la lástima que siente hacia sí mismo, y "se le parte el corazón" que al palpitar pre-siente.

Historia clínica

Junio de 1983. Fecha de la primera consulta. Transcurrieron diez años desde que sufriera el infarto de miocardio. Durante ese período fue tratado con vasodilatadores coronarios, sedantes y diuréticos. Hubo signos de insuficiencia cardíaca, disnea y dolores anginosos en diversas ocasiones. Se añadieron luego hipertensión arterial y claudicación intermitente en los miembros inferiores. Ahora los dolores anginosos se han intensificado y la claudicación aparece al caminar doscientos metros. Guillermo llega a utilizar hasta siete comprimidos diarios del vasodilatador recetado (tetranitrato de pentaeritrol). Se los "autoprescribe" cada vez que debe enfrentar alguna situación de esfuerzo o de tensión emocional. El examen clínico evidencia hipertensión moderada, con retinopatía de primer grado e hiperlipidemia de cuarto grado. La radioscopía de tórax muestra aumento de la trama broncovascular y moderada cardiomegalia a predominio ventricular izquierdo. Consume cuarenta cigarrillos diarios. Discreto sobrepeso. El examen cardiológico concluye en que se trata de una coronariopatía obstructiva con angor de esfuerzo estable de grados II-III (frente a esfuerzos habituales o pequeños). Arteriopatía vascular periférica con claudicación intermitente que se clasifica entre los grados primero y segundo. Flujometría por efecto doppler de miembros inferiores revela oclusión de la arteria femoral en ambas piernas (total en la derecha) y circulación colateral compensadora por la arteria poplítea. La ergometría muestra franco desnivel del segmento S-T intraesfuerzo, con carga relativamente baja. Se interpreta como miocardio hipoperfundido que sufre isquemia al aumentar el consumo de oxígeno durante el ejercicio. La cineangiografía isotópica permite observar, además, deterioro

global de la motilidad, con franco predominio anteroseptal y apical, durante el esfuerzo.

Epílogo

Noviembre de 1983. Se realiza un estudio patobiográfico. Durante la primera de las entrevistas en que se le comunican las conclusiones del estudio nos dijo: "Tengo que contarles algo... justamente hace unos días me llamó un amigo común... y me dijo que Beatriz está muy enferma... que tiene cáncer y le resta un mes de vida... no sé qué hacer... si ir... si ella se va a sentir cómoda, porque a lo mejor le hace peor verme..., por otro lado tendría que ir, es como un deber". Se le recomienda psicoanálisis y comienza con cuatro sesiones semanales.

Enero de 1984. Encontramos que su aspecto ha cambiado. Es un hombre avejentado a quien "se le ve" el sufrimiento. Se evidencia una cierta tendencia al alcoholismo. Nos refiere que sus síntomas cardiovasculares han mejorado. Toma un solo comprimido diario del vasodilatador coronario. Puede caminar hasta catorce cuadras sin experimentar dolores en las piernas.

Mayo de 1985. Muere Beatriz. Sabemos, indirectamente, que Guillermo no se atrevió a visitarla. Coincidiendo con la noticia de la muerte de Beatriz decide, "por otros motivos", interrumpir el tratamiento psicoanalítico.

IX.
Ojos que no ven... corazón que no siente[5]

Jorge y Lidia estaban muy preocupados por lo que les había dicho el oftalmólogo: cada repetición aumentaba el peligro de que el ojo derecho perdiera la visión. La primera vez, hacía ya exactamente un año (fue en julio de 1972 y José Luis tenía entonces 7 años), el oftalmólogo lo trató con una pomada local y le realizó un raspaje de córnea. Veinte días más tarde, afortunadamente, estaba curado; pero, tres meses después, todo volvió a repetirse de la misma manera... el dolor, las ulceraciones en la córnea y en el párpado, el tratamiento y la mejoría. Ahora el herpes había vuelto, y era necesario hacer algo para que no volviera a suceder jamás.

Jorge, que tiene 39 años y es odontólogo, se recuerda como un niño parecido a José Luis. Retraído, introvertido, celoso; deseando y pidiendo siempre, sin conseguirlo, actitudes preferenciales que le testimoniaran cariño. Por aquella época, a la edad que hoy tiene José Luis, solía llenarse de fantasías sexuales mirando fotos excitantes. Mirar siempre representó para él una fuente de intenso placer, dolor y conflicto. Siempre trató de "cerrar los ojos" cada vez que tenía que ser espectador pasivo de los mimos que su madre (que vivía dedicada al recuerdo

---

[5] El presente capítulo se basa en un trabajo inédito más extenso, realizado sobre el mismo paciente, con la colaboración de los doctores A. Fonzi y M. Palombo.

de Alejandro, el primer hijo, el que murió a los pocos meses de edad) prodigaba a Enrique, que nació después que él... Los mismos mimos que Lidia prodiga a José Luis... Tal vez por esto permite que Lidia abandone a José Luis entretenida en sus mil ocupaciones. Tal vez es por esto mismo que él, Jorge, se va a trabajar lejos... y deja que José Luis duerma con Lidia hasta la hora en que él regresa, porque... tal vez... se ve a sí mismo en José Luis, y siente culpa y pena por él.

Lidia, que tiene 36 años y es fonoaudióloga, siempre había sentido que sus hijos eran "trabas" para ser una mujer independiente y libre de ataduras convencionales. Abortó voluntariamente su primer embarazo y también el tercero. Sólo aceptó tener a José Luis y a Miguel. Desde que, "en dos pujos", nació José Luis, se sintió siempre "muy a solas" con él. Quizás esto influyó para que retomara muy rápidamente todas sus ocupaciones y dejara a José Luis con las abuelas. Su padre y su abuela paterna habían sido muy buenos con ella; en cambio había sentido que su madre era mala y que no la comprendía. Cuando Lidia tenía 8 años, su abuela querida, con la cual dormía en la misma cama desde varios años atrás, murió. Fue el primer muerto que vio, a pesar de que, cuando supo que había muerto, no había querido verla. Desde entonces padece el "tic" de cerrar compulsivamente los ojos... pero, piensa: no es por haber visto que la abuela estaba muerta... piensa que debe haberle quedado por la intensa excitación sexual que experimentaba a esa edad, en la cual tuvo que volver a compartir el lecho con Ernesto, su hermano mayor, en una ocasión en que ambos enfermaron de paperas. Con su hermano menor, en cambio, dormían muchas veces en la cama de los padres, y aunque no alcanzaran "a ver nada", "escuchaban" que tenían relaciones sexuales. Sabía ya entonces que las relaciones sexuales eran por placer y "las veía" como algo muy sucio. Pero ahora lo siente como algo natural; por eso permite, porque no tiene nada de malo, que José Luis, cuando Lidia se baña, la vea desnuda y, alguna vez, le toque los pechos.

José Luis se acuerda de que hace mucho, cuando tenía 4 años y dormía con su abuela, la mamá de papá, un día se enfermó de varicela. Lo que más recuerda es la picazón. Le habían dicho que no debía rascarse, pero era casi insoportable. Le daban ganas de arrancarse la piel. Tal vez sea mala suerte, o quizás es un castigo porque no se comporta como su hermano Miguel, a quien, según dicen mamá y papá, "da gusto darle porque no está siempre pidiendo, como él".

La otra vez que tuvo que rascarse fue peor... La irritación y la hinchazón del pito no lo dejaban en paz. No tenía más anginas. Los dolores de garganta ya no volvieron más, pero se sentía muy triste y decaído... y tuvo que quedarse en cama casi dos meses, porque se puso amarillo y el hígado se le inflamó. Mamá también se había enfermado de hepatitis, y se quedó todo el tiempo en la cama, junto con él. Fue entonces cuando la irritación del pito se agravó, y el médico dijo que había que operarlo de fimosis para que estuviera bien. Pero las irritaciones continuaron hasta que lo operaron de nuevo, un año después, y se solucionó.

Cuando fueron a la quinta solos, con Miguel y mamá, porque papá tuvo que quedarse a trabajar, le pasó lo del ojo. No le había entrado ninguna basura, pero le dolía muchísimo... se lo tuvieron que tapar con una gasa, y lo pasó muy mal. Le ardía tanto que estaba desesperado y se tuvo que aguantar que el médico lo curara. Poco después, justo cuando mamá dejó de trabajar como maestra y se quedó más tiempo en casa, le volvió la irritación del ojo y de nuevo lo tuvieron que curar. Ahora otra vez le había venido, pero lo habían llevado a una psicóloga, que hablaba poco y que lo hacía dibujar.

¿Cómo sabía ella lo que él sentía?... ¿cómo hacía para adivinar lo que él todavía no había terminado de pensar?... ¿por qué, cuando ella lo decía, él se daba cuenta de que siempre, sin haberse dado cuenta, lo había sentido así?... y ¿por qué, ahora que ella lo decía, no le parecía tan mal?...

No sabía cómo salir de la situación con mamá. Le gustaba ir a la cama con ella, verla desvestirse... ¡Era tan linda!... Verla

en el baño... y verla también cuando hacía pis y caca y ella lo dejaba. Pero no sabía qué hacer con las ganas que, cada vez, eran más fuertes... y le daba rabia que mamá lo dejara, sin darse cuenta de lo que sufría, y que papá "cerrara los ojos", como si no le importara. Le gusta mucho tocarle los pechos a mamá... mirarla y que lo mire... pero eso no está bien, no es algo correcto ni derecho.

Por suerte la abuela y la maestra lo distraen de mamá... Pero ahora ya no verá más a la maestra, porque dicen que cerrarán el colegio... y la abuela murió... ¡No quería verla cuando supo que había muerto, pero tuvo que ser ella el primer muerto que vio!

El herpes ocular de José Luis

El herpes es una afección viral recidivante que produce lesiones ampollosas en la piel y en las mucosas, acompañadas de un dolor que arde, o "quema", y que, por este motivo, se denomina *urente*. A veces lo "produce" el mismo virus que se encuentra en la varicela. Las localizaciones intercostal, labial, genital y ocular son las más comunes. Se considera que suelen depender de virus distintos.

El herpes ocular altera las tres primeras capas de la córnea, produciendo inflamación y ulceraciones que dan como resultado una opacificación progresiva que puede conducir a la ceguera completa. Una vez remitido el episodio agudo, se suele intentar aumentar las defensas mediante la vacunación antivariólica y aconsejar que se proteja al paciente del sol y de las infecciones febriles. Este consejo, de un valor concreto muy discutible, expresa simbólicamente la necesidad de proteger al enfermo de la excitación traumática.

La aparición de una ampolla en una quemadura de segundo grado, que escuece y arde, encuentra su justificación en la necesidad de con-tener al líquido valioso que se perdería por la destrucción de la piel que la lesión produjo. Algunas ideas

desarrolladas durante la búsqueda de una interpretación psicoanalítica de la patología ampollar (Chiozza y colabs., 1995*a* [1985]) nos conducen a pensar que una persona, en presencia de un impulso que experimenta como "ardiente", puede reaccionar, inconcientemente, con los mismos procedimientos que utilizaría si se encontrara ante un fuego que la quema.

El ojo tiene la capacidad de percibir objetos distantes que se encuentran más allá de las posibilidades del tacto. En ese sentido, la visión es una prolongación del tacto. Suele decirse que con los ojos se "acaricia" a los objetos.

El ojo constituye una zona erógena y, como tal, es la fuente de las fantasías visuales. Cuando la función visual, por vía regresiva, se vuelve preponderante, la vinculación con los objetos adquiere la modalidad de los impulsos visuales: características mágicas y omnipotentes que trascienden las limitaciones del con-tacto proximal con los objetos de la realidad tridimensional. Mirar es, en esta organización del deseo, apoderarse del objeto eróticamente contemplado, introducirse en él.

José Luis, desde sus primeros meses de vida, ha sido sobreestimulado sexualmente, compartiendo con sus padres, innumerables veces, la habitación y la cama. También ha compartido la cama con la madre en ausencia del padre. Ambos padres, que manifiestan en sus propias historias una sobrecarga de las fantasías visuales, se desvisten delante del niño y le permiten que los vea desnudos en distintas ocasiones. Lidia se deja ver en el baño y también en el toilette. La situación se incrementa cuando Lidia deja de trabajar como maestra, y durante las vacaciones de invierno en la quinta, empeora.

El ojo de José Luis se arroga la representación del culpable escopofílico, *el que mira excitado lo que no se debe mirar*. Tal vez enfermó el ojo derecho porque, como sabemos, el lado derecho suele representar la norma correcta. Groddeck (1923) señalaba que si el alivio que confiere apartar la vista, la cabeza, o cerrar los párpados, no es suficiente, surge la enfermedad visual.

El ojo derecho de José Luis ha perdido, en tres oportunidades, gran parte de la transparencia corneal. La inflamación

herpética de la córnea ha dejado ciegas algunas zonas afectadas. De esta manera, como en el caso de Edipo, se expresaría simbólicamente *el castigo ocular por el deseo ocular*, castigo que conlleva la prohibición, el impedimento o la negación de ese deseo.

Antes de la pérdida de la transparencia corneal, el ojo expresó, en su irritación, la excitación dolorosa que, en el momento de la lesión herpética aguda, culmina con una excitación *ardiente*. Esta excitación remeda y sustituye a la conflictiva de *con-tacto* que antes se expresaba en el terreno de la infección genital. Esa misma conflictiva que luego, frente a la acción represiva que adquirió para José Luis la operación de la fimosis, "regresó" hasta expresarse como fantasía visual.

En las dos primeras ocasiones, el factor eficaz desencadenante de la enfermedad ocular quedó constituido por las circunstancias que determinaron una mayor proximidad de Lidia a José Luis. En la tercera coincidieron para desencadenar la recidiva, el peligro de perder a la maestra que tiene desde hace tres años, y el haber *visto*, muerta, a su abuela. Ambas personas representaban, para José Luis, la posibilidad de descargar parte de su excitación incestuosa en condiciones que, por ser exogámicas, eran más saludables.

La aparición del herpes concretaba también las fantasías que Jorge y Lidia experimentaban, de manera muy intensa, en ese período de sus relaciones, tanto con José Luis como entre ellos. Eran fantasías con un contenido semejante de excitación visual *ardiente*, conflictiva, culposa y prohibida.

Examen oftalmológico

Julio de 1973. Fecha de la primera consulta. Anisocoria por midriasis atropínica del ojo derecho. Lesiones de córnea, restos de uveítis, leucomas y precipitados queráticos. La agudeza visual en el ojo izquierdo es normal. La del ojo derecho, en cambio, es de 0,6. Presión ocular normal en ambos ojos. El virus presente es el *herpes virus hominis*, que produce el herpes simple.

La hora de juego

Las interpretaciones psicoanalíticas surgidas del estudio etimológico, de los usos del lenguaje o de las construcciones del arte literario, pueden producir una impresión equívoca en el lector que no esté familiarizado con el ejercicio del método psicoanalítico y con el aparato teórico que lo fundamenta. Del mismo modo, las interpretaciones que un psicoanalista de niños extrae de una hora de juego producen a menudo una impresión inevitable de arbitrariedad en quien, aun en el caso de ser psicoterapeuta, no haya tenido la oportunidad de obtener una convicción propia mediante un acceso directo a la fuente de dicha experiencia. No podemos sin embargo exponer acabadamente los caminos interpretativos y las razones que fundamentan las conclusiones de la hora de juego diagnóstica, realizada a José Luis, que resumimos aquí.

Comienza haciendo su primer dibujo. Cuando se le pide que cuente lo que dibujó, dice muy escuetamente: "tres montañas con el sol, dos pajaritos, una casa, dos chicos, dos árboles, un caracol, una abeja, una araña y el pasto". Dado que no ha indicado ninguna acción, se le pregunta qué ocurre en su dibujo. Dice: "el pajarito está comiendo, estos dos chicos son hermanos... están... *se ven* y van a charlar". Aunque omite hablar de la araña, consideramos muy significativa su inclusión en el dibujo, dado que, simbólicamente, representa a la madre (corresponde a la imago de una madre "hepática"). La araña del dibujo está en una posición amenazante, cerca del pajarito. Los dos chicos representan a José Luis y a su hermano Miguel, que van a charlar de lo que ven. Como en el dibujo miran en dirección al caracol y a la abeja que se acerca a una flor, como para libar el néctar, comprendemos que los dos chicos van a hablar de la sexualidad, del coito, de la reproducción. En el sol, bastante oculto por dos de las montañas (su mamá y su hermano, la tercera es él), queda representado su padre, lo cual puede significar que le falta un padre cercano.

Después de hacer otro dibujo con un marcador azul dice: "ya está", y luego de un silencio agrega: "un chico caminando, un barco pesquero, el amanecer, un señor que está pescando con la red, un tiburón, el barco con la bandera argentina, cinco montañas, tres nubes y el pasto". En el mar y el barco queda expresada su relación con la madre. Se siente atrapado, como los peces, en la red que tiene un señor, el padre, que puede ayudarlo a salir de ella o puede mantenerlo encerrado. El tiburón simboliza toda la fuerza y el descontrol de la sexualidad que los pescaditos, desde la red, todos ellos, miran. Aparentemente una sexualidad con un grado intenso de fijación oral. Esto se correlaciona con sus dificultades de succión, su atraso en la dentición y sus repetidas anginas. Está también el niño solo, lejos de ese padre-sol, con todas esas montañas que se interponen entre ambos.

Después de hacer estos dos dibujos se queda esperando, como sin saber qué hacer. No toca ningún juguete; no intenta usar la plastilina ni ningún otro de los materiales que tiene a su disposición. Faltan aún diez minutos para que se cumplan los cincuenta minutos dispuestos (ha llegado quince minutos tarde); dice: "¿qué hago?, no sé qué más". La psicoanalista que lo atiende duda entre dejarlo ir antes, quedarse en silencio haciéndole sentir el peso de los minutos que, debido a su autocontrol, no puede llenar, o "tocarlo" en aquello que, según ella imagina, lo puede conmover. Decide hacer lo último y le dice: "dibujá una familia".

José Luis toma un papel y, cuando se dispone a levantar un marcador gris para empezar a dibujar, aparece un tic. Sacude la cabeza, inclinándola sobre el hombro derecho. Comienza a dibujar figuras de izquierda a derecha. Dice, señalándolas: "son dos hermanos, el papá y la mamá". Repite el tic sobre el lado derecho. La psicoanalista piensa entonces que su problema ocular se localiza también en el lado derecho.

La primera figura lo representa a él. Utiliza color rojo en la cara, del lado derecho, y en la parte inferior del cuerpo. El color rojo simboliza la excitación que lo invade. El vestido de

la figura femenina tiene también la falda roja, significando que es la zona genital de la madre lo que se correlaciona con su excitación. El tic puede ser una indicación de que los procesos del lado derecho de su cuerpo tienen relación con esa excitación. Es también significativo que, entre la madre y él, dibuje al hermano y al padre. Los tres aparecen *mirando* hacia la madre, la cual, a su vez, *mira* hacia el techo rojo de la casa, que simboliza los pensamientos excitantes.

Lo enfermo, en su fantasía inconciente, es estar a distancia, inflamado por la excitación que lo inunda en el contacto entre su voyerismo y el exhibicionismo de la madre. Su padre, desde lejos, lo abandona dejándolo, o manteniéndolo atrapado en la red de la situación familiar. José Luis no puede alejarse de la madre-araña amenazante, ni acercarse a la madre gratificante de la cual siente que lo separan el hermano y el padre.

Epílogo

Octubre de 1973. Las lesiones agudas de córnea, los restos de uveítis y los precipitados queráticos han desaparecido. José Luis no ha vuelto a dormir en la cama de sus padres.

Abril de 1974. El examen oftalmológico consigna que no existen nuevas alteraciones. Herpes en la mejilla, debajo del ojo derecho y cerca de la nariz. El abuelo materno está enfermo de cáncer (morirá poco después).

Julio de 1975. El examen oftalmológico consigna que no existen nuevas alteraciones y que la agudeza visual es muy satisfactoria. Un mes antes, angina. Tres meses antes le nació una hermanita.

Marzo de 1977. El examen oftalmológico consigna que no existen nuevas alteraciones. En las vacaciones aparece herpes debajo de la nariz. La abuela materna está enferma de cáncer.

Deja de concurrir al Centro, pero sabemos indirectamente que no ha vuelto a sufrir lesiones herpéticas. En el intervalo ha muerto la abuela materna. José Luis está por cumplir 20 años.

A pesar de las situaciones traumáticas constituidas por el nacimiento de la hermanita y la muerte de los abuelos maternos, la afección herpética siguió un curso benigno, alejándose progresivamente del ojo hasta desaparecer por completo.

Estudio psicoanalítico de las ampollas

La investigación psicoanalítica de la patología ampollar (Chiozza y colabs., 1995*a* [1985]) nos ha conducido a las conclusiones que, en su esencia, resumimos aquí.

1. Todas las vejigas, vesículas, ampollas y quistes del cuerpo humano, sean normales o patológicos, extraen su forma o configuración de una matriz estructural común cuyo significado constituye una fantasía inconciente específica de las "ampollas" en general.

2. En las ampollas se materializa una fantasía de almacenamiento o "depósito de las ganas" que equivale a la *capacidad de espera*. Este funcionamiento normal de las ampollas, vesículas o vejigas, se encuentra relacionado con una buena continencia y corresponde al sentimiento de estar contenido o *contento*.

3. De acuerdo con el modelo general de la formación de síntomas, en la patología ampollar se expresa patosomáticamente la descomposición del afecto correspondiente a "estar contento". Se trata de la lucha, y la consiguiente transacción, entre un impulso que corresponde a la zona corporal afectada y una continencia que no cede, porque el objeto presente en la realidad no coincide con el objeto ideal. La excitación acumulada ingresa así en las ganas que se experimentan como *ardientes*, o también en la vivencia de estar "hinchado", a presión; pero, al mismo tiempo, la descarga se vivencia como un desperdicio que dejaría al sujeto *des-contento*, en el doble sentido de incontinente e insatisfecho.

4. La carencia reiterada de la oportunidad propicia para la descarga deriva, entonces, de que se ha establecido un círculo vicioso. La intención se ha vuelto pretenciosa, en el sentido de

que el que pretende pre-tiende, es decir que "tiende" antes de reunir las condiciones necesarias para satisfacer la tendencia hacia ese particular objeto. El sujeto, por no renunciar a lo ideal, renuncia a discernir entre lo ideal y lo posible. Su intención adquiere así un carácter fanfarrón y *ampuloso.*

5. El depósito de las ganas, que comienza por ser forzoso en mérito a las fantasías que lleva involucradas, termina por ser secundariamente erotizado. El placer, perverso, consiste entonces en pre-tender, y el fracaso reside en ob-tener, porque lo que se obtiene parece siempre demasiado poco. La excitación ardiente se establece entonces como un fin en sí mismo, independiente de su satisfacción. Cuando el impulso retenido, pulsando rítmicamente, termina por obtener la descarga en el momento más inoportuno, esta claudicación de la espera erotizada y *retentiva* se constituye como un "desperdicio" de las ganas, que es pura incontinencia.

X.
Un lunar inocente...[6]

El cirujano dejó caer en la cubeta el trozo de piel que había extirpado en la parte posterior del brazo derecho... junto con el nuevo nódulo había quitado la cicatriz del anterior... El informe anatomopatológico diría: "melanoma maligno metastásico en tejido celular subcutáneo"... Quedaban muy pocas esperanzas... Tal vez uno, de cada diez pacientes en estas condiciones, podría sobrevivir cinco años... tal vez ninguno... si, como en este caso, el nódulo afecta a un miembro superior... Parece mentira... Un hombre joven, inteligente, simpático, un arquitecto brillante... con amigos que lo quieren y que preguntan por él... Un hombre que, por culpa de una pequeña mancha oscura, pronto se va a morir...

Alberto estuvo siempre lleno de lunares. Recuerda que, ya hace mucho, a los 12 años, cuando su madre dejó el empleo de institutriz y él volvió a vivir con ella en la casa de inquilinato, sus lunares se multiplicaron... allí se masturbaba apretándose las tetillas hasta lastimarse y fantaseando que era hombre y mujer al mismo tiempo... Ahora, cuando se acuesta con Raquel, algunas veces, las que más goza, todavía se aprieta las tetillas

---

6 El texto de este capítulo se basa en un trabajo más extenso realizado sobre el mismo paciente, con la colaboración de los doctores S. Aizenberg, C. Califano, A. Fonzi, R. Grus, E. Obstfeld, J. J. Sainz y J. C. Scapusio. (Chiozza y colabs., 1981).

y le vuelven las mismas fantasías. Preferiría no acordarse de esa época, que duró tanto tiempo... Ernesto, de quien su madre se empeñaba en decir que era su padrastro, y que vivía en otra parte con otra mujer y otros hijos, se instalaba en el único cuarto que tenían como si fuera el dueño... por la noche los oía revolcarse en la cama... y luego, de día, lo asustaba verlo con su uniforme de gendarmería y el estuche negro en el cual guardaba la pistola.

Pero eso fue al principio; después, cuando ya era grande y se salvó del servicio militar por ser "hijo único de madre viuda", no era miedo, era una rabia sorda que se convertía en tristeza, en fastidio, o en una permanente e indefinida incomodidad... Mamá ya no trabajaba, y, entre los dos, debían mantenerla; pero Ernesto casi nunca traía su parte y el día quince se acababa la plata... La plata... que nunca alcanzaba... y el fin de mes... ese período trágico que siempre volvía... en que Tina "se enculaba" y había que encontrar a quien pedir prestado para poder comer o viajar en colectivo.

Fue hace diez años, cuando se separó de Tina, que dos de sus lunares, el de la espalda y el de la parte posterior del brazo, comenzaron a crecer. Su vida con ella fue una pesadilla. Cuando se casaron estaba encantado por tener su casa y su mujer... nunca, hasta entonces, se había acostado con ninguna... no le importaba que casi todos sus compañeros de la oficina lo hubieran hecho con Tina antes que él, o quizás... ¿por qué no?... el saberlo lo excitaba. Ni siquiera se dio cuenta de que "era loca"... Tal vez porque no era tan diferente de mamá.

Fue por eso, porque casarse le pareció maravilloso, que dejó de psicoanalizarse con Morente, después de esos tres años en que el tratamiento le otorgó la esperanza de haber encontrado, por fin, al padre que nunca había tenido. Un padre que no se muriera, como el suyo, enfermo de tuberculosis en una cama de hospital, sin saber que mamá andaba con Ernesto... teniendo un hijo de 8 años que tanto lo necesitaba, cuando, de noche, tenía miedo, aunque se metiera en la cama con mamá...

Pero papá había muerto... sin despedirse siquiera de su hijo, y él, que se enfermó de asma, tuvo que quedarse con sus tíos, porque mamá, que era modista, se empleó de institutriz en esa casa adonde fue a vivir...

Cuando Tina se embarazó y nació Enrique, el desorden y el desequilibrio eran lo normal. Que ella se acostara con otros hombres, y que se lo contara, no era insoportable. Le dolía como siempre le había dolido el infortunio, casi con un cierto placer, como duele un grano que se aprieta. Insoportables eran la falta de plata, el desprecio, los reproches y el escándalo... La separación, difícil, caótica, interminable, llegó cuando entre ambos sólo quedaba la locura y un Enrique con el cual no se sabía qué hacer.

Por suerte estaban el trabajo, los amigos, y, otra vez, Morente. Más tarde se presentó Raquel, y, cuando se fue (¿o se escapó?) con ella a la provincia, fue el mismo Morente, que mientras tanto lo había curado del asma, quien le recomendó al psicoanalista. Allí nació y creció Adriana, allí el problema terrible de la plata quedó atrás. Allí, hace tres años, cuando Raquel quedó otra vez embarazada, cuando compraron la casa en la cual podría, por fin, poner sus libros en orden, los lunares que le habían crecido en la espalda y en el brazo empezaron a picarle y a sangrar.

¿Por qué esperó dos años? Dos años en los cuales a veces se arrancaba la costrita. Dos años en los cuales sabía que era necesario consultar. Por fin comenzó todo; la primera operación, insuficiente, la biopsia, el viaje a Buenos Aires. La consulta a Morente y al equipo que le recomendó. El estudio... que lo obligó a atar cabos entre tantos recuerdos de su vida... La nueva operación, el injerto de piel sana en la herida (¿tan grande?) donde antes habían estado los lunares... El miedo nuevo y desconocido, el miedo, en serio, de morir... y la eterna pregunta... ¿por qué?

Y así, entre aturdido y conmovido, pudo volver... con la herida, todavía fresca, que le daba vergüenza, lo humillaba y le dolía... se había cortado por lo sano... las chances eran buenas...

Todo marchó perfectamente. Todo marchó perfectamente hasta hace un mes... tres meses atrás hubo un pequeño nódulo, insignificante, en la parte interna del brazo... y fue mejor sacarlo. El segundo apareció, a escasos centímetros de la antigua cicatriz, hace ya casi un mes.

Mañana será la operación... Parece mentira... Le hubiera gustado decir que Enriquito, que tiene 16 años, es ya casi un hombre... cómo le gustaría estar seguro de que se arreglará sin él... pero Tina está loca... Hace unos cuantos meses, un poco más de tres, cuando Enrique volvía de sus vacaciones con ella... parecía borracho, pero no había tomado... En la guardia, por suerte, consiguieron que vomitara las pastillas... porque Enrique había dicho... porque Enriquito dijo que... que no quería vivir... dijo que quería ser mujer... que se había entregado a un muchacho... y que le había gustado... y mientras lloraba, y se abrazaba muy fuerte... rodeaba con sus brazos la espalda de Alberto, y apretaba con una de sus manos justo en la cicatriz...

La sexualidad

Freud sostuvo que la excitación sexual no aparece en la pubertad, sino que ya se manifiesta en la infancia. El rechazo intenso y generalizado que esta afirmación produjo impidió que fuera comprendido el verdadero sentido de sus ideas acerca de la sexualidad.

Freud sostenía que cada órgano produce durante su funcionamiento una cuota de excitación, cuya acumulación, más allá de un cierto límite, es displacentera, y cuya descarga puede producir placer. La afirmación, sorprendente, de que este placer es de naturaleza sexual surgía del conjunto de sus observaciones clínicas como un principio que, en su esencia, podemos resumir así: *La actividad genital puede descargar la excitación generada en otros órganos y, recíprocamente, cualquiera de los órganos del cuerpo puede, en determinadas condiciones, descargar, mediante su funcionamiento, la excitación que se origina en los órganos genitales*.

Se trata, pues, para Freud, de una misma excitación, la libido, *transferible* de un órgano a otro. Las diferencias cualitativas en la naturaleza del placer están determinadas por las cualidades de los distintos órganos "elegidos" para la descarga. A partir de este punto surge la posibilidad de comprender teóricamente por qué razón los distintos trastornos corporales llevan implícitas distintas fantasías inconcientes que son específicas de cada uno de ellos (Chiozza, 1976*a*, 1976*b* [1971]).

Durante el crecimiento y el desarrollo del individuo humano, que culmina luego de la pubertad, su sexualidad evoluciona hacia un predominio genital, recorriendo distintas etapas. En cada una de ellas un órgano distinto, entrando en "primacía" como zona erógena, determina la modalidad predominante de la descarga libidinosa.

Desde este punto de vista, que es médico antes que moral, las perversiones de la sexualidad corresponden al predominio, durante la vida adulta, de una etapa pregenital, infantil, que no ha sido superada. Pero la perversión no siempre se actualiza en la conducta. Durante el desarrollo, los traumas infantiles dejan en cada uno de nosotros distintas disposiciones o "preferencias" pregenitales, que permanecen latentes o que se satisfacen parcialmente, incluidas en las actividades sexuales de los estadios sucesivos. El psicoanálisis las denomina "fijaciones". Cuando ocurre un fracaso en el ejercicio de la sexualidad correspondiente al período de desarrollo alcanzado, solemos "regresar" a las formas de satisfacción pertenecientes a la etapa en la cual hemos quedado "fijados".

La sexualidad, que se "apoya" en las funciones orgánicas que mantienen la vida, no sólo toma por objeto a las personas del entorno que contribuyen a la realización de esas funciones, sino que también, y en primer lugar, es capaz de satisfacerse, autoeróticamente, sobre distintas partes del mismo cuerpo que las origina. Cuando las distintas partes que son objeto de la satisfacción autoerótica se integran en la imagen corporal de uno mismo, aparece, como un componente normal del desarrollo, el narcisismo.

El esquema que, acerca de la sexualidad, hemos trazado quedaría incompleto si omitiéramos señalar que el dolor y los impulsos destructivos no intervienen solamente en la génesis de la angustia, sino que pueden aportar sus propios componentes a la excitación, generando tendencias sádicas o masoquistas.

Una concepción psicoanalítica del cáncer

Desde hace algunos años trabajamos en la interpretación psicoanalítica del cáncer (Chiozza, 1970*a* [1967-1969], 1984 [1967]; Chiozza y colabs., 1978), lo cual nos ha llevado a establecer algunas conclusiones que intentaremos resumir aquí.

Si tenemos en cuenta que una de cada cuatro personas muere como consecuencia de un cáncer, y que se admite que la desviación neoplásica de células aisladas ocurre de manera continua sin que, en la mayoría de las veces, llegue a constituir una enfermedad cancerosa, podemos suponer que existe una primera condición para enfermar de cáncer que todos compartimos en alguna medida.

Esa primera condición, expresada en el lenguaje que utilizamos los psicoanalistas, consiste en una fijación a un período prenatal de la evolución libidinosa, que corresponde al desarrollo embrionario[7]. Todos los seres humanos experimentamos fijaciones que permanecen como deseos inconcientes, insatisfechos y reprimidos, y que configuran de este modo disposiciones latentes.

La "cuota" de fijación embrionaria que constituye la precondición cancerosa puede concebirse como un deseo "narcisista" prenatal que no se integra con el desarrollo que emprende el resto de la personalidad hacia los estadios sucesivos, y permanece, por lo tanto, completamente ajeno a la conciencia.

---

7 La primera condición para enfermar de cáncer, expresada en términos oncológicos habituales, correspondería a lo que se caracteriza como predisposición genética hereditaria.

La segunda condición necesaria para la aparición de un cáncer consiste en un fracaso, actual, de la gratificación libidinosa correspondiente a los últimos estadios de la evolución que la sexualidad ha alcanzado en una determinada persona. Especialmente en aquellos que, para esa persona, son los más eficaces, "económicamente", y constituyen su modo habitual de descargar la libido. A partir de esa frustración se condiciona una regresión que incrementa la energía pulsional contenida en la fijación narcisista embrionaria, "reactivando" las fantasías que ese núcleo inconciente "contiene".

La observación clínica muestra que esta segunda condición, necesaria para la aparición de un cáncer, suele presentarse bajo la forma de un duelo importante, provocado por la pérdida de alguna persona, o situación, significativa.

La tercera condición necesaria consiste en la imposibilidad de descargar, en sentido progresivo, es decir, a través de *cualquier otro* de los estadios posteriores de la evolución libidinosa, la excitación generada en la fijación embrionaria.

La etapa que sigue inmediatamente, en sentido progresivo, a la fijación narcisista, surge de la relación de objeto "endogámica" que el niño establece con su madre y excita los deseos incestuosos que determinan el complejo de Edipo. Por este motivo, el fracaso en la descarga "progresiva", que constituye la tercera condición necesaria para la aparición de un cáncer, surge, la mayoría de las veces, como un fracaso en la descarga 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.

Entre las teorías que surgen de la investigación en el terreno denominado psiquismo, no encontramos otra que nos permita explicar las características que diferencian el cáncer de cualquier otra enfermedad somática. Es decir: un crecimiento celular ilimitado e invasor, que no se conforma al plan de los órganos y tejidos diferenciados que constituyen al individuo pluricelular jerárquicamente estructurado en el cual el cáncer aparece.

Las observaciones realizadas han consolidado progresivamente la convicción que nos despierta esta teoría y nos han permitido encontrar repetidamente, en el momento de la vida de los pacientes en que la enfermedad cancerosa se desencadena, un tipo particular de fracaso. Se trata, como dijimos antes, de un fracaso constituido por la pérdida de la satisfacción de los deseos inconcientes correspondientes a un vínculo incestuoso, detrás del cual se oculta una excitación hermafrodita, satisfacción hasta entonces obtenida, casi siempre, mediante la sustitución de los fines directos, pero no de los objetos consanguíneos.

Este tipo de fracaso rara vez está ausente entre los enfermos de cáncer; sin embargo, dicha ausencia no es incompatible con la teoría que planteamos. Como acabamos de ver, esta teoría concibe otras maneras de alcanzar la regresión y la reactivación narcisista necesarias para la aparición del cáncer.

En los últimos años, nuestro interés por la investigación metahistórica fue cubriendo de carne nuestro esqueleto teórico metapsicológico, y nos condujo hacia una práctica psicoterapéutica que, en el trato con el paciente, fue abandonando la jerga de nuestra especialidad, para expresarse cada vez mejor en el lenguaje de la vida. En este lenguaje podemos decir que *la forma patológica del narcisismo esconde una íntima traición del amor a sí mismo* (Chiozza, 1995*c* [1983]). Es soledad, incomunicación, aislamiento, desinterés en los otros, falta de participación en la comunidad, falta de curiosidad en la vida. Una pérdida del entusiasmo y del significado de los actos del vivir, que desemboca en la hipocondría, en el temor a la ruina en el terreno de la salud o del dinero, en el tedio, o en el sentimiento de vacuidad y de fracaso[8].

La posibilidad de instaurar, a través de la "respuesta" orgánica de estos enfermos, un diálogo similar al que estamos

[8] Hemos observado frecuentemente que las circunstancias vitales en las cuales aparece un cáncer configuran crisis "biográficas" que se caracterizan por la pérdida de una situación en la cual satisfacía su capacidad productiva o creativa, a menudo vinculada a una influencia importante sobre las personas del entorno.

habituados a contemplar en la psicoterapia de los pacientes neuróticos, dependerá del progreso alcanzado por nuestro conocimiento metahistórico de la temática cancerosa.

El cáncer de Alberto

La relación existente entre las enfermedades de la piel y los problemas afectivos de la infancia vinculados a las dificultades, o a la carencia, del contacto, es ampliamente conocida. En el caso de Alberto, cuya relación con su madre, que no lo amamantó, fue muy conflictiva desde la más tierna infancia, no es inverosímil suponer que haya existido esa carencia de contacto.

Aunque el comienzo de su pubertad permite ofrecer una explicación endócrina a la multiplicación de sus lunares (George y Jeff, 1958), que ocurre en esa época, su coincidencia con el clima promiscuo y excitante, que experimenta durmiendo en la misma habitación con la madre y el amante, es significativa.

Podemos comprender que en el clima de celos y promiscuidad en el cual vivía con su primera esposa, satisfacía el mismo tipo de excitación que lo conducía a apretarse las tetillas fantaseando que era hombre y mujer al mismo tiempo. Estas fantasías no eran en realidad homosexuales, sino que correspondían a una excitación "indiferenciada", narcisista, bisexual y "*hermafrodita*", que no cesaba nunca. En la época que culmina con su separación, a los 32 años de edad, ocurre que algunos de sus lunares crecen.

Con su segundo casamiento, el desorden, paulatinamente, queda atrás. Queda atrás la promiscuidad que daba salida a la excitación bisexual y enloquecedora, detenida en su desarrollo hacia la sexualidad adulta; excitación representada en la promiscuidad de la madre con su amante, y de su primera mujer, infiel. Se va configurando una nueva familia, más normal. Su esposa se embaraza nuevamente. Su situación económica se estabiliza. Compra una casa, y en ella aparece el orden. Era típico de su vida anterior que sus libros se esparcieran, caóticamente, por el suelo. En su nueva casa conforman una biblioteca ordenada.

Este es el momento del cáncer. Su excitación "loca", desordenada, no encuentra ya satisfacción en su vida. Sí la encuentra en un conjunto de células que crecen liberándose del resto. Su hija, y el acercamiento con ella, parecían reactivar su clima infantil de excitación incestuosa, caracterizado por la falta de límites. Se encuentra en el punto donde los caminos se abren. Ya no puede volver a ese clima. Tampoco le es posible olvidar, derivar los impulsos de esta excitación integrándolos en rendimientos más sanos. "Hace" el cáncer. En él encuentra satisfacción esa fuerza arrolladora que no tiene otro camino.

Casi un año después, en el contacto con la excitación homosexual, y por lo tanto narcisista, de su hijo, se le vuelve a reactivar, junto con intensos sentimientos de culpa, su "viejo drama" de excitación bisexual, indiferenciada. Poco tiempo después, en un lugar donde debe haber entrado en contacto con su hijo durante el abrazo traumático, aparecen los nódulos que corresponden a las metástasis del melanoma extirpado. Sus células metastásicas representan adecuadamente el remanente de excitación narcisista. Así, dentro de una fantasía hermafrodita, niega de manera omnipotente sus sentimientos de pérdida y abandono, reiterados ahora en la relación con su hijo.

¿Por qué un melanoma?

En cuanto al "¿por qué un melanoma?", como tipo particular de cáncer, es poco todavía lo que podemos decir[9].

Existe una línea que vincula la pigmentación (melanina) con el ciclo luz-oscuridad y con la sexualidad. La palabra "lunar", que se utiliza para designar al nevus pigmentario, deriva

[9] El melanoma, que representa entre el 1 y el 3% de los cánceres humanos, es el cáncer de los melanocitos. Éstos derivan de la cresta neural y aparecen en la epidermis aproximadamente al tercer mes de vida intrauterina (Lerner, 1971). A diferencia de los queratinocitos, carecen de desmosomas. Se postula que este hecho favorece la conducta de los melanocitos atípicos que, al adquirir caracteres embrionarios, migran fácilmente de la epidermis, ocasionando metástasis precoces (comunicación personal de J. Abulafia, 1979).

de "luna", que en su origen etimológico significa "luminosa". La pigmentación melánica de la piel es estimulada por la luz solar. La glándula pineal, estimulada por la oscuridad, segrega melatonina, la cual, si bien en los peces y anfibios actúa antagónicamente con la hormona melanocitoestimulante hipofisiaria, en el hombre y demás mamíferos actúa como inhibitoria de la secreción gonadotrófica hipofisiaria. La sexualidad excita el sistema melanocitoestimulante, y la contemplación de los lunares, a su vez, produce un efecto excitante de la sexualidad. Algunas mujeres se pintan artificialmente lunares, y otras se visten con tules, o medias, con espesamientos de la trama que los remedan. En condiciones normales se observa, además, hiperpigmentación en las zonas de la piel especialmente vinculadas al ejercicio de la sexualidad.

Antecedentes

Abril de 1972. Fecha de la primera consulta. Presenta en todo el cuerpo un centenar de nevus pigmentarios de tamaño variable. Le acaban de extirpar dos nódulos, uno en región posterior del brazo derecho y el otro del mismo lado en el dorso del tórax. De acuerdo con la biopsia realizada se trataba de melanomas melanóticos. El anatomopatólogo (J. Abulafia), que examina en Buenos Aires los preparados histológicos que trajo de la provincia en la cual reside, informa melanomas malignos invasores. Los niveles de infiltración histológica en profundidad corresponden, respectivamente, para los tumores del dorso y brazo, a los grados 3 y 4 de Clark. Aproximadamente la mitad de estos pacientes sobreviven cinco años con tratamiento adecuado[10]. La extirpación había sido completa pero con escaso margen de seguridad. Aconseja extirpar ahora hasta aproxima-

[10] El pronóstico de la enfermedad depende de varios factores: variedad clínica, tamaño tumoral, espesor (niveles de infiltración histológica en profundidad de Clark), compromiso ganglionar y cuantificación y tipo de las metástasis (clasificación TNM de la OMS) (Koliren y otros, 1978).

damente tres centímetros de la herida anterior y completar con vaciamiento de los ganglios axilares.

Junio de 1972. El estudio patobiográfico confirma la intensidad del impulso bisexual, hermafrodita, indiferenciado y narcisista, que explica la eficacia específica del momento vital en el cual "hace" el cáncer. Su excitación regresiva ya no encuentra lugar en el nuevo sesgo que ha adquirido su vida. La intervención psicoterapéutica no consiguió actuar más allá de las resignificaciones secundarias posnatales homosexuales vinculadas a sus mecanismos de idealización, las actitudes pregenitales sadomasoquistas y los problemas ligados a las dificultades con la identificación masculina.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente. El informe anatomopatológico del doctor Abulafia señala adenopatías con linfadenitis retículo-hiperplásica. Se prescribe tratamiento con BCG y levamizol tendiente a estimular el sistema inmunitario.

Febrero de 1973. Aparece un pequeño nódulo en la parte interna del brazo derecho. Se le extirpa, en su lugar de residencia, en el mes de marzo. En mayo le aparece otro nódulo cercano al lugar en que se encontraba el anterior. El primer estudio patobiográfico pudo seguramente consolidar y reforzar los aspectos más "ordenados" de su vida y conducirlo hacia la iniciación de un nuevo tratamiento psicoanalítico, pero no pudo protegerlo del desarrollo de una nueva formación cancerosa. El tipo de relación transferencial que el paciente mantuvo con nuestro Centro[11] le permitió consultarnos nuevamente con motivo de sus nódulos metastásicos.

La aparición del segundo nódulo, un mes más tarde de la aparición del primero, permite suponer que la cirugía, que, como cualquier otro evento biográfico, posee siempre un efecto sobre la fantasía inconciente, no modificó la situación de base.

Junio de 1973. El cirujano al cual lo enviamos extirpa, en losange, el nuevo nódulo y la cicatriz del anterior. El anatomopatólogo informa melanoma metastásico en tejido celular sub-

11 Centro Weizsaecker de Consulta Médica.

cutáneo. Según la clasificación TNM, tratándose de un nódulo alejado más de dos centímetros del tumor original, debe interpretarse como metástasis linfática en tránsito (Koliren y otros, 1978). Los oncólogos consultados (J. Chacón y R. Estévez) siguen dando validez de actualidad a las cifras publicadas en 1971 por Knutson, Hori y Spratt (1971), quienes, de acuerdo con el criterio general, consideran importante distinguir entre las diferentes zonas de radicación de la neoplasia. La evaluación estadística de cuarenta y dos recurrencias de este tipo tratadas quirúrgicamente muestra que a los dos años han muerto los cuatro enfermos cuya lesión se hallaba localizada en un miembro superior. Cuatro enfermos sobrevivieron cinco años, es decir, algo menos de un diez por ciento del total.

El segundo estudio patobiográfico inmediatamente posterior a su intervención quirúrgica muestra que el contacto con la excitación homosexual, es decir, narcisista, de su hijo mayor, reactiva su propia excitación bisexual, indiferenciada, que durante casi un año se mantuvo somáticamente asintomática. Alberto dice, refiriéndose a Raquel: "...me satisface la parte sexual con ella... pero debe haber otra que no me satisface. Ésta la satisfago con la masturbación", "...gozo pensando en lo que yo, idealmente, le hago a la mujer, pero también en lo que la mujer siente...".

Epílogo

Marzo de 1976. Sabemos, indirectamente, que le ha sido extirpado un lunar sospechoso, y que su examen anatomopatológico mostró que se trataba de un proceso benigno. Nuestra intervención terapéutica durante el segundo estudio patobiográfico pudo centrarse en los contenidos más precoces de su excitación narcisista, y, desde entonces, el paciente ha evitado reanudar su contacto con nosotros.

Las últimas noticias que recibimos acerca del paciente se refieren a siete años después de la operación de sus metástasis. Hasta entonces vive sin nuevas manifestaciones de cáncer. Uno

de cada cuatrocientos casos, entre todos los melanomas, aun en condiciones avanzadas, remite en forma espontánea (Koliren y otros, 1978). En opinión del anatomopatólogo consultado es posible considerar a nuestro enfermo "curado". ¿Azar o acción terapéutica? Nuevas experiencias lo dirán poco a poco. Mientras tanto la estadística, sujeta a su extraña y eterna condena de tarea contable, no puede hacer más que computarlo como si se tratara de un suceso fortuito entre casos aleatorios equiposibles.

La célula cancerosa

El encuentro del hombre con el cáncer ha tenido hasta hoy la característica del encuentro entre dos poblaciones extrañas que se disputan los mismos bienes para distintos fines. Dos poblaciones entre las cuales toda comunicación ha sido inconcebible. Pero, ¿qué cosa mejor puede hacer un estratega que comprender a su enemigo? ¿Es que el hombre no puede acaso llegar a saber lo que el cáncer "piensa" y se propone, convirtiendo su encuentro con él en un diálogo inteligible? Esta manera de decirlo (que alude al camino que va de la descripción de una patoneurosis al análisis de una contratransferencia) intenta ser algo más que una metáfora. Sólo podemos enunciar ahora la temática a que este desarrollo da lugar.

El psicoanálisis ha demostrado que sólo se teme lo que se desea. Es imposible temer lo inconcebible, y toda concepción no es otra cosa que un derivado de un deseo. El temor al cáncer es, por lo tanto, el temor a una tentación. Tentación por la realización de un deseo que permanece reprimido.

Nuestro interés por lo inconciente nos ha hecho olvidar que el verdadero enigma es la conciencia. Fuera de la conciencia no sólo existe la materia, sino que, además, pululan las ideas. Las funciones y los órganos son ideas inconcientes. Precisamente funcionan cumpliendo una finalidad implícita en su estructura. Se puede decir que las ideas inconcientes, una vez fueron concientes (en esta o en anteriores existencias). Debemos suponer

que existen diferentes clases de conciencia y que, además, la conciencia limita un territorio que llamamos "yo". "Yo" es el título que damos "desde adentro" a lo que "desde afuera" denominamos "individuo".

Como producto de las dos consideraciones anteriores podemos concluir en que el cáncer representa la realización de una idea inconciente que habita permanentemente, como deseo insatisfecho, en cada uno de nosotros, y que esta idea se rige por la noción de pertenencia a un individuo que no coincide con aquel que, desde nuestra conciencia, llamamos "yo". Tal idea se realiza porque ha evadido el "control de población" ordenador que nace de las conveniencias del individuo humano. Si tenemos en cuenta que el planeta Tierra, como ecosistema, constituye una unidad individual estructurada en sutiles equilibrios que se encuentran muy lejos de la conciencia humana, no deja de ser significativo el hecho de que el hombre, capaz de sostener empeñosamente propósitos egoístas y lineales que amenazan el equilibrio del conjunto Tierra, albergue dentro de sí una criatura que denominamos "cáncer", para tratar con la cual no basta con la lógica y el odio: hace falta el amor.

XI.
Con los cables pelados...[12]

Pagar el tratamiento psicoanalítico le parecía un sacrificio inútil, y decidió abandonarlo. Trabajar se le hacía cada vez más difícil. Desde que se separó de Carlos, su enfermedad ha empeorado. Hace pocos meses ha comenzado a necesitar un bastón. En setiembre... "el mismo mes en que, hace veintitrés años, falleció papá".

Ve asiduamente a Roberto. Acostarse con él le despierta, por primera vez, junto con el placer, la ternura. Pero no puede dejar de pensar que Roberto es su "peor es nada", comparado con Carlos, que fue el "metejón de su vida".

Cuando comenzó con Carlos, "divorciado y ocho años mayor", gerente de una importante compañía de seguros, lo trataba de usted y le había mentido, "para que se animara", diciéndole que ya no era virgen... Con Carlos, Albertina lo ha vivido "todo". La ilusión, el fracaso personal y sexual, la emoción de los hijos, las terribles peleas, la admiración y el respeto, el odio, los celos, la infidelidad mutua, la excitación perversa, la enfermedad y el dolor, el orgullo, la desesperación, y esa negra y horrible tristeza en la cual todo el mundo no es más que un espacio cubierto de cosas que duelen. Carlos es sencillamente eso: la persona que resume su vida... pero... no pudo ser...

---

[12] El presente capítulo se basa en un trabajo inédito más extenso realizado sobre la misma paciente, con la colaboración de los doctores S. Aizenberg, C. Califano, A. Fonzi, R. Grus, E. Obstfeld, J. J. Sainz y J. C. Scapusio.

Es muy fácil pensar que la enfermedad fue la causa, pero Albertina, ahora que ya pasó los 40, no puede engañarse. Su relación con Carlos, aun antes de que ella se enfermara, no fue diferente de lo que fue su vida. Cuando Emilia, su hermana, se separó de Gerardo, "reloco y drogadicto", y se casó, después, con Eugenio, solucionó su vida. Pero Emilia es distinta, como mamá y la abuela... por eso Inés y Miguel, que son hijos de Albertina, están tan a gusto con ella. Albertina, en cambio, "ha salido a papá".

Papá, un descendiente de hombres ilustres que nunca pudo hacer honor a su alcurnia, no era malo, sencillamente sufría. Era buen mozo, alegre y chistoso, y Albertina recuerda que, ante la envidia de sus amigas, la llevaba al cine una vez por semana... pero la angustia no lo dejaba dormir, y estaba obsesionado por la idea de que lo enterraran vivo. Cuando se suicidó, a los 52 años, con la misma pistola con que le había enseñado a tirar a Albertina, ella, que recién había cumplido los 18, estuvo toda la noche junto al cajón, sin separarse de él, y le había repetido mil veces: "papá, no te preocupes, estás muerto, remuerto". Hubiera querido estar aunque sea en los últimos instantes, verlo respirar la última vez... El destino de los Albarracín... Jamás olvidaría aquella vez en que él le había dicho, mientras paseaban a caballo juntos, que ella, "su pobre Tinita", era la persona que más quería en el mundo... Siempre había sentido mucha pena por papá, antes y después de su muerte, y sin embargo, comportándose como "la mujer fuerte", casi no había llorado.

¿Por qué siempre había sentido la obligación de ser fuerte? ¿Acaso sería porque siempre se había sentido destinada a hacer algo "especial"? Cuando era pequeña, su madre siempre le repetía, en francés, que ella, Albertina, "había nacido del muslo de Júpiter", pero no era esto sólo... su familia misma era "especial"... ¿En qué momento esa realidad la había golpeado con la fuerza de un descubrimiento? Tal vez fue en la escuela, cuando descubrió que sus antepasados figuraban en los libros de historia... O tal vez mucho antes, cuando desfilaban por su casa las institutrices francesas... O quizás fue después, cuando se preguntaba por qué la abuela y mamá

dormían en un ala de la vieja casona, mientras papá y el abuelo lo hacían en otra.

Papá no pudo... Fue en su velorio cuando Albertina comprendió, de pronto, que las manos de su madre, que había sentido desde niña como "frías, nerviosas y apuradas", nunca lo habían consolado. Allí, mientras Jorge –buen mozo, casado, con cuatro hijos, que militaba en política y que la miraba con ganas– le hablaba de religión en términos espirituales –¡tan diferentes al rígido catecismo del colegio y de mamá!–, Albertina sintió crecer, confusamente, dentro suyo, el peso de su antigua obligación. Debería poder lo que papá no pudo.

Debía... era una deuda poder, ¡pero no pudo! Fue inútil que se enrolara en el partido... y también que luego, cuando se casó con Carlos, pusiera su mejor empeño en ayudarlo. Carlos tampoco pudo...

Carlos fue el primer hombre que la penetró, cuando ella estaba convencida de que nunca se atrevería a tener hijos, porque, desde el día en que, siendo todavía una niña, había visto desnudo a su padre, sentía horror ante la sola idea de la penetración... Había sentido siempre una terrible excitación... y sin embargo no podía alcanzar el orgasmo con Carlos. El orgasmo con él vino mucho después, cuando ya todo se había ensuciado...

Apenas casados, habían comenzado a pelearse... No había encontrado lo que buscaba en el amor ni en el sexo... entonces vivía con desesperación sus menstruaciones, porque se había propuesto quedar embarazada. Y de pronto sucedió... y el lugar del primogénito que esperaba fue ocupado por Inés...

A los cinco meses de embarazo comenzaron los adormecimientos en las piernas... los primeros síntomas... Su relación con Carlos no fue diferente de lo que fue su vida... una vida signada por la obligación de realizar una tarea imposible. Ayer, mientras luchaba con sus piernas para subir la escalera, volvió a sentir esa constante desesperación de no poder... como aquella vez, cuando a los 5 años, el abuelo la sacó, por fin, de la piscina en que se ahogaba y en la cual se había tirado porque "parecía cubierta de pastito"... y si ayer no se cayó por la escalera... fue gracias a Roberto y al bastón...

La esclerosis en placas

La mielina envuelve las fibras nerviosas denominadas axones y funciona como una sustancia aislante que permite una mayor velocidad de conducción del impulso nervioso. Si la médula espinal de un hombre estuviera desprovista de mielina, sólo conservaría su velocidad de conducción si tuviera el diámetro del tronco de un árbol grande.

Contemplando la escala zoológica como un ordenamiento de organismos de complejidad creciente, vemos que, aunque el sistema nervioso surge ya en animales muy primitivos (los cnidarios, que son celenterados), la mielina aparece recién en los *vertebrados*, en las fibras motoras y, parcialmente, en las sensitivas, *como correlato del desarrollo de la musculatura estriada*, que es la musculatura dedicada a los movimientos voluntarios (Weisz, 1971).

Las estructuras cerebrales del embrión humano comienzan a mielinizarse muy precozmente, alrededor de los catorce días de la gestación (Genis Gálvez, 1970), continuando el proceso durante el desarrollo embrionario-fetal. Las vías de la sensibilidad profunda conciente (responsables de la estereognosia, que es la capacidad de reconocer los objetos por su forma y consistencia) y las de la sensibilidad profunda inconciente o cerebelosa (que gobiernan la regulación del tono muscular y de la postura) comienzan a mielinizarse a partir del sexto mes de la gestación. La vía piramidal (vinculada a la motilidad voluntaria) lo hace a partir del noveno mes, continuando después del nacimiento, para completarse recién a los 2 años de edad (Fracassi, 1945).

La mielinogénesis ocurre de acuerdo a la "puesta en función" de las diferentes vías de conducción (Patten, 1969). Fleschig (Fracassi, 1945) estableció que el funcionamiento pleno de las vías de conducción nerviosa depende del grado de completud de la mielinización.

La esclerosis en placas, también llamada esclerosis múltiple o esclerosis diseminada, es una leuconeuroaxitis: una lesión inflamatoria del sistema nervioso que afecta a la sustancia blanca, sustancia cuyo color se debe, precisamente, a las vainas de mieli-

na que rodean los axones. La esclerosis múltiple destruye la mielina (las placas se localizan preferentemente alrededor del tercer y cuarto ventrículos, cerebelo, tallo encefálico, médula, nervios y quiasma óptico, afectando de este modo, con mayor frecuencia, las vías piramidal, sensitiva, cerebelosa y óptica). Esta enfermedad puede variar su forma desde un complejo sintomático aislado (por ejemplo, neuritis óptica o paresia de un miembro), que habitualmente se manifiesta como un episodio único que remite sin dejar mayores secuelas, hasta la forma recurrente crónica, con brotes y remisiones, agudos y subagudos. Algunos casos de la forma recurrente se detienen espontáneamente, pero la mayoría prosigue una evolución hacia una invalidez progresiva, en un tiempo que suele variar mucho de uno a otro caso.

El ataque a la acción eficaz

Como hemos visto en el capítulo anterior, cuando acontece una privación o frustración suficientemente importante, se inicia un proceso regresivo, desde el nivel de evolución alcanzado, hacia algún estadio del desarrollo en el cual se ha producido previamente una fijación de la libido. Es allí, en ese punto, donde la excitación puede hacer surgir una enfermedad psiconeurótica. Algo similar sucede en el caso de las enfermedades somáticas, en las cuales ocurre, además, una descomposición de la coherencia de los afectos puestos en juego (Chiozza, 1976*a*), descomposición que describimos en detalle en el capítulo en el cual nos ocupamos del infarto cardíaco.

Al plantear la participación de los afectos en la génesis de las enfermedades somáticas, concebimos, junto a las "claves de inervación" normales, con-figuradas, la existencia inconciente de afectos típicos que han perdido su coherencia y que, por lo tanto, se hallan des-figurados (Chiozza, 1975, 1976*a*). Describimos además protoafectos que son presentidos como des-concierto afectivo.

Existe una íntima relación de complementariedad entre los desarrollos de los afectos y los de las acciones, relación que se

manifiesta en el hecho de que la descarga mediante la acción eficaz disminuye el desarrollo del afecto correspondiente (Chiozza, 1976*a*, 1976*c* [1974]).

Es evidente que tanto los actos motores como los procesos perceptivos (sensoriales y sensitivos), constituyentes de las acciones eficaces o específicas, poseen también, como los afectos, "claves de inervación" propias y exclusivas para cada uno de ellos.

Podemos concebir entonces la existencia de un *des-concierto sensorio-motor*, del mismo modo que concebimos un desconcierto afectivo. En el desconcierto sensorio-motor, que equivale a una *actitud vacilante*, diversas claves se disputarán el acceso al movimiento o afectarán los correspondientes procesos perceptivos.

Durante el estudio de las cardiopatías isquémicas planteamos la hipótesis de que la excitación que no llega a configurarse como un afecto coherente, puede descargarse como una arritmia cardíaca que la conciencia categoriza como un proceso somático, de modo que su carácter "afectivo" permanece inconciente. Mediante un razonamiento análogo es posible suponer que la excitación que no llega a configurarse como la pauta de una acción eficaz, podría llegar a constituir un ataque epiléptico "funcional" o bien una neuroaxitis "anatómica" (Chiozza, 1980*b*, págs. 121-122).

El concebir a la leuconeuroaxitis como la contrapartida, "materializada", de un acceso epiléptico, nos permite pensar que la descarga de la excitación sobre las propias estructuras efectoras actúe desintegrándolas o desorganizándolas, ataque que, al mismo tiempo, representa la inhibición de una acción específica.

Dado que las lesiones implican un ataque desmielinizante, podemos inferir que la regresión de la excitación alcanza al período comprendido entre el desarrollo embrionario y el segundo año de vida posnatal, ya que en ese período se establece la mielina. Es un período que transcurre casi totalmente antes de la consolidación del lenguaje, la bipedestación y la deambulación: tres funciones que suelen quedar afectadas en la esclerosis en placas.

Trama y figura de la acción motora

Bateson, en *Pasos hacia una ecología de la mente* (1972), plantea un metamodelo que aplica tanto a la comprensión de la evolución biológica como a la evolución de las ideas dentro de lo que denomina un ecosistema. Apoyándonos en sus conceptos, podemos decir que, en biología, todo lo que es *antecedente* funciona como una "trama de fondo", inconciente, conformada por la persistencia de configuraciones antiguas que en su momento fueron "figuras" concientes, y que han "sobrevivido" resistiendo a la presión selectiva ejercida por otras. Lo nuevo, en lo actual, puede ser concebido como una nueva "figura", como la creación de una "forma" inexistente antes, surgida como producto "mixto" de un encuentro entre la "trama" inconciente antecedente y la ocasión particular y presente que ocupa la conciencia (Chiozza, 1980*a*, 1980*c*).

Si aplicamos este metamodelo a la conducta de un individuo en su medio, podemos afirmar que tanto los actos motores como los procesos perceptivos poseen "tramas de fondo" constituidas por pautas, códigos, o claves inconcientes que a su vez, cuando fueron concientes, fueron figuras que se destacaban de otro fondo. Esas pautas subyacentes, propias y específicas de cada proceso, funcionan interrelacionadas en un retículo que configura un sistema y, en la medida que integran una trama, pierden su carácter de figura.

Podemos utilizar este mismo modelo para intentar comprender la íntima relación funcional existente entre los sistemas piramidal y extrapiramidal. Tal vez sea posible decir, de un modo esquemático, que el sistema extrapiramidal, que se ocupa del tono y la coordinación muscular inconciente, organiza la "trama de fondo" de todo movimiento voluntario o intencional, mientras que la "figura" de ese movimiento depende de la función piramidal. La relación entre ambos aspectos de la función motora podría compararse, desde este punto de vista, con la que existe en un discurso, o en una frase, entre la palabra que reclama la atención prevalente, porque vehiculiza lo importante

del mensaje, y las palabras de fondo, que contribuyen a integrar su sentido. Palabras que otra vez, en otra escena, fueron figura, y que ahora han abandonado el primer plano para cumplir la función de los actores de reparto.

A pesar de que la distribución de las lesiones de la esclerosis en placas aparenta ser azarosa, esta enfermedad deja intacto el "fondo" arcaico, extrapiramidal, de los sistemas de movimiento, mientras dificulta la realización de los posteriormente adquiridos. Podemos observar, además, que cuando afecta al sistema sensitivo compromete predominantemente las funciones que colaboran con los movimientos voluntarios y con las actividades, tanto intencionales como vegetativas, fundamentales para la llamada "vida de relación".

Esquema para una interpretación psicoanalítica de la esclerosis en placas

Resumiremos en varios puntos la fantasía que, a nuestro juicio, es específica de la esclerosis en placas.

1. La existencia de una forma particular de melancolía (anérgico-miasténica) que se caracteriza por el desánimo. Los ideales correspondientes a esta estructuración melancólica inconciente, que se experimentan como inalcanzables, quedan frecuentemente representados, como en los monumentos de los próceres, por figuras ecuestres. La destrucción de la mielina que envuelve los nervios simbolizaría, como "fundido" de la sustancia aislante, una situación traumática particular frente al encuentro con esos ideales "quemantes" por su contenido de excitación incestuosa.

2. La presencia de esos ideales exigentes se manifiesta de una manera particular: la vivencia de tener que realizar algo conocido e imposible. Alguna persona con una elevada capacidad de materializar los proyectos ha constituido una figura significativa –el ideal ecuestre– en la vida de los enfermos de esclerosis en placas, otorgándoles hasta cierto punto una posi-

bilidad concreta de identificación. Esto permite comprender la peculiaridad de su insuficiencia, que se diferencia del modelo general de las insuficiencias en el proceso de materializar los proyectos (representadas por los trastornos hepáticos) porque afecta a la última etapa de ese proceso, etapa simbolizada por la acción motora voluntaria, que corresponde al músculo estriado y al sistema piramidal.

3. El déficit en la materialización propio de la esclerosis en placas queda simbolizado por el déficit de una acción motora que debe emprenderse y equivale a un des-concierto sensoriomotor. Tal desconcierto, o actitud vacilante, queda representado en una lesión autodestructiva del sistema nervioso, que equivale al ataque de una acción eficaz.

4. La localización de la enfermedad deja indemne el sistema extrapiramidal, y ataca tanto los órganos de la vida de relación como las vías piramidales del movimiento intencional o voluntario. Esto mostraría la necesidad de simbolizar un trastorno en la realización de los movimientos que conforman la "figura" de una determinada acción, sin afectar la "trama" de fondo, compuesta por figuras arcaicas que colaboran en la ejecución de esa misma acción.

5. El carácter aparentemente azaroso de la distribución "en salpicaduras" de la esclerosis múltiple ocultaría una distribución inconciente que responde a la figura de un particular desconcierto. Cada uno de los "brotes" de la enfermedad simbolizaría un nuevo intento fallido (atacado) de "alcanzar" al ideal deseado y temido, intento en el cual el paciente aparenta "jugarse al todo o nada" en el entrenamiento de sus propias exigencias.

Albertina

En la historia de Albertina abundaban las figuras familiares correspondientes a los ideales "ecuestres", figuras que "tenían en su haber" realizaciones concretas importantes. Su manera

de intentar cumplir con las exigencias que estos ideales le planteaban adopta distintas formas. En primera instancia sus actividades políticas, luego su particular manera de vivenciar su relación con Carlos, por fin el embarazo de su primogénita, a partir del cual se desencadena su enfermedad. Al mismo tiempo se encuentra claramente delineada la intensidad de su fijación incestuosa. Esa intensidad, unida a la presencia de los ideales "ecuestres", se manifiesta como la excitación "quemante" que la conduce hacia el desconcierto sensorio-motor.

Toda la historia de Albertina muestra una sucesión de continuos fracasos, en los cuales frecuentemente se ve su actitud de "jugarse al todo o nada" frente a su sentimiento de insuficiencia y "desconocimiento" de los modelos de la acción que hubiera necesitado emprender. Los acontecimientos más normales de la vida, como el noviazgo, el matrimonio o la maternidad, nos la muestran como una mujer desamparada que se esfuerza por revestirse de una apariencia de entusiasmo y fortaleza. Mujer que esconde dentro de sí a la nena que no logra entender las vicisitudes de una estructura familiar que, al mismo tiempo, la llena de curiosidad, admiración y exigencias. Esta actitud de "fortaleza" impostada la precipita en comportamientos eróticos desenfadados que no concuerdan con su fobia genital, ni con su impotencia orgásmica.

El desánimo que la impregna en la época en que nos consulta es evidente, y tanto su déficit de condiciones sublimatorias o reparatorias, como su conflicto en todo cuanto implique un desarrollo en la vida "de relación", son más significativos aun.

Historia clínica

Albertina, de 41 años de edad, comenzó su enfermedad actual con parestesias en los miembros inferiores, que le dificultaban la marcha. Esto ocurrió hace doce años, cuando tenía 29 y cursaba el quinto mes de su primer embarazo. Consulta entonces a un neurólogo, quien diagnostica un proceso desmielinizante.

Un año después, al nacer su segundo hijo, sufrió "debilidad en las piernas" y escotomas en ambos ojos. Realiza una nueva consulta con otro neurólogo, el cual, ante la presunción de una esclerosis en placas, le indica un tratamiento con ACTH, que la mejora. Los trastornos visuales desaparecen entonces para no volver a repetirse. Persiste en cambio la paraparesia, con uno o dos episodios anuales de reagudización, los cuales mejoran con el mismo tratamiento. En los intervalos efectúa kinesioterapia. Paulatinamente, con el transcurso de los años, la debilidad de las piernas, a predominio motor, se fue haciendo cada vez más intensa. El intervalo entre las "*pousses*" se reduce hasta llegar a ser mensual.

A los 39 años aumenta el requerimiento de ACTH, que debe aplicarse cada siete o cada quince días, para mejorar los síntomas derivados de los episodios, cada vez más frecuentes. A los 40 años se practica una punción lumbar que permite confirmar, por primera vez, el diagnóstico de esclerosis múltiple, ya que presenta un aumento importante de la inmunoglobulina G. Los estudios químico y citológico resultaron normales, lo cual no es habitual.

A partir de esta época se agrega un discreto temblor intencional en la mano derecha. Poco tiempo antes de habernos consultado comienza a utilizar bastón por aumento de la debilidad de los miembros inferiores. Debe también aumentar la dosis de ACTH (hasta 40 unidades de ACTH gel, dos a tres veces por semana).

De sus antecedentes hereditarios y personales sólo se destaca la existencia de un tío materno fallecido de la misma enfermedad.

El examen clínico fue normal, excepto en lo que respecta a los signos neurológicos. El neurólogo encontró una hipotonía muscular generalizada a predominio crural derecho y ciático poplíteo externo bilateral. Reflejos miostáticos exaltados y cutáneo-abdominales abolidos. Plantas en extensión bilateral, marcha con aumento de la base de sustentación e inestabilidad que se acentúa al cerrar los ojos. Prueba índice-nariz con ligera asimetría izquierda. Sensibilidad superficial y profunda sin anormalidades. Nistagmus horizontal a extrema mirada, mayor

a la derecha. El campo visual es normal, y el examen de fondo de ojo revela una papila derecha pálida y una izquierda normal. La conclusión diagnóstica es: "esclerosis en placas a forma cerebelosa y medular".

Intervención psicoterapéutica

Concientes de que la enfermedad de Albertina se arraigaba profundamente en su estructura caracterológica, centramos nuestro esfuerzo en reconducirla, mediante la movilización afectiva que pudiéramos lograr durante la comunicación de las conclusiones del estudio patobiográfico, hacia la psicoterapia psicoanalítica que le aconsejamos.

Comenzamos expresándole que sentía que todo "le sale mal", como si nunca hubiera logrado lo que realmente anhelaba. Le dijimos que teníamos la impresión de que, a pesar de presentarse a menudo con una actitud sonriente, eufórica, haciendo planes, cuando se queda sola se ve sin futuro. Le recordamos que ha fantaseado muchas veces con la muerte, y que alguna vez la ha contemplado como una solución. Le relacionamos esta idea con el hecho de que su padre, al sentirse tan fracasado y tan solo, se suicidó.

Teníamos la impresión de que aparentemente ella no valoraba nada de lo que tenía o de lo que era. Nos había dicho, por ejemplo, que era comprensible que sus hijos se alejaran de ella y prefirieran a su hermana Emilia, que veían mucho más lograda.

Aparentemente tampoco apreciaba a Roberto, su pareja actual. Esto se manifestaba en que se refería a él como "mi peor es nada", o "mi amor sin amor". Quizás tenía ese tipo de actitudes porque intentaba sufrir menos, ya que teníamos la impresión de que ella sentía, muchas veces, que no se la podía querer, o que no se la podía apreciar. Le insistimos en que posiblemente eran maneras de protegerse del dolor que podría sentir si era abandonada por sus hijos o por Roberto. Sentía que siempre había sido abandonada y siempre se preguntó cuáles eran las razones,

qué era lo que había hecho, o qué había en ella para que eso le ocurriese siempre.

Le hablamos luego de sus deseos de retroceder en el tiempo y comenzar su vida nuevamente. Era como si pensara que, empezando de nuevo de pequeña, su vida tomaría otro rumbo. Sentía que transformándose en una criatura débil, inmadura, desprotegida, podría encontrar apoyo en alguien y así podrían renacer sus esperanzas.

Aquí le incluimos la reflexión de que, aunque no quisiera, aunque resultara tan doloroso, era adecuado tener en cuenta que esto era un sueño, una ilusión. Porque cuando los adultos pretendemos ser cuidados como si fuéramos criaturas, corremos el riesgo de quedar más abandonados, más solos, y con el dolor de una ilusión rota.

A continuación nos referimos a su enfermedad, diciéndole que en su cuerpo se representaba todo su drama, ya que sentía que tenía cada vez más dificultada la posibilidad de llevar a la acción sus deseos, sus ideas y sus planes. Si le parecía increíble que fueran justamente sus piernas las más afectadas, era porque de algún modo intuía que sus piernas eran lo que le permitía ir hacia las personas que necesitaba. Al quedarse rígida estaría quizás repitiendo lo que hizo y sintió cuando su papá le dijo que era ella lo que más quería en la vida. De ese modo, también, actuaba como su mamá cuando se quedaba "dura" ante los besos del papá.

Muchas veces se sentía con muy pocas esperanzas, vacía o "puras apariencias". Entonces temía repetir la historia del tío que tuvo la misma enfermedad que ella.

Concluimos expresándole que cuando su papá la llamaba "mi pobre Tinita" se sentía confundida y abandonada. Quizás ahora se preguntaba cuál era el motivo por el cual la llamara así. ¿Era posible que fuera desprecio? ¿O, tal vez, lástima? ¿Y si hubiera sido miedo, o debilidad? Posiblemente se sentía más unida a su papá cuando pensaba que él también, quizás, había tenido la misma angustia que ella tenía ahora frente a sus hijos, la misma dificultad para acercarse a su Tinita sin sentir un miedo insoportable ante sus problemas.

Epílogo

¿Podía Albertina albergar la esperanza de que su vínculo con Roberto le prestara el apoyo simbolizado en el bastón? ¿Se había agotado la enfermedad en ese punto, descargada ya la excitación que la "quemaba" en su relación con Carlos, su ideal? ¿O habrá continuado el camino, infausto, del deterioro progresivo? Todo lo que supimos de ella, algunos años más tarde, nos hace suponer que su enfermedad permanecía, hasta entonces, sin mayores cambios, y que no había seguido nuestro consejo en cuanto a reiniciar una psicoterapia.

Si tenemos en cuenta que, en ese momento de su evolución personal, era muy difícil concretar las condiciones que su historia imponía a los caminos para recuperar la autoestima y obtener algún género de satisfacción libidinosa, era también muy poco probable que la tendencia autodestructiva se detuviera en ese punto. El hecho de que la patología de Albertina se hallara profundamente insertada en su estructura caracterológica aumentaba las dificultades.

Creemos que nuestra intervención psicoterapéutica –durante el estudio patobiográfico que fue llevado a cabo muchos años antes de que pudiéramos desarrollar las ideas que en este capítulo exponemos– habría tal vez iniciado la posibilidad de revertir o detener la marcha de su enfermedad, si hubiera conseguido reconducirla hacia una psicoterapia psicoanalítica. Debemos tener conciencia, sin embargo, de que detener o revertir un proceso semejante mediante la psicoterapia depende, en última instancia y esencialmente, de que el psicoterapeuta pueda incluir en su trabajo las interpretaciones que surgen de la comprensión simbólica profunda del trastorno somático.

XII.
La sangre tira...[13]

Cuando le dijeron que era leucemia sólo había pensado eso, que era una solución... y ahora se preguntaba... por qué su vida había llegado, insensiblemente, a un punto muerto... No se hacía falsas ilusiones... Sonia se daba cuenta de que todos aquellos que sabían de su enfermedad se ponían incómodos cada vez que hablaba de temas que tuvieran que ver con el futuro. La cara de Olga, cuando le trajo la noticia, ya lo decía todo... a pesar de que sus palabras, en un tono forzadamente optimista, hablaban de las buenas posibilidades que ofrecía el tratamiento...

Tenía 47 años, pero sabía que representaba menos, que su rostro era agradable y atractivo, y que su presencia no era indiferente a los hombres que pudiera haber alrededor. Era sensata y lúcida, se sentía inteligente... ¿cómo habían llegado las cosas a este punto?...

Jorge y Daniel ya estaban grandes, entraban y salían de la casa siempre metidos en sus propios asuntos... en realidad no la necesitaban... Ernesto era un buen marido, un Rosenbaum, trabajador y recto... pero ahora, que el padre se había convertido

---

[13] El presente capítulo se basa en un trabajo anterior, más extenso, realizado sobre el mismo paciente, con la colaboración de los doctores S. Aizenberg, L. Barbero, C. Califano, E. Obstfeld y J. C. Scapusio (Chiozza y colabs., 1995*b* [1985]).

en un inútil, se sentía perdido... y sus negocios, que eran los del padre, iban muy mal.

Todo empezó hace un año, aunque no fue de golpe. Se había sentido cansada, extremadamente cansada, y lo único que le encontraron fue una "discreta" anemia, anemia y depresión. Si no hubiera sido por los mareos, que, en estas últimas semanas, le paralizaron la vida, no se habría descubierto la leucemia... Y bueno... algo tenía que pasar...

Nunca se había sentido enamorada... Cuando se casó, a los 25 años, papá y mamá se iban a Italia con Bernardo... porque aquí, en los diez años que estuvieron, los negocios nunca fueron bien.

En Checoslovaquia, cuando ella tenía 12 años, papá era un hombre importante, y vivían sin problemas de dinero, felices... a pesar de Bernardo y de mamá. Mamá no lo quería... siempre salió con otros hombres... pero papá era un Cobo, era fuerte, y allí lo respetaban... Bernardo, en cambio, siempre fue un cabeza hueca, no parecía hijo de papá... Pobre papá... al principio pudo defenderse del nazismo, luego no hubo más remedio que escapar... y aquí, en Porto Alegre, por más que lo intentara, nunca pudo volver a resurgir.

Nunca se había sentido enamorada... pero en Venezuela, adonde Ernesto fue con un contrato, la vida tenía otro color... Los hijos eran chicos... traían sus disgustos, pero las cosas iban bien. Podía ganar su propio dinero, y ayudar a papá, que, allá en Italia, de nuevo fracasaba, sintiéndose un judío desterrado, con menos esperanzas cada vez. Si no hubiera sido porque Ernesto, que había perdido su trabajo, quería ocupar un lugar en los negocios de su familia, jamás habrían vuelto.

Nunca se había sentido una Rosenbaum, como ellos, como la familia de Ernesto, que aquí, en Porto Alegre, formaban un verdadero clan... un clan que la trataba como a una máquina para producir más Rosenbaums... ¡a ella!... que se sentía Cobo en cuerpo y alma.

Cuando, hace un año, mamá escribió desde Italia para decir que papá estaba inválido y había perdido el habla, que había

que internarlo, que ya no podía más con él, no lo pensó dos veces, sacó un pasaje y se fue...

Verlo fue casi insoportable... un Cobo derrotado, en una casa que ya no era la suya; en una casa que Toti, alemana y católica, manejaba a su antojo, como lo hacía con Bernardo, desde que se casó con él.

Pobre papá... balbuceante... con la mirada perdida en el vacío... Ya no fue capaz de saber que su querida Sonia, la "niña de sus ojos", la que se sentaba en sus rodillas para escuchar fascinada las historias de la raza heroica, era la que estaba allí... Todo empezó hace un año...

El sistema inmunitario y la función linfocitaria

La biología utiliza el término *inmunidad* para referirse a la condición en virtud de la cual un organismo se manifiesta refractario a contraer una determinada enfermedad. La inmunidad es el producto de un proceso que se ejerce a través de funciones celulares y humorales. Estas funciones, que conforman el sistema inmunitario, llevan implícita la posibilidad de reconocer lo "propio", diferenciándolo de lo "ajeno", posibilidad que depende, a su vez, de la existencia de una memoria.

Se ha descubierto que los linfocitos conservan ese tipo de memoria. Cuando son estimulados regresan a su condición de linfoblastos y se reproducen, formando progenies o clones. Cada clon guarda una información inmunitaria particular, la misma para todo el clon, que proviene de su linfocito de origen. A partir de esa información se produce el reconocimiento específico necesario para que los mecanismos de ataque y destrucción de la sustancia "*extraña*" se pongan en acción.

El sistema inmunitario no puede reaccionar frente a una molécula que desconoce totalmente; por este motivo, las prótesis de siliconas, por ejemplo, no desencadenan reacciones de rechazo. Durante la vida embrionario-fetal se produce una selección clonal en virtud de la cual, algunas, entre todas las

configuraciones moleculares reconocidas, son toleradas y pasan a constituir la identidad del individuo, mientras que las demás son reprimidas o prohibidas. Así se establece la diferenciación entre lo propio y lo ajeno. Lo ajeno, o extraño, no es pues, desconocido, es algo "familiar" que ha sido reprimido.

El concepto que utiliza Jerne (1975) para definir lo extraño al organismo se basa en la idea de que se trata de moléculas que son reconocidas porque su estructura constitutiva coincide con información contenida en la pluripotencialidad de los genes y ha sido "reprimida" durante el desarrollo unilateral de determinados clones, que constituyen la identidad genética del sujeto.

Encontramos una notable y esclarecedora coincidencia entre este concepto y el concepto psicoanalítico de lo "siniestro" elaborado por Freud (1919*h**). Como la voz alemana "*unheimliche*", que se traduce por "siniestro", lo demuestra, "siniestro" es aquello familiar que es experimentado como no familiar. Los motivos de esta transformación residen, nuevamente, en el fenómeno de represión y, especialmente, en la cisura represiva intensa que separa lo posnatal de lo intrauterino.

Podemos encontrar, en la psicopatología, un ejemplo conocido de esta vivencia de lo siniestro, cuando un enfermo que sufre un fenómeno de extrañamiento se mira en el espejo y ve su cara, familiar, en vértices y ángulos que le despiertan un sentimiento de extrañeza. Podemos añadir que cuando un bebe "extraña" a la mamá, en el sentido de que no la encuentra ("reconoce") y desea su presencia, se halla ante una vivencia similar. Este fenómeno trasciende, por lo tanto, cotidianamente, los límites de la psicopatología, y se presenta con mayor frecuencia en aquellas personalidades que gozan de una cierta permeabilidad frente a lo inconciente.

No es de extrañar entonces que, sobre esta base, se fundamente la peculiaridad del fenómeno artístico, hasta el punto que podríamos atrevernos a decir que, quizás, lo esencial del arte resida en la capacidad de presentarnos lo familiar en modos y maneras no familiares que poseen la facultad de conmovernos.

Tal como sostiene Jerne, la función inmunitaria no se asemeja al modelo de una reacción entre dos términos, sino al de una compleja red, en la cual el reconocedor (anticuerpo) es a su vez reconocido (antígeno) y puede dejar de ser tolerado. De este modo, lo propio puede transformarse en ajeno y ser atacado, desencadenándose entonces lo que se conoce como una reacción autoinmunitaria.

La existencia de todo organismo, que implica co-existencia armónica y jerarquizada de "individuos" más elementales, depende del fenómeno llamado tolerancia. Contrariamente a lo que suele creerse con respecto a las organizaciones sociales, la tolerancia no comienza por ejercerse "desde arriba hacia abajo", sino al revés. De acuerdo con el proceso de selección clonal, la tolerancia primitiva, aquella a partir de la cual la organización se constituye, es la que el conjunto de individualidades elementales mantiene hacia un clon, el cual, en virtud de esa tolerancia, pasa a ser el fundamento de un individuo más complejo.

La idea de que cada individuo posee un mapa genético completo de cuanta molécula o forma de organización haya ensayado la vida, y de que la evolución biológica de los organismos y de las formas vitales se parece más al producto de un plan creativo que a la consecuencia de una lucha selectiva, adquiere un consenso científico cada vez mayor (Ruyer, 1974; Thomas, 1974; Charon, 1977; Rattray Taylor, 1982; Hoyle, 1983). De acuerdo con ella, los conceptos de represión de genes, selección clonal, tolerancia, inhibición o defensa inmunitarias, deberían quedar desprovistos de su connotación "militar" para poder revalorizar, de este modo, su carácter de participación armoniosa en el concierto general de la vida.

En términos muy esquemáticos, la tolerancia de los individuos elementales hacia el clon organizador debe acompañarse de una intolerancia complementaria del clon organizador hacia los organismos elementales. Si falla esta "intolerancia" "desde arriba hacia abajo", nos encontraríamos con enfermedades como la infección o el cáncer. Si, en cambio, falla la tolerancia "desde abajo hacia arriba", nos encontraríamos con los trastornos que denominamos autoinmunitarios.

La adquisición de la identidad

El psicoanálisis utiliza el término *identidad* para referirse al resultado psíquico de un proceso por el cual nos constituimos en diferentes entre nuestros similares. Una identidad bien establecida se acompaña generalmente de la capacidad de reconocerse en la peculiaridad de su propia forma.

La identidad es el producto de una particular combinatoria de identificaciones. Llamamos identificaciones a las características que el sujeto adquiere mediante un proceso de "copia" o duplicación.

La identificación que ocurre con los padres de la "historia" personal, o con sus representantes posteriores, es "secundaria" o "indirecta" con respecto a la que se realiza con ambos padres de la "pre-historia". Utilizamos el término "pre-historia" para referirnos a un período del desarrollo individual que antecede a la posibilidad de "recordar mediante la palabra". Este período incluye la adquisición "primaria" o "directa" de los "arquipadres heredados", anterior a la que ocurre cuando se los "reencuentra" en las personas de la realidad que llamamos "exterior".

V. Laborde (1974*a*, 1974*b*) ha investigado las fantasías específicas del timo, lo cual lo condujo a ocuparse de los procesos inmunitarios y a sostener que estos procesos aparecen como representantes inconcientes del establecimiento de la identidad a partir de su función de discriminar entre lo propio y lo ajeno. Analiza la relación existente entre el timo y la noción de *self*. Subraya que no debe ser casual el hecho de que, para referirse a uno mismo, dirijamos la mano hacia el lugar del pecho que aloja la glándula tímica. Continúa sus desarrollos ocupándose de la relación existente entre los linfocitos T (que maduran bajo la influencia del timo) y la "memoria" de aquello que debe considerarse "propio". Describe de este modo, a través del análisis de la palabra "in-timidad", las relaciones entre la identidad y lo "íntimo". Esto último le permite también introducirse en interesantes consideraciones acerca de la timidez como un rasgo esencial del carácter tímico, y sus vinculaciones con la vergüenza y el orgullo despectivo.

Esquema para una interpretación psicoanalítica de la leucemia linfoblástica

Durante la vida embrionario-fetal coexisten distintos clones o familias linfocíticas sin ningún género de incompatibilidad, pero, más adelante, una determinada selección clonal configura la identidad del individuo, mientras que las demás son reprimidas.

No es de extrañar, por lo tanto, que el sistema linfocitario sea especialmente adecuado para arrogarse la representación simbólica[14] de los procesos por los cuales se establece la identidad más precoz, precisamente aquella que se logra mediante la identificación primaria y se relaciona más íntimamente con un tipo de identidad "familiar" asociada a la idea de ancestro y de clan.

Si el sistema linfocitario normal actúa en salvaguarda de la identidad de un individuo, su proliferación atípica podría representar una defensa exagerada frente a una vivencia de pérdida. Es posible suponer que el nódulo central de la fantasía inconciente leucémica linfoidea encierra un temor insoportable a perder *la identidad establecida mediante la identificación primaria*.

El peligro que surge en los enfermos de leucemia por la disminución del número de plaquetas y neutrófilos (hemorragias e infecciones que pueden llevar a la muerte) podría representar la fantasía de desangrarse y contaminarse en una especie de "simbiosis" destructiva, simbiosis que es vivenciada como una forma de "fidelidad" a la *antigua* identidad, que se está a punto de perder.

Algunos tratamientos instituidos para la leucemia, en especial la radioterapia encefálica, parecen representar una dramáti-

[14] Acerca de la capacidad simbólica de las estructuras orgánicas y sus trastornos, tema cuya fundamentación escapa a la finalidad de este capítulo, véase "La capacidad simbólica de la estructura y el funcionamiento del cuerpo" (Chiozza, 1981) y el apartado "La formación de símbolos" en "El psicoanálisis y los procesos cognitivos" (Chiozza, 1995*e*, págs. 169-171).

ca oferta de salvación, que consiste en destruir o "matar" todo lo que tiene que ver con la identidad.

En la fantasía específica de la leucemia linfoblástica encontramos, en realidad, la combinación de dos "series" de fantasías inconcientes. Las fantasías específicas linfocitarias y tímicas, y las fantasías en virtud de las cuales la leucemia linfoblástica es catalogada entre las proliferaciones cancerosas, fantasías que hemos descripto en un capítulo anterior. Es posible suponer que la fantasía específica de cada leucemia surja de una combinación semejante entre las fantasías inherentes al cáncer y las que corresponden a cada una de las distintas clases de glóbulos blancos.

Cómo Sonia produjo una leucemia

Sonia y papá eran "de la misma sangre", eran "Cobo", a diferencia de Bernardo, "un cabeza hueca", y de mamá. Sonia se sentía "Sonia-Papá Cobo". Si hubiera completado exitosamente su diferenciación individual, habría llegado a sentir que ella, Sonia Cobo, era una mezcla "No Bernardo" de "Papá Cobo" y "Mamá Levi". Pero habría debido enfrentar la vivencia de ser una "Sonia Cobo-No Papá".

Su identidad de "Sonia-Papá Cobo" podría quedar simbólicamente representada por el "mapa" de una determinada selección clonal, de progenies linfocitarias toleradas, correspondiente a una parte de su identificación primaria. Mapa que parece haberse mantenido sin mayor variación a pesar de su casamiento y su maternidad, ya que no se ha sentido perteneciendo al clan de los Rosenbaum, ni siente que sus hijos son Cobo.

Cuando su padre, enfermo, la "desconoce", lejos de romperse su identidad simbiótica con él, siente que algo suyo la trata como extraña, y ese algo se le vuelve extraño. Sonia debe entonces tratarlo como ajeno y, para "reconocerlo" como antígeno, debe estimular el "recuerdo linfoblástico" de una configuración antes "dormida", frente a lo que toleraba.

Sin embargo, el proceso no se completa: Sonia no puede "atacar" a "su padre", como ocurre normalmente en el proceso de diferenciación que llamamos adquisición de una identidad propia, porque todavía –como quien, acechando a un enemigo, estuvo cerca de matar a un ser querido– teme destruir a una parte de "Sonia-Papá Cobo". Por este motivo, porque los linfocitos maduros pasan a representar simbólicamente el ejercicio de esa función, no puede generarlos normalmente.

El clon linfoblástico que, impotente para madurar y finalizar el proceso detenido, se multiplica monstruosamente hasta desarrollar la leucemia, simboliza el proceso conflictivo por el cual no puede ser "Sonia Cobo-No Papá" ni regresar a "Sonia-Papá Cobo". Antes no pudo ser "Mamá Levi", y después, tampoco, ser Rosenbaum. Ahora que Papá comienza a hacerse extraño, como si fuera Rosenbaum, no puede "atacarlo" para diferenciarse.

Entre las fantasías inconcientes que son específicas de las leucemias linfoblásticas y que suponemos corresponden a un trastorno de los procesos de diferenciación de la identidad "familiar", que deriva de las identificaciones más primitivas, encontramos, como era de esperar, las que son propias de la proliferación cancerosa y llevan implícita la aparición de una determinada tolerancia frente a desviaciones o mutaciones celulares.

La intolerancia "inmunitaria" de Sonia hacia todo lo que no fuera "Sonia-Papá Cobo" ha intentado primero crecer para incluir en el rechazo a "Papá", que se ha vuelto extraño. Pero luego, ante el fracaso de este intento conflictivo, *que se expresa en un linfoblasto que no logra madurar*, "tolera", en una sustitución transaccional, la proliferación linfoblástica "cancerosa".

Esa proliferación, anárquica con respecto al plan del organismo, representa, como todo cáncer, el triunfo de una progenie "primitiva" que satisface de forma extrema su propio "narcisismo". Se presta, por lo tanto, para representar sustitutivamente el "triunfo" simbólico de la intolerancia narcisista de Sonia, intolerancia que, al mismo tiempo que permanece exacerbada y fallida, regresa hacia su fijación "hermafrodita".

Historia clínica

Hacía ya un año que Sonia padecía depresión, astenia y severos mareos, cuando le fue diagnosticada la leucemia. El informe de ese momento consigna: "Plaquetopenia, anemia normocrómica y 80.000 blancos por mm^3, con características inmaduras (linfoblastos). Discreta hepato-esplenomagalia. La punción medular revela 'reemplazo' de las progenies roja y blanca por la presencia de linfoblastos semejantes a los encontrados en la sangre periférica. Diagnóstico: *Leucemia linfoblástica aguda*".

El pronóstico, en cuanto a la posibilidad de sobrevida, es malo. Se decide entonces inmediato tratamiento con citostáticos y radiaciones sobre el sistema nervioso central. Inicia, casi simultáneamente, un estudio patobiográfico y un tratamiento psicoanalítico en cinco sesiones semanales[15].

El tratamiento se realiza de acuerdo con el protocolo utilizado por la Academia Nacional de Medicina. En la primera etapa se utilizó vincristina, prednisona y metotrexato oral e intratecal. También asparaginasa, aracytin y puri-nethol. Se efectuaron diez aplicaciones de radioterapia en la zona encefálica por una única vez.

Su *facies* adquirió un aspecto cushingoide. La pérdida del cabello, de las cejas y del vello corporal fue completa, pero la medicación citostática fue muy bien tolerada durante todo el tratamiento, y no hubo necesidad de hacerle más que una sola transfusión de sangre. El efecto de la terapéutica fue controlado, en la primera etapa, con análisis hematológicos semanales y punciones medulares frecuentes.

Al finalizar los dos meses de la primera etapa, Sonia logra lo que dentro del protocolo utilizado se considera remisión completa. Permanece asintomática. En la sangre periférica se encuentra 11,1 g/dl de hemoglobina, 3.600 leucocitos en cifras

---

15 En el artículo "El tratamiento psicoanalítico de Sonia" (Chiozza, 2001*d* [1985]) se expone la evolución ocurrida en dieciocho meses del tratamiento psicoanalítico de esta paciente.

absolutas y 368.000 plaquetas por microlitro. La punción medular muestra celularidad disminuida, menos del 5% de blastos y la presencia de las tres series hematopoyéticas.

En la segunda etapa, luego de un descanso de una semana, fueron utilizadas las mismas drogas durante un mes. El metotrexato se administra ahora por vía oral. En este período, su padre, inválido, muere en Italia.

Casi cuatro meses después de iniciada la quimioterapia, Sonia comienza el período de mantenimiento, que durará, aproximadamente, dos años. Las dosis de prednisona, metotrexato, puri-nethol y vincristina son mucho menores. Se suprimen la asparaginasa y el aracytin. Se realizan hemogramas cada dos semanas y punciones medulares cada tres meses.

Hubo en este período un solo episodio de leucopenia, en el cual el número de leucocitos descendió por debajo de los 1.500. El trastorno coincidió con la visita de su madre, que viajó hasta Porto Alegre. Sonia se encontró con una mujer de 70 años que no representaba su edad. Autosuficiente e interesada en sus propios asuntos, no se conmovió demasiado al enterarse de la enfermedad de su hija.

Epílogo

El tratamiento psicoanalítico que Sonia inició al descubrirse su leucemia, continúa en cinco sesiones por semana. El material de las sesiones es muy rico en contenidos, y se ve claramente que el trabajo elaborativo de Sonia y su percepción de sus conflictos inconcientes prosiguen. La crisis en el proceso de diferenciar su identidad constituye una temática constante, que apareció representada a través de distintos símbolos, cuyo énfasis se distribuía entre el intento de conservar o recuperar la identidad ancestral de su antigua familia, la búsqueda de un camino propio para desarrollar su vida, y la integración de ese proyecto personal, "egoísta", con los proyectos de su nueva familia en su nuevo entorno social.

La hematóloga que asiste a Sonia le dijo, hace poco, que le sobran los dedos de una mano para contar a los pacientes que, sufriendo la enfermedad de Sonia, evolucionaron tan bien. Luego de este comentario agregó: "¡Qué suerte que tuviste!".

El comentario de la colega que presenció la inesperada mejoría de Sonia me recuerda otro similar, expresado frente al enfermo con lesiones metastásicas de un melanoma maligno, que presentamos en un capítulo anterior.

Todos estamos de acuerdo en que utilizamos el nombre "azar" para referirnos a una combinatoria de variables desconocidas que no podemos pre-ver. La cuestión que ahora nos interesa es saber hasta qué punto en la mejoría de una leucemia grave, o en la tolerancia de Sonia a la quimioterapia, tuvo importancia el hecho de que en su tratamiento se incluyera el psicoanálisis ejercido de una particular manera.

Hay acontecimientos, como la fractura de un hueso consecutiva a un traumatismo, en los cuales podemos admitir fácilmente la intervención de un motivo psíquico inconciente en la determinación del evento desencadenante. Pero estamos habituados a ver en la fractura una mera consecuencia, cuya forma y cuya evolución se explican tan satisfactoriamente como efectos de una causa, que parece innecesario interpretarlas como un lenguaje que transmite una fantasía inconciente.

A pesar de la fuerza que posee este pensamiento cotidiano, la tarea psicoterapéutica nos enfrenta muchas veces con interpretaciones semejantes que nos convencen con una evidencia innegable. Cuando descifrando el código logramos interpretar el lenguaje que el trastorno "habla" –como en el caso de la leucemia de Sonia–, no podemos evitar la idea de que la evolución ha de verse influida por el "diálogo" que nuestra interpretación inaugura.

A través de los años, lentamente, nuestra convicción va creciendo, pero nuestro "diálogo" es todavía un balbuceo torpe, y nuestra convicción deberá esperar aún mucho tiempo, para adquirir la fuerza con la cual hoy creemos en otras terapias.

Tercera Parte

XIII.
La historia que se oculta en el cuerpo

¿Qué clase de historia?

Dijimos ya que un hombre se enferma porque oculta una historia que no puede soportar y que su enfermedad representa, de un modo inconciente, el intento de modificar el significado de esa historia insoportable. Las seis historias que narramos en la segunda parte de este libro hablan por sí mismas acerca de la verdad de este aserto.

No se trata, sin embargo, de la clase de historia por la cual, habitualmente, pregunta el médico. Conviene reproducir aquí, para introducirnos en el tema de este capítulo, lo que expresáramos en *Los afectos ocultos en...*:

> Un médico interroga para saber qué ha sucedido, lo cual equivale a decir que requiere una historia y, además, examina, con métodos que derivan de la física, para obtener los datos de un estado que denomina actual, e inferir, desde allí, las características de un estado anterior y las posibilidades de un estado futuro.
> Al introducir la dimensión temporal en el trabajo que realiza explorando la materia, el médico se rige por la concepción de un tiempo "lineal" que deriva del ejercicio del pensamiento lógico y, por este motivo, su historia clínica es, en un sentido amplio, fundamentalmente cronológica. Se trata de una sucesión de hechos que permiten concebir e interpretar la evolución de un proceso en el cual se postula una causa antecedente y un efecto consecuente.

> Breuer (Freud y Breuer, 1895*d*[*]), durante el tratamiento de Ana O., había descubierto que los trastornos histéricos de su paciente desaparecían cuando ella lograba recordar determinados episodios traumáticos. Freud, en ese entonces neurólogo, prosiguiendo por ese camino, se encontró con que, casi a su pesar, sus historiales clínicos abandonaban el estilo de su especialidad para parecerse cada vez más a los productos del arte literario.
>
> Nos encontramos allí con otro tipo de historia cuyo significado esencial no emerge necesariamente de qué es lo que ocurrió primero y qué es lo que ocurrió después. Se trata de una historia que no penetra en la conciencia como historia, sino como drama actual, porque está viva en cada acto y ocurre en un presente eterno. Una historia que puede narrarse en cualquier tiempo y lugar, porque se repite siempre de nuevo, como si fuera nueva, como en el "érase una vez..." de los cuentos infantiles, en donde todo ocurre en "una" vez, que es "la primera" sólo porque la conciencia olvida lo que la memoria "sabe", que "esta" vez es, "otra vez", la misma.
>
> Se despierta de este modo la imagen de un tiempo circular, no tanto por la idea de que existe un perpetuo retorno, sino por el hecho, conmovedor, de que en este tipo de historia, como suele acontecer con las peleas entre hermanos, o con la disputa entre Layo y Edipo, es imposible saber "quién empezó", y el efecto puede ser interpretado como la causa de su propia causa.
>
> Pueden escribirse, pues, dos historias clínicas distintas del suceso que motiva una consulta médica.
>
> Una de ellas, interpretándolo como un estado actual que proviene de causas pretéritas, describirá los antecedentes cuya concatenación conduce hacia el presente, ya que, fundamentalmente, parte de la idea de que el orden cronológico otorga, o niega, la posibilidad de una influencia.
>
> La otra, interpretándolo como el signo que expresa, en un lenguaje críptico, un drama que el enfermo se oculta a sí mismo, compondrá la trama de una historia que integra a ese episodio, aparentemente accidental, en la coherencia de un sentido que recorre al conjunto entero de una biografía. (Chiozza, 1991*a* [1987], en Chiozza, 1997*b* [1991], págs. 13-14)

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 experien-

cia que es independiente de su ubicación en un espacio y en un tiempo determinados y reales. 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 de un hecho histórico a partir de un presente en el cual ese significado actúa.

¿Qué es lo que llamamos historia?

Una mera sucesión cronológica no basta para constituir una historia. Tampoco es suficiente reunir acontecimientos mediante la argamasa de un significado. Comprender, por ejemplo, que la ventana se ha cerrado de golpe por efecto del viento, y que, como consecuencia, se han roto sus vidrios, introduce significación en una sucesión cronológica, pero no conduce todavía a conformar una historia.

Cuando se relacionan acontecimientos primitivamente inconexos que adquieren, en una unidad de significado, una determinada importancia, añadimos un elemento esencial, y sin embargo no logramos, sólo con ese agregado, una historia. Si nos enteramos, por ejemplo, de que los vidrios rotos han lastimado gravemente a un niño que jugaba allí, el relato, que comienza a conmovernos, alcanza la categoría de una noticia, pero le falta algo más para constituir una historia.

Mientras el relato progresa, genera en el oyente la reiteración de una pregunta: "¿Y...?". Sólo cuando la narración se

completa bajo la forma de una historia, culmina en un estado de ánimo que puede resumirse con la expresión de un "Ah". Si supiéramos, por ejemplo, que el niño se ha lastimado a la misma hora en que su madre cometía un delito, habríamos obtenido la línea argumental de una historia que compromete la idea de un poder sobrenatural que castiga por la realización de un crimen.

Además de esa línea argumental, toda historia contiene, en mayor o menor grado, ese suspenso que llamamos intriga. La palabra "intriga" posee, en sus orígenes, el sentido de un entrecruzamiento, y podemos suponer que alude a un conjunto de bifurcaciones en las cuales reside, indecisa, la posibilidad de significados contrarios de mucha importancia. La intriga se deshace cuando la historia culmina y el significado se aclara, pero la disolución de una intriga no sólo marca el final de la historia, es, además, aquello que determina que un relato constituya una historia. Falta aclarar, sin embargo, de dónde proviene la intriga.

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.

El interés que despierta una historia

Una historia nos conmueve precisamente porque su esqueleto argumental es algo que podemos compartir, ya que escenifica, en diferentes circunstancias, una dramática sempiterna que es inseparable de nuestra condición humana. Se trata de una dramática que pertenece al drama de nuestra vida misma, cuyo destino

se compromete de manera irreversible en cada movimiento. 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 solamente 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 intencionadamente, 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 historia relata no está ocurriendo mientras se relata la historia.

Sucede entonces que, oscilando entre una y otra de esas dos actitudes o "creencias" inconcientes, 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".

Dijimos ya que los enfermos cuya "historia" narramos en este libro pusieron, en un momento dado, su vida entera en el significado de una historia, y se enfermaron de un modo que concuerda con la trama de ésta. En los términos que utilizamos algunos párrafos más arriba, podríamos decir que se trata de una historia inconciente, "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, incluso, 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, inconciente, que permanece "en curso" y cuya intriga no se ha definido todavía.

Los temas de la historia

Las posibilidades de generar diferentes intrigas parecen infinitas, ya que las temáticas típicas y universales son muchas. Sin embargo, si prestamos atención a lo que tienen de común las diversas intrigas, descubrimos que todas presentan dos fases, momentos o situaciones, que podemos llamar de diferentes maneras. Se trata de polaridades tales como el éxito y el fracaso, el triunfo y la derrota, la heroicidad y la muerte, la ofensa y la venganza, la culpa y el castigo, el júbilo y la pena. Cualquier vida nos muestra que estas fases, inestables, se suceden alternativamente, pero toda historia culmina y se detiene cuando se deshace la intriga, y toda intriga se constituye alrededor de una cuestión única: ¿Cuándo, cómo, dónde, y por qué, se pasará de una fase a la otra?

Hemos visto que las seis enfermedades que presentamos en este libro "contienen" seis historias distintas y cada una de ellas se presenta, en la conciencia 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 esas tramas particulares 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, 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.

Dijimos también que la historia que un hombre no puede soportar, y que "lo enferma", es inseparable de su historia "entera", pero su historia "entera" es inconmensurable y, por esa misma razón, incognoscible. Las historias, como las verdades, conducen unas a otras, interminablemente.

Como lo vemos en las mejores novelas o en las buenas biografías, las pequeñas intrigas se combinan, para formar otras grandes, desde el principio hasta el final de una vida, pero, sea cual fuere la historia que acerca de un ser humano podamos construir, ninguna de ellas puede ser la interpretación completa y definitiva del significado de la vida de un hombre.

Debemos enfrentarnos con el hecho incontrovertible de que la vida no cabe en la historia, sino que, por el contrario, permanece siempre abierta a una nueva interpretación. Pero, tal como lo señalamos en la primera parte de este libro, lo que nos propusimos interpretar es el sentido de la enfermedad, no el de la vida entera, y algo nos ha quedado en la mano. Conocemos ahora el *leitmotiv*, el *libretto*, el argumento de cada una de las enfermedades narradas.

La actualidad de la historia

Si comprendemos que una historia no se realiza con los hechos que han "pasado" sino, precisamente, con un significado 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 el significado actual (que actúa en el presente) del instante en el cual se construye esa historia.

Freud, en el historial del "Hombre de los Lobos" (1918*b* [1914]*), y en sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17 [1915-17]*), cuando se interroga acerca del valor de realidad que puede otorgarse a los recuerdos de algunas escenas infanti-

les, concluye en que la imposibilidad de deslindar lo verdadero de lo falso no disminuye el valor que tales recuerdos poseen como representantes de una realidad psíquica actual.

Tal como lo subrayamos en *Los afectos ocultos en...*: "La historia 'verdadera' será, pues, aquella construida, con el rigor de un método, en el proceso mismo de su interpretación, mediante la confluencia, inevitable, de lo interpretado y el intérprete, ya que en la actualidad presente de cada uno de ellos permanece, viva, una parte de la desconocida realidad 'pretérita'." (Chiozza, 1991*a* [1987], en Chiozza, 1997*b* [1991], pág. 15).

Tiene, por lo tanto, muy poca importancia buscar en los datos de la memoria conciente 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 inconciente de las enfermedades del cuerpo, constituye un valioso fragmento de "la verdad" buscada.

Tal como lo hemos señalado ya, las seis historias que, para ejemplificar la tesis, en este libro relatamos, son el producto de haber interpretado, con el rigor de un método, y con la ayuda del paciente, el sentido "lingüístico" de sus "enfermedades del cuerpo". Nos interesa subrayar ahora que, como siempre ocurre, el significado de su historia cambiaba mientras comprendíamos, en nuestro diálogo con el enfermo, el significado de su trastorno corporal. Integrar dos significaciones contradictorias, cuya incongruencia se manifiesta como un conflicto que genera sufrimiento, implica siempre trascenderlas en una unidad de sentido distinta y más amplia.

XIV.
La conmovedora experiencia de resignificar una historia[16]

Hoy[17], más de veinte años después de haber realizado el primer estudio patobiográfico, conversamos todavía, muchas veces, acerca de lo que sucede, con el paciente, y con el equipo médico, durante la ejecución del método. Compartimos entonces, con los colegas recientemente incorporados a la práctica del procedimiento, una sensación de sorpresa que no se agota con los años. Nos asombra aún que, cuando se examinan de manera intelectual, y "a distancia", los distintos "pasos" que integran el estudio completo, sea casi imposible sospechar la profunda implicación emocional del enfermo, y del equipo médico, que ocurrirá al hacerlo.

Pero esa experiencia emocional no ocurre de manera fácil, ya que se escapa siempre cuando se la busca de una manera conciente, deliberada y lineal. Durante las largas horas de un tratamiento psicoanalítico ortodoxo, indefinido en cuanto al tiempo de su terminación, hemos aprendido que el llamado *insight*, la comprensión súbita y esclarecedora de la "verdadera" significancia de un hecho o de una situación, es, como lo ha dicho Bion (1974), una perspectiva "revertida", un cambio

---

16 El presente capítulo reproduce, con escasas modificaciones, el trabajo que, con el mismo nombre (Chiozza, 1995*d*), fue publicado en el libro *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis* (Chiozza, 1995*b*).

17 Refiere al año 1995, correspondiente a la primera edición de este artículo.

catastrófico que deja huellas imborrables y que, sin embargo, volveremos a perder una y otra vez, hasta que el proceso de elaboración lo "fije" de manera que pueda ser recuperado.

Se trata, además, de un cambio de punto de vista, o de significado, que ocurre "a contrapelo". Se trata de encontrar el sentido de una historia que está no más lejos que allí, oculta en el lugar más insólito, y de cuya "verdadera" importancia nos separa la muralla transparente de una resistencia que nos permite contemplar su figura, pero nos impide, a la manera de una sordina, oír lo inteligible de su voz.

Freud afirma que: "Hay que agradecer siempre a la vieja técnica hipnótica que nos exhibiera ciertos procesos psíquicos del análisis en su aislamiento y esquematización. Sólo en virtud de ello pudimos cobrar la osadía de crear nosotros mismos situaciones complejas en la cura analítica, y mantenerlas transparentes" (Freud, 1914*g**, pág. 150).

Podemos decir, parafraseando a Freud, que la experiencia obtenida durante los años transcurridos en el ejercicio de una práctica psicoanalítica ortodoxa, nos permitieron "mantener transparente" la necesidad de exigir que el estudio patobiográfico nos permitiera obtener un auténtico *insight*, imprescindible para la magnitud del cambio que se proyectaba alcanzar.

Pero no es eso lo más importante. Estábamos lejos de imaginar, en los comienzos, que el procedimiento aportaría, como inesperado regalo, una nueva y mayor transparencia al proceso psicoanalítico que ejercemos cotidianamente en nuestros consultorios. Muchas horas del trabajo "patobiográfico" de un equipo entero empeñado en recorrer la distancia que separa, en el paciente, la intelectualización del auténtico *insight*, nos permitieron contemplar y reconocer, una y otra vez, *la escenificación histórica que re-presenta la significancia actual que constituye la raíz inconciente de la crisis biográfica.* Al principio, durante el instante brevísimo en el que transcurre un *flash*, y luego, con la duradera claridad de un suceder conocido.

Antes de proseguir con este intento de transmitir lo vivido durante la realización de estudios patobiográficos, debemos re-

latar sucintamente los motivos y las circunstancias que nos condujeron a diseñar el método. Dejemos, sin embargo, señalado ya, que la aparente simpleza de los jalones que lo constituyen es engañosa, y que es necesario perseguir con empeño y con rigor metodológico los senderos trazados en la abrupta pendiente que es necesario remontar, para poder contemplar, de golpe, y con sorpresa, el valle que se divisa desde su corona.

Los primeros pasos en el diseño del método

Es una historia que empezó hace mucho, cuando, siendo un adolescente todavía, la lectura de un ensayo de Maeterlinck (1907), *La inteligencia de las flores*, me colocó en el camino que conduce a la ruptura epistemológica que devuelve a lo psíquico el lugar igualitario que, frente a lo somático, le corresponde.

El psicoanálisis interpreta que lo psíquico inconciente puede comprenderse mejor como el conjunto de las metas y las vicisitudes pulsionales que corresponden al ejercicio de las distintas funciones del cuerpo, que como un producto de la fisiología cerebral. De modo que mi contacto con la obra de Freud, ocurrido diez años más tarde, tuvo el carácter de un reencuentro con las ideas que Maeterlinck había sembrado en mi mente juvenil.

Creo que debemos a ese hecho, que considero afortunado, el que nuestra indagación patobiográfica huyera, desde el comienzo mismo, de la idea de psicogénesis, de la búsqueda de un diagnóstico psicopatológico, de la psiquiatría llamada "dinámica" y, sobre todo, de los postulados del paralelismo psicofísico.

Mi aproximación al psicoanálisis ocurrió desde la clínica médica y, más específicamente, desde la gastroenterología. Fueron los mismos enfermos, con su necesidad de ser comprendidos en la totalidad de sus crisis vitales, quienes me orientaron inequívocamente en esa dirección.

Cuando, después de muchos años en el ejercicio de la práctica psicoanalítica, fundamos el Centro de Investigación en Me-

dicina Psicosomática, sentí renacer en mí el viejo anhelo de usar el psicoanálisis en el campo concreto de la asistencia al enfermo somático. Fue por ese motivo y en esa época que empecé a reunirme con Enrique Obstfeld para dar forma a la idea de crear un centro asistencial.

Quienes estábamos entonces en condiciones de emprender la nueva tarea dedicábamos casi todas nuestras horas al tratamiento psicoanalítico de pacientes, y no era fácil imaginar cómo podríamos liberar un tiempo suficiente para ejercerla seriamente. Nuestra experiencia hospitalaria nos enseñaba, además, que el principal problema a resolver era cómo evitar que, dada la duración de los tratamientos, en unas pocas semanas quedara bloqueada nuestra posibilidad de asistir a los nuevos enfermos.

Necesitábamos un método que fuera suficientemente "profundo" como para modificar un trastorno somático y, al mismo tiempo, suficientemente breve como para no "saturar" las posibilidades asistenciales con unos pocos enfermos. También nos interesaba que fuera "tipificado" hasta el punto en que nos diera la posibilidad de compartir la experiencia dentro del grupo de colegas que debían ejercerlo.

Esa fue la tarea que emprendimos con Obstfeld, tratando de resolver, a la vez, los problemas científicos y los administrativos. No sólo se trataba de encarar la dificultad, desde la teoría, de lograr un tratamiento que fuera, al mismo tiempo que "breve", "profundo". Era también necesario imaginar el modo en que podría llegar el paciente, quién y cómo realizaría el contacto telefónico y la primera entrevista, cuál era la propuesta que se le debía ofrecer y cómo explicarle un procedimiento basado en premisas que todavía no poseían consenso.

Era además imprescindible asignar un número promedio de horas de trabajo para cada estudio, y calcular cuánto se le cobraría al paciente y cuánto se les pagaría a los médicos. Sabíamos que el procedimiento sólo podría funcionar con psicoterapeutas bien formados y capaces, y con médicos de las distintas especialidades que no fueran prioritariamente elegidos por su "permeabilidad" a la "psicosomática", sino por su idoneidad en sus propias disci-

plinas. Esto implicaba solicitar la colaboración de colegas que ya dedicaban muchas horas a un ejercicio profesional exitoso en sus propios consultorios y en el ámbito institucional.

Era imprescindible, por lo tanto, reservar sólo un mínimo de los ingresos para solventar los gastos generales y destinar el máximo a los honorarios devengados por la asistencia al paciente. Teníamos claro que un procedimiento que no se realizara sobre la base de una economía sana para el paciente, y para el médico, tendría muy pocas posibilidades de perdurar.

Necesitábamos también encontrar un lugar adecuado, determinar su tamaño y la distribución de las habitaciones en función del número óptimo de pacientes que se esperaba asistir y del número óptimo de colaboradores que la tarea requeriría. Todas estas determinaciones influirían, naturalmente, en los cálculos de gastos y recursos que debíamos realizar en ese mismo momento.

La necesidad de que el procedimiento, que denominamos estudio patobiográfico, fuera "profundo" y "breve" condujo a dos ideas rectoras. La idea de un equipo que pudiera brindar una concentración de esfuerzos –muchas "horas-médico" por cada "hora-paciente"– y la idea de una intervención "puntual", dirigida hacia el cambio de un trastorno concreto. Por este motivo, nuestro Centro debería llamarse "Centro de Consulta Médica", subrayando de este modo que nuestra intervención típica, por más que se realizaría en un plazo aproximado de cuarenta días, tendría el carácter de una "consulta", es decir que quedaría encuadrada dentro de límites temporales precisos.

La actualidad de la patobiografía

El nombre "estudio patobiográfico" intentaba significar que la tarea esencial consistía en estudiar al paciente con el objetivo de obtener su patobiografía actual. Debemos, pues, explicar ahora qué es lo que entendemos por "patobiografía actual".

Utilizamos la palabra "biografía" en su sentido común y corriente, que alude a un escrito que se ocupa de relatar una

vida. Señalemos, también, que el hecho de que el resultado de nuestra labor se materialice por escrito, no es indiferente para la teoría que fundamenta al método.

En cuanto al término *pathos* debemos decir que los tres significados que condensa se prestan adecuadamente, todos ellos, para lo que queremos transmitir a través de la denominación que utilizamos. Uno de esos significados se refiere a lo que llamamos patológico, otro a lo que llamamos afecto o pasión, el tercero (propio de la corriente filosófica que transitaron Ortega y Gasset, Heidegger, Sartre y Weizsaecker) alude a un aspecto esencial del ser humano que consiste en que no sólo es caracterizado por cuanto es, sino que, por el contrario y muy especialmente, por aquello que no es e intenta ser.

Weizsaecker llamará "lo pático" a ese constitutivo padecer del hombre por aquello de lo cual carece y hacia lo cual se encamina. Cinco son las categorías que lo constituyen: querer, deber, poder (en el sentido de permiso), tener que (en el sentido de obligación) y poder (en el sentido de capacidad).

El hombre es un cuerpo físico que ocupa siempre, inevitablemente, un lugar, y genera de ese modo la noción de espacio. Esa es su realidad óntica, su "naturaleza", compuesta por moléculas y átomos. Pero no menos importante, sino más, es su historicidad, ya que en ella reside cuanto en la vida nos importa, es decir: cuanto en la vida nos conmueve. La historicidad pática, que otorga al tiempo su cualidad, formada de nostalgias y de anhelos, es la esencia misma de lo que denominamos "psiquis" y es también inherente a la noción misma de tiempo. Por esto podemos decir que el hombre consiste en una intrincada amalgama de historias que se interpenetran, como se entretejen, para formar una trama, los distintos hilos de un retículo.

Patobiografía será, pues, una biografía en la cual se prestará una especial atención al encadenamiento, a la sucesión, o a la sustitución, de las múltiples enfermedades, afecciones y trastornos que forman parte de una vida. Pero patobiografía será además, y sobre todo, el relato escrito de una vida en cuanto tiene de padecimiento y de pasión, y en cuanto alude a lo inaca-

bado de esa vida que se encamina, siempre, de modo inevitable, hacia una meta incumplida.

Nos falta, por fin, aclarar a qué nos referimos con la expresión "patobiografía actual". Mientras que presente es aquello que ahora percibimos allí, en frente nuestro, actual es lo que, ahora, en nosotros actúa. Cuando iniciamos un estudio patobiográfico, la tarea que llamamos anamnesis nos "arroja" una primera patobiografía actual que representa la crisis que motiva la consulta en los términos en que el paciente la procesa mientras responde al cuestionario que, con él, dialogamos. Más tarde, ayudados por la tarea intermedia que llamamos sinopsis de antecedentes, y por la discusión y elaboración del equipo, resignificaremos esa historia para llegar a una temática distinta que representa, a nuestro entender, de una mejor manera, a un significado inconciente y oculto que trasciende, y al mismo tiempo enriquece, al que había construido el paciente.

Esa "segunda" patobiografía, nuevamente actual, en el doble sentido de que se refiere a la crisis que motiva la consulta y de que inevitablemente actúa desde el momento de su construcción, es el producto que constituye la meta del estudio. Se trata, como hemos dicho, de una re-significación, es decir, de una nueva y distinta significación que surge cuando se destruye la primera, "desarmando" la historia oculta que el paciente transmite, entretejida con antiguos e inconcientes malentendidos e interpretaciones estrechas, para recomponerla de una diferente manera. Así procuramos ensanchar la magnitud del camino que debe ser recorrido y disminuir el ineludible peaje que se debe pagar o, para decirlo en las palabras de Freud, intentamos sustituir el sufrimiento neurótico por el sufrimiento que es normal en la vida.

Las primeras dificultades

Nuestro trabajo con el nuevo método tropezó, desde el comienzo mismo, con una doble dificultad. Por un lado, nuestros colegas psicoanalistas, quienes, contemplando la cuestión desde

la psicopatología, o desde el encuadre psicoanalítico clásico, desconfiaban tanto de la psicoterapia breve como de la existencia de fantasías inconcientes específicas de los distintos trastornos orgánicos. Por el otro, los médicos de nuestro entorno profesional, y también aquellos que intervenían en la realización de una parte del estudio patobiográfico, que no terminaban de comprender cuál era nuestra posición. Estaban dispuestos a admitir la importancia de los "factores psíquicos" en el curso y en la evolución de la enfermedad, algunas veces también en su génesis, pero interpretaban nuestra búsqueda de un significado inconciente específico en cualquier trastorno somático como si estuviéramos afirmando que toda enfermedad era el resultado de una causa psíquica. Algunas veces aceptaban nuestra actividad como una extravagancia teórica inocente o inocua; otras, su sinceridad y su preocupación por el enfermo los llevaban a aceptar nuestra labor sólo en la medida en que no influyera sobre su juicio clínico o interfiriera con el *timing* o la forma de sus prescripciones.

El hecho de que algunos de los pacientes graves que nos consultaban no pudieran prescindir de una asistencia médica altamente calificada introducía un nuevo problema, ya que era necesario conservar el vínculo del paciente con un médico del cual efectivamente dependía. Un niño depende efectivamente de sus padres, y un enfermo psicótico, de su grupo familiar. De modo que la técnica psicoanalítica, en ambos casos, se vio obligada a diseñar un encuadre que tuviera en cuenta esa importantísima circunstancia. Tanto en uno como en otro caso, el psicoterapeuta se enfrenta con familiares que, a pesar de su ambivalencia, se encuentran lo suficientemente implicados, dada la naturaleza de sus vínculos, como para aceptar el ser incluidos, de alguna manera, en el proceso psicoterapéutico. Muy diferente es la circunstancia del médico con el cual un paciente somático grave establece una real dependencia en ese vínculo que se suele llamar "relación médico-paciente". Ésta ha sido, y continúa siendo, una de las dificultades más grandes que el encuadre psicoterapéutico de un paciente orgánicamente enfermo debe resolver.

Los hábitos de pensamiento que forman parte del consenso médico predominante conducían, una y otra vez, a que se nos pidiera un mayor esclarecimiento acerca de lo que en la patobiografía podía considerarse diagnóstico y lo que podía considerarse terapia. Se nos preguntaba también, frecuentemente, en cuál de los cuadros psicopatológicos conocidos y tradicionales clasificábamos al paciente. De modo que tropezamos, desde el comienzo, con todo género de malentendidos.

En la primera época de nuestro trabajo predominaban en nuestra consulta pacientes muy graves, que recurrían a nosotros con la actitud del que, "perdido por perdido", acepta cualquier terapia que se le proponga, y esto aumentaba nuestras tribulaciones, no sólo por el monto de la angustia con la cual teníamos que enfrentarnos, sino porque nuestra falta de experiencia con el método determinaba que nuestra confianza en él se apoyara únicamente en nuestra convicción teórica.

Muchos pacientes se sentían defraudados por el hecho de que luego del tiempo y del dinero que invertían en el estudio patobiográfico no se llevaban, físicamente, ni siquiera un informe. Muchas veces sentían que les habíamos dicho casi nada, o algunas de las cosas que sabían de antemano. En esto, por fortuna, fuimos inflexibles y soportamos estoicamente críticas y enojos. Las entrevistas finales, en las cuales comunicamos nuestras conclusiones, aunque se realizan sobre la base de cuatro o cinco páginas escritas, son "habladas" y poseen el significado de un acto que allí, en ese momento, se cumple. Sabíamos que entregar al paciente un informe que pudiera leer o comentar fuera del contexto de esas entrevistas, sería contraproducente, porque aprendimos que debíamos huir de las frases y sentencias que pueden ser recordadas, como se recuerdan las máximas. Nuestro problema magno, en realidad, era otro: qué y cómo hablar de aquello que habíamos comprendido... y comprendíamos cada día más.

Mirando ahora, retrospectivamente, aquellas dificultades iniciales, puedo decir que en realidad el consenso y los pacientes no han cambiado demasiado. Ha cambiado, sí, nuestro

vínculo con ellos en la medida que los años transcurridos nos han enriquecido en conocimientos, prestigio y confianza.

Los primeros logros

Pero no todo, en aquella primera época, fueron dificultades. La primera satisfacción que obtuvimos surgía de que cada día comprendíamos más acerca del significado inconciente de la enfermedad y veíamos con más claridad la relación entre sus vicisitudes y los distintos avatares que formaban parte de la biografía.

Muy pronto se agregó a esa satisfacción intelectual en uno de los terrenos más enigmáticos entre aquellos con los cuales se enfrenta la curiosidad del hombre, una inesperada experiencia. El clima emocional, inicialmente traumático, en el cual se desarrollaba un estudio que debía enfrentar, desde adentro de una vida con la cual era inevitable y necesario identificarse, las alturas más grandes del sufrimiento humano, se transformaba paulatinamente, a medida que el trabajo con el paciente en cuestión progresaba, en la profunda y conmovedora esperanza de vislumbrar una salida y, al mismo tiempo, el costo, a veces muy grande, que en cada caso implicaba.

Fueron muchas las ocasiones en las cuales sentimos, como el médico a quien consultan luego de que se ha establecido la peritonitis, o el abogado al cual se solicita consejo luego de haber firmado el contrato, "por qué no habrá venido antes", dado que en una biografía puede verse, como suele suceder en el cine, casi el momento preciso en el cual se elige el camino que conduce a la enfermedad. En realidad, la experiencia emocional del equipo que realiza una patobiografía se parece en algo a la que se experimenta frente a un filme cinematográfico bien realizado, pero, a diferencia de lo que ocurre con el espectador de cine, el equipo sabe que puede influenciar sobre el decurso de los hechos, es decir que interactúa.

Los conocimientos que íbamos adquiriendo acerca de las fantasías inconcientes implícitas en la crisis biográfica que se

constituía como enfermedad en los pacientes que estudiábamos, aumentaban nuestra convicción de que el hablar con ellos de lo que habíamos comprendido debía, necesariamente, influir de manera positiva en el curso de su enfermedad.

A medida que nuestra experiencia crecía, nuestra convicción teórica adquiría, poco a poco, el sabor de lo vivido, y más allá de una comprobación estadística –casi imposible cuando se trata de un objeto de conocimiento en el cual homogeneizar variables constituye un contrasentido–, adquirimos, con el transcurso de los años, la seguridad que surge de lo que se ha visto suficientes veces. Más tarde veríamos cómo este proceso se repetía en grupos de colegas que, en otras ciudades, recorrían cuidadosamente las huellas de una experiencia que conduce desde la idea de que "algo sucede" cuando se realiza un estudio patobiográfico, hacia la idea de que la enfermedad se modifica, y a veces se modifica hasta un punto en el cual uno, al principio, se resiste a creer. Ese ha sido también uno de los motivos de satisfacción que nos acompañó desde el comienzo mismo de la tarea emprendida, la cantidad de colegas que compartieron con nosotros, de manera progresiva, un idéntico entusiasmo, especialmente aquellos que no buscaban, como es tan común en nuestros días, un camino fácil.

La evolución del método

Durante los años transcurridos hemos aprendido muchas cosas, la mayoría de las cuales son difíciles de transmitir. Todas influyeron en nuestro modo de pensar e interpretar una patobiografía y, más allá de ella, al proceso psicoanalítico mismo. Todo paciente contiene en su alma un diálogo inconcluso con algún personaje de su historia, un diálogo que desearía y no puede reanudar. Aun si ese personaje es alguien que ya ha muerto, no es esto lo que imposibilita la reanudación del diálogo, porque la verdadera dificultad no consiste en la carencia de alguna otra persona que pueda ocupar, aunque sea transitoriamente, su lugar, consiste en que faltan las palabras adecuadas.

Encontrar el camino de palabras que hace mucho tiempo se ha perdido, camino oculto por la enfermedad y obstruido por un conjunto de palabras sustitutas, no es empresa fácil. Quienes aman la pesca suelen transmitir la idea de una conversación que sólo surge de a poco, con palabras que surgen sólo cuando se comparten largas horas de silencio.

Durante la confección de los estudios patobiográficos se nos impuso la necesidad de ser cada vez más cuidadosos en la elección de las palabras con las cuales comunicaríamos al paciente nuestras conclusiones. Cuando se habla de algo largo tiempo callado, íntimamente entretejido con las zonas más sensibles de nuestra vida afectiva, toda prudencia es poca. No podemos exigir el máximo de un músculo que ha permanecido largo tiempo inmóvil. Y sin embargo también es cierto que es necesario decir.

Atrapados entre el Escila y el Caribdis de una y otra necesidad, lo que hemos aprendido acerca del núcleo esencial del *insight* y de la elaboración, y acerca de la magnitud tolerable y suficiente de afecto, nos condujo a una técnica psicoanalítica más limpia, menos dolorosa, más pulida, que daría lugar, años más tarde, al planteo de que es conveniente interpretar la transferencia de manera indirecta, utilizando, en la formulación verbal de la interpretación, los personajes del relato que nos comunica el paciente.

La realización de patobiografías nos hizo evidente una regla fundamental, que equivale allí, en cierto modo, a lo que en psicoanálisis denominamos "atención flotante". No sólo sucede que para ver no basta con mirar; también es verdad que, tal como sucede con las figuras planas que ocultan una vista tridimensional (Perry, 1994), para ver es necesario no mirar del modo en que se mira habitualmente, y así, renunciando a lo que se ve de primera intención, desenfocando la mirada de lo que resulta obvio, aparece de pronto, como si se tratara de un regalo, un panorama nuevo.

El primero de los modos habituales de mirar es el diagnóstico. Recuerdo a un niño, cuyo caso supervisé en Italia, en el

cual el diagnóstico de un megacolon impedía comprender que el conjunto de síntomas y las maniobras familiares que los acompañaban se constituían, de modo inconciente, en el niño y en sus padres, como una de las formas de la masturbación anal.

La "realidad clínica" del diagnóstico nos lleva muchas veces a olvidar que en el sentido de la enfermedad es importante la finalidad para la cual funciona. Así ocurrió, por ejemplo, con un caso de anorexia grave, en el cual la dramaticidad del diagnóstico y sus implicancias "prácticas" tendían a distraer nuestra atención de una dinámica "grupal" dentro de la cual una niña, que se sentía inmensamente sola, había por fin logrado, con el riesgo de su propia vida, y en un intento de comunicación inconciente, introducir el caos, el fracaso y la imperfección, en una familia "exitosa" y "perfecta".

La importancia práctica es, también, uno de los modos del mirar habitual que, a partir de la idea de que es necesario apresurar la solución, no nos deja, muchas veces, ver. Otras veces es la posibilidad de un inmediato alivio de síntomas molestos o casi insoportables, el recurso que "resuelve" lo que aqueja al paciente, y nos conduce a postergar la contemplación de una crisis que, años más tarde, se cobrará un precio excesivo.

Los éxitos de la tecnología en la "curación" de algunos pacientes con tumores cancerosos nos enfrentan, cada día más, con un hecho que anteriormente, cuando la gran mayoría se moría, permanecía oculto. La repetición, a veces muchos años más tarde, de un cáncer que no es metástasis ni recidiva del tumor primitivo nos muestra que la erradicación del tumor no cura la disposición cancerosa del paciente.

Freud, en su ensayo "De guerra y muerte. Temas de actualidad", dice: "Es por cierto demasiado triste que en la vida haya de suceder lo que en el ajedrez, donde una movida en falso puede forzarnos a dar por perdida la partida" (Freud, 1915*b**, pág. 292). Más allá de las vicisitudes, más o menos soportables, a que da lugar la enfermedad, el precio más alto que pagamos es una limitación en el conocimiento de nosotros mismos que equivale a un escotoma en nuestro conocimiento del mundo.

La enfermedad, sin embargo, no es el producto definitivamente terminado de una elección irreversible, es la expresión de un conflicto que todavía continúa vivo, y se presenta, desde ese punto de vista, como la segunda oportunidad para enfrentar el drama que ya una vez fue rechazado. Todos hemos visto familias en las cuales el enfermo funciona como el "radar" o como el "fusible" que deshace la continuidad de una situación imposible.

Una y otra vez, durante la realización de estudios patobiográficos, nos hemos encontrado con que el paciente suele acordarse todavía del momento preciso en que expulsó de su conciencia un drama que volvió casi enseguida bajo la forma de un síntoma intruso. De allí para adelante, su deseo de comprender el sentido del síntoma, recuperando el recuerdo del drama olvidado, luchará con la tentación de suprimir también al síntoma con la complicidad del médico. Y si la tentación triunfa, introducirá en la historia de su vida dos nuevos personajes: la enfermedad y el "remedio".

La resignificación de una historia

Insistimos a menudo en que si es verdad que un hombre se constituye con millones de átomos que se relacionan entre sí formando una particular estructura, igualmente fundamental y verdadero es decir que se constituye como un conjunto de historias que se contienen unas dentro de otras, interminablemente. Del mismo modo que un filme cinematográfico no constituye el relato de una vida entera, una patobiografía actual no pretende ni se propone ser la historia completa de una vida.

Las distintas variaciones que en el transcurso de una vida configuran *su* argumento suelen presentarse enhebradas en una hilera que le proporciona una unidad de sentido, una especie de *leitmotiv* como el que caracteriza a los personajes de algunas obras musicales. Del mismo modo que en cada unas de las células de un organismo pluricelular encontramos el ADN

que contiene la "idea" completa que constituye al organismo, la patobiografía actual es un trozo de la vida que la re-presenta por completo en el instante en que se vive. Es, sin embargo, una representación de algo tan inconmensurable como el conjunto entero de las "ideas" contenidas en los genes.

¿Dónde encontraremos, pues, el significado de la patobiografía actual? ¿Dónde encontraremos el punto de apoyo para "iniciar" un cambio? ¿Quién y qué decidirá su curso? Sabemos ya que una biografía ordenada como crono-lógica de una secuencia temporal casi nunca contiene el significado que buscamos, como tampoco lo contiene esa otra crono-lógica que llamamos "historia clínica". No buscamos especialmente un diagnóstico psicopatológico, ni buscamos establecer lo que algunas veces se llama un "cuadro psicológico". Lo que buscamos es, por sorprendente que parezca: ¡literatura!

Hace unos cuantos días miraba una de las fotografías traídas por un paciente al cual le estábamos realizando un estudio patobiográfico. Se trata de fotografías que él elige libremente, y en una de ellas se veía a sus abuelos maternos junto con el paciente, que entonces era un niño. El niño estaba en primer plano, y la abuela, con aspecto decidido, autoritario y enérgico, colocaba una de sus manos sobre un hombro del niño. El abuelo, sentado en un segundo plano, con la mirada perdida en el vacío, desprovisto de toda vitalidad, semejaba, en su rostro, a una momia. La foto reiteraba uno de los argumentos trágicos centrales de esa familia en la cual hombres y mujeres desempeñaban, con escasas variaciones, siempre los mismos "papeles". Y la mano en el hombro simbolizaba el "traspaso" de un "mandato" que configuraba un verdadero destino. Comprendimos entonces la escasa importancia que tenía el hecho de que la foto fuera efectivamente de su propia familia. Quiero decir con esto que si el paciente la hubiera encontrado en un álbum de fotos ajeno, igual habría podido utilizarla para transmitirnos el mismo mensaje inconciente.

Un hilo argumental como el que acabamos de ejemplificar, entretejido con otros que lo enriquecen con una mayor com-

plejidad dramática, forma el esqueleto histórico que sostiene el significado de todas las vidas. Se trata de un hilo que continuamente pasa, de padres a hijos, en una historia cuya carne emocional abarca siempre tres generaciones, las tres generaciones que han mantenido entre sí una convivencia más o menos concreta.

Y ¿cómo se accede a la historia de una persona? "Un día [un viejo] sabio chino perdió sus perlas. Mandó, pues, a sus ojos a buscar sus perlas, pero sus ojos no encontraron a sus perlas. Mandó entonces a sus oídos a buscar las perlas, pero sus oídos tampoco encontraron a sus perlas. Mandó luego a sus manos a buscar las perlas, pero tampoco sus manos las encontraron. Y así mandó a todos sus sentidos a buscar sus perlas, pero ninguno de ellos las encontró. Finalmente, mandó a su no-buscar a buscar sus perlas, y su no-buscar encontró las perlas" (Racker, 1958, pág. 26). Sólo podremos ayudar si dejamos que la verosimilitud de una historia nos alcance, cuando estamos dispuestos a no obstruirle el camino. Durante las supervisiones de los estudios patobiográficos hemos aprendido que la historia "no está en los papeles", que contienen solamente algunos indicios. Es en los mismos miembros del equipo que han discutido el estudio, donde se ha "refugiado". Una cosa es segura: tal como ocurre con el verdadero amor, cuando llega no hay dudas. Y si hay dudas, no es.

¡El significado que adquiere, en un momento dado, una vida! Parece ambicioso, pero el significado, como el corazón, para vivir hace falta. Recordemos lo que alguien ha dicho: *El que tiene un "porqué" para vivir, puede soportar casi cualquier "cómo".*

Cuarta Parte

XV.
El alma oculta en la alteración del cuerpo

> El hombre desnudo se ha desnudado más que la mujer, y el hombre maduro más que el joven, […] el joven va como embozado en sus líneas curvas […] Diríase que el alma no ha tenido aún tiempo para labrar su propio retrato en el cuerpo a su servicio.
>
> *La expresión como fenómeno cósmico*, Ortega (1925)

Percibir diferencias en el mundo y sentir importancias en el alma

Me percibo como un cuerpo físico que ocupa un lugar en el espacio. Al mismo tiempo siento, pienso y hago en un momento temporal que se integra en una historia que recuerdo y utilizo para configurar mis deseos. Mis percepciones "construyen" objetos en el mundo a partir de las diferencias que registro. Mis sensaciones me "establecen" como un sujeto "sujetado" por las importancias que me afectan. Las percepciones llegan desde los órganos sensoriales, y con ellas constituyo una vida de relación y una imagen del mundo. Las sensaciones que me llegan desde las vísceras y desde mis "humores", constituyen mi vida vegetativa y mi estado de ánimo.

Existen otras sensaciones que los neurofisiólogos denominan "somáticas", como, por ejemplo, las sensaciones de dolor y las que corresponden a los registros de la posición del cuerpo en el espacio, de la temperatura y de la vibración. Esas sensaciones somáticas recorren trayectos y llegan a centros nerviosos distintos que las sensaciones originadas en las vísceras y en los humores del cuerpo. Si tenemos en cuenta que la diferencia esencial entre percepciones y sensaciones parece consistir en

que las primeras constituyen cualidades que configuran objetos que ocupan un espacio, podría decirse que las llamadas sensaciones somáticas (que en opinión de algunos derivan del tacto) son en realidad percepciones.

Las investigaciones neurofisiológicas actuales reconocen dos tipos de conciencia. Una conciencia primaria especialmente vinculada con las funciones del tronco encefálico, y una conciencia secundaria especialmente vinculada con las funciones de la corteza cerebral. La conciencia primaria se integra con las sensaciones viscerales y humorales que configuran los afectos y el estado de ánimo que denominamos "humor". Establece la importancia del instante temporal que se vive, y a partir de esa importancia se establecen los valores. La conciencia secundaria se integra con las percepciones que surgen de la función de los distintos canales sensoriales que configuran los objetos "físicos" en el mundo o en el interior del cuerpo. Establece las diferencias que ubican al propio cuerpo y los objetos en un espacio circundante.

A pesar de que no nos caben dudas acerca de que nuestros semejantes "contienen un sujeto" como el que sentimos vivir en nuestro cuerpo, es un hecho incontrovertible el que no podemos percibir su alma como podemos percibir su cuerpo, sino que, por el contrario, debemos inferirla a partir de su comportamiento físicamente perceptible. Esa diferencia entre el cuerpo perceptible y el alma ajena que, como sucede con la parte inconciente de nuestra propia alma, sólo podemos inferir, crea un plano divisorio entre el cuerpo y el alma. Habitualmente, cuando nada nos apremia, no solemos diferenciar entre el cuerpo y el alma. Cuando masticamos un caramelo, o cuando nos encontramos con un amigo, lo hacemos naturalmente en cuerpo y alma, pero es un hecho también incontrovertible que existen dificultades que nos conducen a aprovechar el plano divisorio para desintegrar al organismo disociándolo en un cuerpo desalmado y en un alma incorpórea.

El problema epistemológico

El punto de partida que configura el problema de la interrelación psicofísica surge de una constatación cotidiana. Sé por experiencia propia que un daño físico en mi cuerpo, por ejemplo, puede producirme el sufrimiento psíquico que llamo dolor, y también sé que cuando emprendo psíquicamente el movimiento de uno de mis brazos, ese movimiento puede ocurrir físicamente. El "puente" que vehiculiza esa interrelación psicofísica constituye el famoso enigma de la psicosomática. Las soluciones propuestas se ubican dentro de dos disyuntivas. La disyuntiva entre materialismo e idealismo, y la disyuntiva entre monismo y dualismo. Dentro de esos parámetros pueden distinguirse, con un criterio esquemático, unas pocas opciones que son las más frecuentemente propuestas.

Para el monismo materialista extremo la mente no es más que una ilusión creada por la función de un grupo de células. Para el monismo materialista moderado, que constituye la posición que hoy predomina en la ciencia, la mente es una propiedad emergente que surge en los organismos cerebrados. Un buen ejemplo de lo que debe considerarse una propiedad emergente lo tenemos en el cloruro de sodio, cuyas propiedades químicas son completamente distintas de las que caracterizan al cloro y al sodio cuando están separados. Entre las críticas formuladas al monismo materialista sobresalen, por su claridad de pensamiento y por la solidez de su planteo, las que realizó Erwin Schrödinger, quien recibió el premio Nobel de física por su formulación de las ecuaciones de onda en la mecánica cuántica. Schrödinger se refiere a tres puntos fundamentales: 1) La pretendida causalidad psicofísica difiere completamente de la relación entre la causa y su efecto que se postula en la física. 2) La organización del conocimiento en un mundo físico "objetivo" inteligible excluye de ese mundo a la conciencia como fenómeno psíquico. 3) Si se desea reducir uno de los campos a un epifenómeno del otro, el monismo consiguiente no debería ser materialista, ya que lo psíquico "está de todos modos" configurando el campo en el cual se da el conocimiento.

Para el monismo idealista extremo lo material no es más que una ilusión de la mente. Frente a esta posición, que en lo esencial coincide casi completamente con el solipsismo (que postula que lo único cierto de manera indudable es mi existencia), debo llegar a la conclusión de que, en ausencia de un mundo objetivo, seré totalmente responsable por el acontecer universal. Un idealismo moderado parte del "pienso, luego existo" pronunciado por Descartes, para quien el acto de conciencia es la primera realidad indudable. Frente a este idealismo cartesiano que, en opinión de Ortega, revierte el realismo que predominaba en la filosofía griega, Ortega señala que debemos tener en cuenta, en un mismo nivel de importancia, que existe "la cosa que me hace pensar".

Llegamos por fin al dualismo cartesiano, que fundamenta un paralelismo psicofísico estableciendo dos realidades, una pensante y la otra extensa, irreductibles entre sí. El paralelismo da lugar a dos posiciones con respecto a la relación que ambas realidades mantienen entre sí. Una de estas posiciones afirma que hay una interrelación, lo cual es un modo de decir tautológico que nada esclarece. Se la representa muchas veces con el famoso guión que vincula (o separa) ambas realidades, pero es un puente que, careciendo de una tercera sustancia que podría vincular al cuerpo con el alma, siempre permanecerá, como un puente levadizo que se ha levantado, en una de las dos orillas que intenta vincular. La otra posición frecuentemente sustentada por el paralelismo es la que postula la coexistencia. Una realidad, al menos dentro de los organismos biológicos, no se dará sin la otra, pero su relación nos es desconocida. Aclaremos que Spinoza las consideraba dos manifestaciones de Dios, y, como tales, sólo podrían relacionarse en sus divinos confines.

La relación entre el cuerpo y la mente en la obra de Freud

El psicoanálisis sustenta dos posiciones con respecto a la relación entre el cuerpo y la mente. Ambas se apoyan en Freud.

En una de ellas, ampliamente difundida, el cuerpo funciona como generador del alma, los órganos son fuente de las pulsiones instintivas, las pulsiones se "apuntalan" en las funciones fisiológicas y, desde allí, generan las fantasías inconcientes. La otra posición, muy poco conocida, se apoya en la que Freud consideraba segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis. Aclaremos, dicho sea de paso, que mientras Freud sostenía que la metapsicología psicoanalítica no constituía la base del edificio teórico sino su coronamiento, y que podía por lo tanto ser sustituida sin daño alguno, caracterizó como fundamentales solamente a las dos hipótesis que expone claramente en 1938. La primera parece encontrar su justificación en servir de introducción a la segunda. Veamos los puntos esenciales que surgen de la segunda hipótesis: 1) Rechaza enfáticamente el paralelismo psicofísico (cartesiano). 2) Sostiene que los concomitantes somáticos, presuntamente sin alma, de los procesos psicológicos concientes, son en realidad lo verdaderamente psíquico, es decir lo psíquico inconciente. 3) El significado psíquico de los concomitantes somáticos, es decir, el que le corresponde específicamente a cada concomitante, es precisamente lo que permanece inconciente. 4) La conciencia otorga la cualidad de psíquico o somático. Fuera de la conciencia se ignora lo que existe y, por lo tanto, no existe cualidad.

De acuerdo con el paralelismo psicofísico, las series somáticas son series completas y sólo algunos de sus eslabones arrojan signos de su existencia al aparato mental, de modo que, como consecuencia de esos eslabones faltantes, se configuran en la conciencia series psicológicas incompletas. Si tomamos como ejemplo el proceso digestivo, que configura una serie en la cual podemos distinguir elementos tales como la deglución, la tensión gástrica, la secreción clorhídrica, la secreción biliar, la secreción pancreática, el peristaltismo, etc., veremos que a la conciencia llegan normalmente sensaciones somáticas como las que corresponden al principio y al final de la serie, es decir, masticación, deglución y defecación, por ejemplo. En algunas ocasiones es posible que llegue a la conciencia la sensación de plenitud gás-

trica, en otras, fenómenos que no siempre podemos identificar como propios, como es el caso de los borborigmos, o fenómenos decididamente anormales, como ocurre cuando sufrimos dolores cólicos intestinales o biliares. Muy distinta al paralelismo, que en su origen sólo admite una psicología de la conciencia, es la interpretación que constituye la segunda hipótesis, de acuerdo con la cual lo psíquico genuino es inconciente, y la conciencia es un proceso que se agrega sólo a una minoría de sucesos psíquicos. De modo que los concomitantes somáticos, presuntamente desalmados, son lo verdaderamente psíquico, percibido como somático precisamente porque no se hace conciente el significado "histórico", el "sentido" que los caracteriza como un proceso psíquico.

No cabe duda de que esta idea fundamental ya estaba implícita en las primeras formulaciones del psicoanálisis. Cuando Freud postula que las funciones del órgano que denominamos "boca" constituyen la fuente de las pulsiones que configuran la zona erógena oral, queda implícito que la percepción de la boca genera en nuestra conciencia representaciones orales y que las sensaciones que derivan de la zona erógena oral se integran, en la teoría psicoanalítica, con esas representaciones. Agreguemos a esto que, a partir de tales representaciones, se organizan en nuestra conciencia dos formas del conocimiento: la identificación de una parte del cuerpo que constituye la boca, y la delimitación, en el alma, de un tipo particular de fantasías que adquieren el nombre de orales. Ambas organizaciones de conocimiento conciente confluyen cuando comprendemos que una parte del cuerpo, en este caso la boca, es al mismo tiempo fuente, objeto y agente de pulsiones instintivas específicas.

Nos falta agregar una cuestión fundamental. Si se sustenta la primera posición, de acuerdo con la cual lo psíquico se basa en un sustrato fisiológico, se llega a la conclusión de que los hallazgos del psicoanálisis sólo podrán consolidarse en la medida en que la investigación neurológica los corrobore "científicamente". La posición que deriva de la segunda hipótesis, en cambio, conduce inequívocamente hacia la idea de que también

el psicoanálisis puede corroborar las afirmaciones de la neurología. Freud ha sostenido, en varias ocasiones, que el psicoanálisis poseía dentro de su misma disciplina, su propio ámbito de corroboración. Pero más allá de la idea de corroboración, queda claro que la existencia de una relación específica entre determinadas "partes" del cuerpo y determinados "contenidos" del alma, permite enriquecer, desde un campo, los conocimientos del otro.

El fantasma en la máquina

Un conjunto de mecanismos constituye una máquina, pero no todas las máquinas son de metal. Una máquina es un procedimiento efectivo, es decir un algoritmo, lo que en computación suele denominarse un programa, y, por supuesto, ese programa puede consistir en un conjunto de "instrucciones", pero puede también existir, "impreso", en la estructura del aparato que lo ejecuta. Es importante comprender que una relación "mecánica", como la que vincula a un efecto con su causa, no alcanza para constituir una máquina. Aun si pensamos en máquinas antiguas y sencillas, como un molino de viento, o un reloj de arena, nos damos cuenta de que son máquinas precisamente porque cumplen con un fin que constituye, sin equívoco alguno, su razón de ser. La estructura anatómica o histológica, y la dinámica fisiológica de la máquina humana, obedecen a la misma regla: encuentran su razón de ser en el hecho de que se dirigen hacia el cumplimiento de un fin, acerca del cual, simplificando un poco, solemos decir que consiste en conservar la vida. La medicina no ha prescindido jamás completamente del pensamiento teleológico, que procura explicar las estructuras y sus funciones identificando los fines a los cuales sirven. Los modelos matemáticos que pertenecen a las teorías acerca de la complejidad introducen el concepto de finalidad con el nombre de "atractor". La fisiología sostiene como uno de sus

principios clásicos que la función "hace" al órgano, Ortega señala que, además, lo explica. La estructura, "en ovillo", del glomérulo renal, por ejemplo, se explica por la necesidad de aumentar la superficie de filtrado. Las funciones fisiológicas son máquinas "teleológicas" que cumplen con un fin.

Una secuencia de acontecimientos que se encaminan hacia un fin constituye lo que denominamos sentido o significado, y una serie de acontecimientos que tiene significado constituye una historia. También es cierto que aceptar la existencia de un psiquismo inconciente lleva implícito que lo que define al psiquismo no es la conciencia. Lo que define al psiquismo, precisamente, es el significado, o el sentido, la "intención" de una serie de acontecimientos que se encaminan hacia un fin. De manera que lo que llamamos psiquismo, y lo que llamamos historia, pueden ser vistos como dos aspectos de un mismo asunto. Llegamos así a la conclusión de que el psiquismo inconciente no es solamente un "producto" del funcionamiento del sistema nervioso. El psiquismo inconciente es inseparable de toda función fisiológica, es decir, es inherente a ella. Lo que alguna vez se ha llamado "el fantasma en la máquina" impregna al organismo entero.

El significado de los signos y los símbolos

Susan Langer (1941), en su famoso ensayo *Nueva clave de la filosofía*, señala que la significación se ejerce con signos y con símbolos; el signo indica una presencia, mientras que el símbolo representa una ausencia. Claro está que el signo indicador, como sucede con el anillo violeta que señala la presencia de glucosa en la orina tratada con el licor de Fehling, funciona en nuestra mente como una representación que alude a una presencia que los sentidos sólo registran por intermediación del signo.

Freud sostuvo que todo proceso con importancia suficiente puede (en virtud del principio de la *pars pro toto*)

arrogarse la representación del conjunto entero del cual forma parte, pero hay dos tipos de representaciones. La representación que se parece a lo representado, como una copia o una fotografía se parecen al original, y la representación que llamamos representante porque alude a lo representado pero no se le parece. En el primer caso, la representación procura aludir, de la mejor manera posible, a todas las cualidades de lo representado; en el segundo, el representante funciona como tal solamente en virtud de la condición que ha determinado su elección como representante. El edecán del presidente de la república no lo representa, obviamente, en virtud de su parecido físico con él. Es importante subrayar que la condición que determina la elección del representante suele consistir precisamente en el hecho, señalado por Freud, de que el representante forme una parte importante de lo que representa. Cae por su propio peso que la representación ejercida, para cumplir su cometido, debe ser inequívoca, lo cual equivale a decir que la relación entre la representación y lo representado debe ser específica. Mientras que el representante tiende a simbolizar mediante la rememoración de una idea, la representación tiende a expresar mediante la reactualización de un afecto. El símbolo parece cumplir su función aproximándose más a la función de un representante que a la de una representación; el signo, en cambio, en cuanto testimonio de una presencia, parece cumplir mejor con la función "expresiva" propia de la representación.

Las funciones de significación se ejercen en un contexto que las determina. Un cartel que en el borde de una ruta anuncia que a una distancia de un kilómetro y medio hay una estación que vende gasolina, visto desde un automóvil que viaja a cien kilómetros por hora funciona como el signo indicador de una presencia, pero cuando lo ve un sujeto que debe empujar su auto hasta la estación de servicio, funciona como un símbolo que representa la ausencia de la deseada estación.

Puede decirse que el ser humano posee tres "tipos" de mano: la mano física, que es la que percibe cuando la ve arrugada o lisa; la mano psíquica o histórica, que siente cuando busca una moneda en el bolsillo, y la mano abstracta, ideal, espiritual o "matemática", que es el concepto o conjunto de cualidades que la definen en el pensamiento como mano. Puede decirse también que la mano física corresponde a la presencia de la mano, la mano psíquica a su representación y la mano abstracta a su representante.

El lugar que ocupan los cuerpos materiales depende de la noción de espacio que pertenece a la física. El tema argumental, anímico, que configura un drama histórico que se desarrolla en el tiempo, y también los conceptos abstractos o ideales, que configuran el pensamiento y las formas matemáticas, carecen en cambio de un lugar físico. Digamos, como metáfora, que la sinfonía de Beethoven que transmite el receptor de radio no se origina ni permanece en el aparato, sino que llega a él y lo "atraviesa", desde un campo impregnado por esa información. Los pensamientos que un ser humano recibe, procesa y expresa, resuenan en él, pero no permanecen físicamente en su interior. Funcionamos como antenas con un circuito oscilante que sintoniza las ideas que flotan en el ambiente en que vivimos. Algunas de esas ideas que nos atraviesan se quedan con nosotros, porque producen un cambio perdurable en la estructura física que nos constituye.

La existencia de una representación lleva implícita la existencia de, por lo menos, dos "lugares" imaginarios o dos "niveles de inscripción", el del signo o el símbolo que alude y el del referente aludido. Por este motivo, referido a la existencia de lo conciente y lo inconciente, Freud estableció, como primera hipótesis fundamental del psicoanálisis, la concepción de un aparato psíquico "extenso", configurando de este modo una topología imaginaria que representaba, metafóricamente, con el espacio virtual en el cual se forman las imágenes de un telescopio o de un microscopio. Dado que el significado define al psiquismo inconciente, no es el significado lo que define a la

conciencia. La conciencia es noticia, en una "doble inscripción", de un significado.

La organización de la conciencia

Las historias, como las cajas chinas o las muñecas rusas, se contienen unas dentro de otras. Como sucede con las hojas, las ramas y el tronco de los árboles, o con los niveles de integración del sistema nervioso (Hughlings Jackson), las historias se organizan jerárquicamente. Es probable 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 de las formas fractales.

Si, de acuerdo con lo que dijimos, lo que define a la conciencia es la noticia de un significado que genera o equivale a una doble inscripción, deberán existir, necesariamente, distintos niveles de conciencia que son inconcientes para la conciencia habitual y, además, cada nivel de conciencia "inconciente" debe configurar el mapa de un yo inconciente distinto. Es incluso probable que los distintos niveles de conciencia se organicen siguiendo modelos que manifiestan la complejidad de la vida. Frente a la conciencia habitual, secundaria, habitada por percepciones, pensamientos y recuerdos, la neurofisiología distingue hoy una conciencia afectiva, primaria, habitada por sensaciones y por estados de ánimo. Podemos suponer también una conciencia de sistemas y de funciones de órganos que funciona de manera inconciente para la conciencia habitual. En un nivel más profundo habrá también una conciencia célulo-humoral, acorde con la idea de un yo célulo-humoral que ha postulado Cesio. Si aceptamos que la conciencia es noticia de un significado, y que la información es significado, el registro de la tensión en el seno carotídeo o el registro de los niveles de anhídrido carbónico en la sangre, equivalen a formas más elementales de una conciencia "inconciente".

La "relación específica" entre las partes del cuerpo y el alma

La búsqueda de relaciones específicas entre distintas "partes" del cuerpo y distintos "contenidos" del alma, ha sufrido desventuras surgidas de una simplificación reduccionista en ambos territorios. En el campo de la neurología es un buen ejemplo la antigua teoría de las localizaciones cerebrales, nacida de una interpretación limitada de las observaciones realizadas sobre algunos daños funcionales. Recurriendo a un ejemplo extremo, podemos decir que si se desconecta la fuente de alimentación de un receptor de radio puede cesar la emisión de música, sin que esto signifique que la música entraba al receptor por el cordón de alimentación. En el campo del psicoanálisis ha sucedido algo en cierto modo similar. La investigación de conflictos específicos en distintas enfermedades a partir de unas pocas fantasías "clásicas", como las orales, las anales y las fálico-uretrales, implicaba también una limitación. Afortunadamente la cuestión ha progresado en ambas disciplinas. Los enormes progresos en neurofisiología que condujeron al descubrimiento de los distintos neurotransmisores y las exploraciones incruentas de la actividad eléctrica o metabólica de diferentes áreas encefálicas durante el ejercicio de funciones psíquicas distintas o en estados de ánimo diversos, permitieron desarrollar la idea de sistemas funcionales complejos (Luria) diseminados en la red. Freud sostuvo que todo proceso de cierta importancia envía sus propios componentes a la excitación general del instinto y también que del examen de los fines del instinto muchas veces pueden deducirse las fuentes orgánicas que le han dado origen. A partir de esas dos afirmaciones freudianas se ha consolidado la idea de que los órganos constituyen sus propias fantasías específicas o, para decirlo mejor, son en sí mismos fantasías, sin dejar de ser "reales". Llegamos de este modo a establecer que existen distintos tipos de fantasías específicas. Las fantasías de los órganos, como por ejemplo las hepáticas o las renales, algunas de las cuales, como sucede con las orales o las anales, pueden constituir una primacía cuando el psiquismo entero se organiza en torno de ellas y llegan a veces a "colonizar"

las estructuras vecinas. Fantasías de sistemas funcionales, como las fantasías visuales o inmunitarias. Fantasías de funciones elementales, como la fantasía general exudativa o las fantasías implícitas en la inflamación. Y, también, fantasías de enfermedades, como las fantasías cancerosas o las que encontramos en el SIDA.

De acuerdo con la idea, freudiana, de que lo psíquico se apuntala en lo corporal, existe un representante psíquico inconciente de la pulsión instintiva, de origen somático. Partiendo de esta afirmación puede sostenerse que todos y cada uno de los órganos generan de este modo ("en otro lugar") representantes propios que constituyen fantasías específicas. Sin embargo, si tenemos en cuenta que de acuerdo con la segunda hipótesis fundamental las metas fisiológicas de las funciones y las metas de las pulsiones instintivas corresponden a una misma realidad vista desde dos puntos de vista distintos, queda claro que una determinada fantasía específica es la meta de una pulsión particular y también, al mismo tiempo, la meta de "esa" función fisiológica. La teoría del apuntalamiento, unida a la postulación que afirma la existencia de una primacía de fantasías inconcientes generadas por algunas zonas erógenas, señala que la excitación de esas zonas invade, impregna o "erotiza", con sus cualidades específicas, otras zonas que toma por "objeto", modificando su función. Es importante señalar que el enfoque teórico determinado por la segunda hipótesis, de acuerdo con la cual la finalidad de una función fisiológica es al mismo tiempo una meta pulsional y una fantasía inconciente específica, es absolutamente compatible con sostener que los excedentes de excitación, generados por una función que goza de una primacía, eroticen la función de otros órganos.

La transformación de los afectos en signos y en síntomas

Los afectos son "actos" vegetativos motores o secretores; su cualidad depende de una clave de inervación que se "justifica" teniendo en cuenta una historia filogenética. Por este mo-

tivo Freud afirmaba que los afectos pueden ser considerados como equivalentes a un ataque histérico heredado, una especie de histeria universal y congénita que forma parte del acervo que todos compartimos.

La psicofisiología del llanto puede servirnos de ejemplo. Frente a la actualidad de una carencia que produce sensaciones víscero-humorales que determinan el estado de ánimo que denominamos tristeza, puede activarse la clave de inervación que configura el llanto, que en su forma típica consiste en una descarga de una forma particular de excitación que se manifiesta en sollozos, lamentos y efusión de lágrimas. La efusión de lágrimas, de acuerdo con lo que comprendimos como resultado de un trabajo que realizamos en 1970 y que coincide en lo esencial con algunas ideas planteadas por Wundt, puede ser vista como un acto motor justificado en la filogenia. El dolor ocasionado por un cuerpo extraño en la superficie de la córnea ocular, puede reactivar la huella mnémica de un automatismo heredado que procura, mediante la efusión de lágrimas, "lavar" la superficie del ojo arrastrando al cuerpo que genera el dolor. A partir de ese automatismo, es posible comprender la relación existente entre la efusión de lágrimas y la tristeza. Frente a la actualidad de una carencia que genera tristeza, se genera también el deseo de anular la carencia, pero ese deseo lleva implícito el recuerdo de una experiencia de satisfacción anterior. Ese recuerdo que, si nos limitamos a mencionar lo más importante, está habitado por elementos sensoriales de índole visual, acústica, cenestésica y táctil, estará acompañado, en la tristeza de la carencia, por un dolor que posee todas las características que tienden a iniciar el proceso de duelo. Si, teniendo en cuenta los límites de los automatismos inconcientes nacidos de la tendencia a resolver las dificultades, pensamos que intentaremos librarnos del "dolor visual" tratándolo como si fuera un cuerpo extraño que lastima la córnea, comprenderemos el porqué de la efusión de lágrimas que suele acompañar la tristeza. Se trata, como es obvio, de un acto motor que actualmente no se justifica.

Volvamos a la afirmación de Freud cuando señala que el afecto equivale a una histeria heredada, y la histeria a un afecto neoformado. Tanto en uno como en otro caso, los actos motores que los constituyen no se justifican ahora, en el sentido de que no son acordes con la situación actual. Si consideramos que en la histeria los sucesos que la configuran se justificaban en el momento inicial, porque (independiente de si fueron o no fueron eficaces) tenían sentido en función del trauma que los generó, diremos que los fenómenos histéricos, que se justifican y generan en la ontogenia del sujeto, son altamente individuales, mientras que los afectos, que se justifican en la filogenia, son congénitos y universales. Cuando un suceso motor que ocurre ahora no solamente se justifica en su sentido teniendo en cuenta la situación actual, sino que además logra eficacia, cesa la carencia y la excitación que ella provocaba. Dado que el afecto está formado por sucesos motores que actualmente carecen de sentido, llegamos hace unos años a la conclusión de que no sólo el afecto es inoperante en cuanto a su eficacia para mitigar la carencia, sino que la intensidad de su desarrollo está en proporción inversa con la intensidad de las acciones eficaces que tienden a anular la carencia. Ambos, afectos y acciones eficaces, se reparten la única magnitud de excitación de la cual el sujeto dispone, para fines diversos. Sin embargo, tal como lo señala Freud, el afecto adquiere una eficacia secundaria gracias a que funciona como un fenómeno comunicativo de una carencia que puede ser mitigada mediante el recurso de la asistencia ajena.

Si queremos comprender cómo los afectos pueden transformarse en signos o en síntomas de una enfermedad, conviene que volvamos a utilizar el ejemplo del llanto. Comencemos por sus vicisitudes neuróticas. La actualidad de una carencia que desencadena un deseo unido al recuerdo de una escena pretérita "original" y traumática queda reprimida, y el afecto se desplaza a una escena sustituta que no justifica tal afecto, de modo que el llanto resulta injustificado en función de la escena a la cual ahora se atribuye su origen. Esa es la "ven-

taja" de la represión, y ese es el precio que se paga por ella. Agreguemos que este llanto, independientemente de su falta de justificación, tenderá a ser utilizado para "ablandar" al objeto y obtener la anulación mágica de la carencia inconciente que lo motiva. Las vicisitudes psicóticas del llanto derivan de otra dinámica. Cuando frente a la actualidad de una carencia se transforma un peligro "interior" en un peligro "exterior", y se destruye el significado de la percepción sensorial, alterando el juicio de realidad, y sustituyendo el afecto original, si el llanto aparece, apoyará su justificación en la alteración del juicio. Cuando el intento de evitar un afecto conduce a que la condensación y el desplazamiento se ejerzan "dentro" de la clave de inervación, hablamos de una "patosomatosis". En el caso del llanto, cuando la excitación se condensa en la efusión de lágrimas, retirando la investidura de los demás elementos de la clave, nos encontraremos con que, en su forma más típica, no sólo faltan los sollozos y los lamentos que nos permitirían atribuir al suceso el significado del llanto, sino además la tristeza o los afectos emparentados (como el miedo o la angustia) que habitualmente lo acompañan. Una efusión de lágrimas que se presenta así, completamente aislada de los otros elementos de la clave, no será reconocida como afecto, sino que, por el contrario, se interpretará como un fenómeno físico, la epifora, privado de toda connotación afectiva. Cuando la deformación de la clave de inervación del llanto se "combina" con la deformación de otros afectos, podemos interpretar lo que ocurre como un llanto vicariante. Expresiones tales como lágrimas de sangre, o lágrimas de hiel, parecen aludir a este fenómeno por obra del cual dos estructuras se "acoplan" llevando muchas veces a que se llore con órganos distintos de los lagrimales. Si se trata de un deseo genital frustrado, por ejemplo, que produce al mismo tiempo una intensa tristeza, como la que ocurre frente a la pérdida de un objeto amado, el deseo puede quedar deformado y representado por una congestión vaginal y la tristeza por un llanto deformado que se descarga únicamente por la efusión de lágrimas. Si ambos sucesos, la

congestión y la secreción lagrimal, "regresan" hacia el núcleo común, original, que corresponde a la función general exudativa, un catarro vaginal puede expresar, condensadamente, la excitación frustrada y el llanto consiguiente. Acontecimientos tales como el asma bronquial, la coriza, la conjuntivitis o la epistaxis, han sido interpretados, en parte, como otros tantos llantos vicariantes.

A partir de la fuente constituida por las distintas zonas erógenas, se excitan las claves de inervación, de origen filogenético, que otorgan a cada uno de los afectos una parte importante de la cualidad que los distingue, determinando cuáles serán los efectos motores y secretores de esa excitación. Cuando la excitación inviste simultáneamente dos afectos que entran en conflicto, como podrían ser, por ejemplo, la envidia apoyada en la rivalidad y la vergüenza que surge de la dependencia, ambos afectos, que se disputan su acceso a la motilidad, suelen estrangularse mutuamente. A esto se refiere Freud cuando afirma que el verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto que ocasionando placer en un sistema ocasionaría displacer en otro. Cuando los afectos estrangulados se deforman patosomáticamente, y cada uno de ellos se descarga a través de alguno de los elementos de su clave, el suceso resultante, sea percibido como signo o sentido como síntoma, no será registrado como afecto sino como una afección. Esa afección, típica en el sentido en que lo son las enfermedades reconocibles, es un símbolo universal que representa de manera transaccional los afectos en conflicto y configura, desde ese punto de vista, lo que Freud denominó "lenguaje de órgano" o "dialecto de lo inconciente".

Las sensaciones víscero-humorales que constituyen síntomas, y los fenómenos corporales "objetivos" que constituyen signos, representan afectos que permanecen latentes, y si configuran un lenguaje de órgano es porque corresponden a cambios corporales que ocurren debilitados en la descarga normal del afecto. Freud sostenía, refiriéndose a los fenómenos histéricos, que cuando el síntoma parecía simbolizar

"plásticamente" en el cuerpo los usos del lenguaje, en realidad ocurría que obtenía sus materiales de la misma fuente que nutría a los giros lingüísticos. Así, desde una misma zona erógena, surge la disfagia histérica y la expresión "tener que tragarse un ultraje". En el giro lingüístico la vinculación con el órgano es inconciente, en la actualidad del síntoma el lenguaje de órgano se manifiesta como sensación somática en un sesgo hipocondríaco que equivale a una disminución del umbral de las sensaciones normales. La presencia del signo constituye la forma en que el lenguaje de órgano se manifiesta a la percepción "objetiva".

Podríamos hacer una larga lista relacionando afectos con síntomas y signos. Podríamos relacionar, por ejemplo, el desaliento con la disnea, la envidia con la disquinesia biliar, la ambición con los trastornos de las vías urinarias, y muchos otros más. Cabe preguntarse ahora: ¿Estamos en presencia de una simplificación semejante a la que nutría la idea de las localizaciones cerebrales? Cuando decimos que re-cordar es "volver al corazón", no estamos afirmando que el proceso de recordar es el equivalente psíquico de la función cardíaca. Queremos significar que el corazón se arroga la representación simbólica de las rememoraciones que transcurren con una sobresaliente participación afectiva. 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 conciencia como, por ejemplo, una arritmia cardíaca o un cólico biliar, no transcurre en el corazón o en 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. Esas funciones se ejercen en distintas regiones del tallo cerebral y en las estructuras profundas del cerebro que se vinculan con distintas áreas de la corteza cerebral.

La historia que se oculta en la enfermedad

Un acto fallido corresponde a la perturbación de una acción iniciada a partir de un proyecto conciente, ejercida por otro "proyecto" que permanece inconciente. Una acción "vegetativa" que se ejerce a partir de un "proyecto" o algoritmo inconciente, como es el caso de la función fisiológica, también puede ser perturbada por otro proyecto contradictorio inconciente. Las claves de inervación de los afectos normales son automatismos "proalimentados", algoritmos, que se configuraron filogenéticamente. La descarga que se realiza a partir de la deformación de su clave adquiere un significado equivalente al de un acto fallido. La enfermedad, que se manifiesta como una alteración de la función fisiológica, es siempre, además, una alteración del afecto que corresponde a la trama elemental de una historia. Podemos decir que la biografía, que es el conjunto de historias que constituyen una vida, surge de las funciones del cuerpo, porque la trama "íntima", el sostén elemental de esas historias, surge del significado "teleológico" de las funciones del cuerpo. Las distintas finalidades de las diversas funciones del cuerpo configuran deseos, afectos y las importancias que a los afectos se ligan. La trama elemental de las historias, lo que constituye las distintas temáticas que fundamentan una ciencia metahistórica, dirigida a indagar en la sustancia misma del proceso que llamamos "historia", se teje con las importancias que nacen de los afectos, y los afectos surgen de las metas que persiguen las funciones del cuerpo. Así nacen los dramas que constituyen historias. Historias que nos interesan porque "convivimos" los dramas que en ellas se narran. Si tenemos en cuenta que los afectos son universales y congénitos, en el sentido de que todos compartimos las mismas disposiciones al desarrollo de los mismos afectos, podemos decir que existe una temática histórica original cuya cualidad dramática "conmovedora" es compatible con el funcionamiento "normal" de los órganos.

Cuando los afectos que produce el drama "original", compatible con la función normal de los órganos, son rechazados,

se intentará alterar el recuerdo de la historia a fin de modificar los afectos intolerables. Recordemos a Nietzsche cuando afirma: "Has hecho esto, dice la memoria, no pude haberlo hecho, dice el orgullo, y finalmente la memoria cede". Cuando no se logra deformar la historia original se deforma la clave de inervación del afecto, reemplazándolo por síntomas, o por signos, que ocultan ese afecto, ocultando con él la verdadera significancia de la historia original. Los síntomas y los signos constituyen un acto funcional "fallido" por obra de un designio inconciente (deformar un afecto y ocultar el significado de una historia) contradictorio con su función normal. Podemos decir entonces que la alteración del cuerpo, que se produce por una deformación afectiva, oculta una historia original particular, propia de esa afección, configurando el guión biográfico específico de cada enfermedad.

XVI.
Lo que nos hace la vida que hacemos

Acerca de la relación entre el psicoanálisis y las neurociencias

Gandhi afirma:

Cuida tus pensamientos,
porque se transformarán en actos,
cuida tus actos,
porque se transformarán en hábitos,
cuida tus hábitos,
porque determinarán tu carácter,
cuida tu carácter,
porque determinará tu destino,
y tu destino es tu vida.

El problema inicial

Hubiéramos podido escribir "lo que nos hace el hijo (o la esposa, o el hermano) que hacemos". También "lo que nos hace el cuerpo (musculoso, obeso o enclenque) que hacemos" o "lo que nos hace la enfermedad (o el trastorno) que hacemos". El destino (o la vida) de nuestros allegados, de nuestro cuerpo, o de nuestras enfermedades, ¿es independiente de lo que nosotros hacemos? ¿Son independientes nuestra inteligencia, nuestro sentido común, nuestro carácter o nuestra capacidad para una determinada labor? Ortega señala que en el niño el alma no ha tenido tiempo suficiente para labrar su propio retrato en el cuerpo a su servicio. Los neurofisiólogos sostienen que la experiencia "esculpe" los circuitos neuronales que conforman el cerebro. Mediante su funcionamiento el cerebro y el cuerpo se "esculpen". Hay zonas que se desarrollan, y otras que involucionan o se atrofian. Las huellas de la experiencia dejan hábitos que nos conforman. El déficit psíquico o caracterológico suele ser menos conciente que el déficit físico que se manifiesta en las funciones o en la

forma del cuerpo, por este motivo el consenso acepta mejor el fisicoculturismo (que supone un entrenamiento laborioso) y la fisioterapia, que la necesidad de los cambios caracterológicos que se adquieren por la educación o por una psicoterapia suficientemente frecuente y prolongada. Cuando observamos cuidadosamente lo que sucede en ambos territorios del desarrollo psicofísico, descubrimos una verdad desagradable que muchas veces negamos: cuando se llega a un cierto punto de una modificación perniciosa es imposible recuperar la plenitud de la forma.

Los médicos solemos decir "hizo una diabetes", pero ¿hacemos nuestra enfermedad, como hacemos nuestra vida, o nuestra enfermedad, y nuestra vida misma, suceden? No podemos desconocer que formamos parte de un mundo físico y que estamos determinados por el interjuego de sus fuerzas. No podríamos vivir, sin embargo, si al mismo tiempo no nos sintiéramos libres y habitados por el sentimiento de responsabilidad que acompaña nuestros actos. La coexistencia inevitable de ambas certezas nos obliga a vivir zarandeados entre ambos extremos. Más allá del *impasse* filosófico en torno del determinismo y el libre arbitrio, ocurre que la relación entre esas dos alternativas, que habitan la conciencia de todo ser humano, involucra el problema constituido por la relación entre el cuerpo y el alma. Solemos atribuir especialmente al cuerpo la condición de ser esclavo de fuerzas y circunstancias que no dominamos, mientras que sentimos la libertad como algo que constituye una parte del alma. Pero la relación entre el cuerpo y el alma tropieza con un *impasse* semejante que se percibe claramente si tenemos en cuenta cuál es su punto de partida. Cuando una luz intensa atraviesa mi pupila y alcanza mi retina siento una molestia, pero ignoramos cómo el estímulo físico genera una sensación anímica o "se convierte" en ella. Cuando siento una molestia visual mi voluntad puede, más allá de un reflejo, generar el acto de cerrar los párpados, pero ignoramos cómo una voluntad del alma genera el movimiento de los músculos. Desde este punto de vista, la respuesta a la cuestión acerca de cómo el cuerpo influye sobre el alma o el alma sobre el cuerpo, nos exige un pen-

samiento que escapa permanentemente a nuestra posibilidad de concebirlo, porque implica "trazar un camino" en una tercera sustancia, desconocida, que no posee las cualidades del cuerpo ni las cualidades del alma. En otras palabras: me percibo como un cuerpo físico que ocupa un lugar en el espacio, y al mismo tiempo siento, pienso y hago en un momento del tiempo que se integra en una historia, pero ignoramos cómo es la relación que existe entre lo que físicamente percibo y aquello que psíquicamente siento. Nos encontramos entonces frente al hecho, desconcertante, de que una relación acerca de cuya existencia no dudamos nos resulta completamente inconcebible.

Los primeros intentos de abordar científicamente este problema en el campo de la neurología, surgieron del estudio de las afasias, y condujeron a una teoría acerca de las localizaciones cerebrales que, nacida de una rudimentaria interpretación de algunos daños funcionales, hoy no se sostiene. La investigación psicoanalítica de conflictos específicos en distintas enfermedades a partir de unas pocas fantasías "clásicas", como las orales, la anales y las fálico-uretrales, condujo a una insuficiencia equivalente. Ambas disciplinas han realizado, desde entonces, un largo recorrido. Los avances en métodos de investigación como la bioquímica de los neurotransmisores, o el *scanning* encefálico, condujeron a un enorme progreso del conocimiento neurológico. La integración de la neurología con campos del conocimiento, como la inteligencia artificial, la teoría de los sistemas, o las teorías acerca de la complejidad, introdujo, con el nombre de neurociencias, una nueva disciplina. La idea freudiana de que las pulsiones se apuntalan en las funciones fisiológicas y que estas funciones les otorgan su cualidad particular condujo a trascender el "límite" de las fantasías específicas clásicamente descriptas. La segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, formulada por Freud en 1938, puso en crisis la idea de apuntalamiento y estableció, definitivamente, las bases epistemológicas distintas sobre las cuales se apoya el psicoanálisis. Simplificando en extremo el camino recorrido podemos decir, desde el punto de vista que más nos interesa ahora, que en las neurociencias

se ha llegado a la idea de que los sistemas son complejos y funcionan "diseminados" en una "red" constituida por la interrelación entre neuronas. También es importante señalar que la configuración de los "circuitos" y la "facilitación" de algunos trayectos se alteran continuamente a partir de la experiencia. En cuanto al psicoanálisis, cabe destacar que la idea de que las pulsiones instintivas se apuntalan en las funciones fisiológicas para generar fantasías inconcientes cualitativamente diferentes que son específicas, se radicaliza hasta el punto de afirmar que la finalidad de cada función fisiológica es ya su fantasía inconciente particular y específica.

Las neurociencias estudian el sistema nervioso con métodos físicos, químicos y biológicos, e incluyen disciplinas afines, como la teoría de los sistemas y la cibernética. Procuran comprender cómo se relaciona la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso, con la conciencia, la sensación, la percepción, el movimiento y la memoria. El psicoanálisis estudia la conciencia y los productos de un psiquismo inconciente, mediante la observación y la interpretación de su motivación psíquica. Procura comprender el significado psíquico de las estructuras y de las funciones corporales. Cabe preguntarse ahora: ¿Existe un punto en que ambas disciplinas se encuentran?

Algunas confluencias significativas

En el camino recorrido por ambas disciplinas podemos encontrar confluencias en lo que respecta a los sistemas interneuronales, al estudio de las fantasías inconcientes específicas de las distintas funciones orgánicas, a la relación entre los afectos y la conciencia, y a la anatomofisiología del encéfalo y su relación con el mundo que suele llamarse "interno".

En el "Proyecto de una psicología para neurólogos", escrito en 1895, Freud construye un modelo acerca del funcionamiento psíquico que representa bajo la forma de un sistema de relación entre neuronas (Freud, 1950*a* [1895]). Allí plantea la existencia

de "barreras de contacto" interneuronales dos años antes de que Sherrington, desde la neurología, formulara una idea similar con el nombre de sinapsis (Pribram y Gill, 1976). El "pasaje" de las barreras de contacto exige una cierta cuota de excitación que se obtiene por sumación, lo cual permite formular el concepto de conexiones "facilitadas" por la acumulación "previa" de una cierta cantidad de energía neuronal y da lugar a la idea de un "complejo" configurado por un trayecto preformado de facilitaciones. La conservación de las figuras constituidas por los trayectos facilitados permite diferenciar los sistemas de la memoria del sistema de la percepción, ya que este último, como la pizarra mágica, debe borrarse para permanecer permeable a los nuevos registros. Edward De Bono, en 1969, en *El mecanismo de la mente*, construye un modelo de la actividad mental, acorde con las teorías acerca de los sistemas complejos. Puede decirse que, en cierto modo, ese modelo continúa y desarrolla las ideas que Freud vierte en su "Proyecto...". Eric Kandel recibe el premio Nobel de medicina en el año 2000 por sus trabajos acerca de la plasticidad de los circuitos neuronales que constituyen las huellas de la experiencia (Ansermet y Magistretti, 2006).

En 1963, en *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (Chiozza, 1963), planteábamos la existencia de puntos de fijación prenatales, y sosteníamos, a partir de las ideas de Freud, que todos y cada uno de los órganos generaban sus propias fantasías inconcientes específicas. Desde entonces, en numerosos trabajos realizados con un amplio número de colaboradores (Chiozza y colabs., 1991, 1993; Chiozza, 1997*c*, 2001*b*), describimos fantasías específicas de órganos (como son el hígado o el riñón), de sistemas funcionales (como el visual o el inmunitario), de funciones elementales (como la inflamatoria o la exudativa) 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 inconcientes inherentes a la acción farmacológica del opio, afirmando la posibilidad de que los alcaloides que contiene funcionaran reemplazando sustancias que habitualmente produce el organismo. En 1975 se descubren las

endorfinas (Goldberg, 1988). En distintos trabajos publicados a partir de 1970 (Chiozza, 1970*c*), sostuvimos que las fantasías inconcientes específicas de las estructuras materiales del cuerpo físico y de las funciones fisiológicas, no solamente son "generadas" como representaciones del cuerpo en el psiquismo inconciente, sino que, ante todo, tales fantasías son 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 (Chiozza, 1991*b* [1989]), en un trabajo acerca del concepto que Freud resume en la expresión "lenguaje de órgano" (*Organsprache*), sostuvimos que esta concepción que identifica las distintas fantasías inconcientes específicas con las finalidades de las diversas funciones del cuerpo, constituye la esencia de lo que Freud postula como segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis (Freud, 1940*a* [1938]), y que esa hipótesis ya se halla contenida, implícitamente, en sus primeras concepciones acerca del psiquismo inconciente.

A partir de 1974 (Chiozza, 1976*c* [1974]), y coincidiendo con la importancia creciente que el consenso le otorga a la intervención de los afectos en los procesos cognitivos, estudiamos los síntomas y signos de los trastornos corporales como una deformación que la represión impone a las descargas de los diferentes afectos. Esto nos condujo a considerar las relaciones que percepciones, sensaciones y recuerdos poseen con las distintas formas de conciencia (Chiozza, 1999*b*) y a comprender, a partir de la segunda hipótesis, que si el psiquismo inconciente se define por su significado, es decir, por su pertenencia a una serie que se dirige hacia una meta que constituye su sentido, la conciencia correspondía a la noticia de un significado. De este modo nos vemos obligados a aceptar que, en lo inconciente, deben existir diferentes niveles de conciencia "estratificados" mediante un sistema jerárquicamente organizado (Chiozza, 2005*a* [2003], 2005*b* [2003]; G. Chiozza, 2003). Freud sostenía que la percepción constituía el núcleo original de la conciencia. En 1992, Nicholas Humphrey, en *A history of the mind*, afirma que en la constitución de ese núcleo original, la sensación de

estar percibiendo es esencial. Damasio en *The feeling of what happens*, escrito en 1999, desarrolla esta cuestión que conduce a postular, junto a la conciencia "expandida" que depende de los "canales" por los cuales ingresan las percepciones sensoriales, una conciencia central, primordial, que surge de las sensaciones víscero-humorales que configuran el estado afectivo que denominamos "humor".

En 1994, Mark Solms escribe su trabajo "Anatomy of the unconcious", que saldrá publicado dos años más tarde en el *Journal of Clinical Psychoanalysis*. Allí, interpretando la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis desde un punto de vista que coincide con la interpretación que sostenemos desde 1989, utiliza los últimos avances de la neurología para representar en un "modelo" constituido por los tejidos cerebrales, el aparato psíquico tal como lo concibe el psicoanálisis. En el 2002 enriquece enormemente su proyecto, a partir de ese modelo, en el libro *The brain and the inner world*, que escribe con Oliver Turnbull.

¿Dónde estamos hoy?

La posición más avanzada, entre las que poseen un considerable consenso, acepta el paralelismo psicofísico cartesiano, de acuerdo con el cual el cuerpo y el alma, como tales, son dos realidades ontológicas que existen fuera de la conciencia que las percibe. Sostiene además que el organismo material "produce" la mente conciente, y las fantasías o afectos inconcientes, a partir del grado de complejidad que le permite desarrollar un cerebro, y afirma que los métodos de investigación que se apoyan en la física, en la química y en la biología, para indagar en las estructuras materiales y en sus funciones, son los que finalmente otorgan un estatuto científico al conocimiento del alma.

La segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis conduce a comprender que el concepto psicoanalítico acerca del psiquismo inconciente y la concepción psicoanalítica de la relación psicofísica surgen de una idea que difiere totalmente de la

que predomina en el consenso. En los términos de la segunda hipótesis, el cuerpo y el alma *no son* dos realidades ontológicas distintas. Son dos categorías de la conciencia a través de las cuales se intenta conocer un existente que, en sí mismo, no pertenece a ninguna de esas dos categorías. El psiquismo inconciente *no* coincide únicamente con algunas funciones del sistema nervioso. Coincide con la finalidad de todas y cada una de las funciones fisiológicas o patológicas. Desde esta posición epistemológica, las neurociencias y el psicoanálisis pueden enriquecerse mutuamente "corroborando" científicamente en un territorio los hallazgos del otro.

La segunda hipótesis reafirma con claridad lo que ha sido, desde los inicios del psicoanálisis, la tesis fundamental de la teoría psicoanalítica: la existencia de un psiquismo inconciente lleva implícito que lo que define al psiquismo no es la conciencia, es el sentido o el significado de una serie que se encamina hacia un fin. Pero una serie de acontecimientos que tiene significado constituye una historia. De este modo llegamos a la conclusión de que lo que llamamos psiquismo y lo que llamamos historia son dos puntos de vista sobre un mismo asunto.

Si volvemos ahora sobre la cuestión de la relación que existe, de acuerdo con la segunda hipótesis, entre un mecanismo en la materia, en donde opera la relación entre una causa y un efecto, y una serie dotada de sentido, dentro del cual opera la relación entre un significante y su significado, queda claro que la importancia de 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 una cuestión secundaria. Debemos tener en cuenta entonces que 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. Llegamos así a la conclusión de que aquello que, a partir del paralelismo cartesiano, se ha llamado "el fantasma en la máquina" (Ryle, 1949; Koestler, 1967), visto desde la segunda hipótesis es la finalidad que constituye la razón de ser

de la estructura y de su función. Queda claro entonces que el psiquismo inconciente *no es* solamente un "producto" del funcionamiento del sistema nervioso sino que es inseparable de (inherente a) toda función fisiológica. El "fantasma en la máquina" no "ocupa" solamente la cabeza, impregna al organismo entero.

Debemos considerar ahora dos cuestiones fundamentales acerca de la organización psíquica. Una se refiere a la relación existente entre lo representado y su representación. La otra se refiere a la relación que existe entre los elementos que solemos llamar centrales y los que solemos llamar periféricos. Si bien el psiquismo inconciente no "reside" necesariamente en la cabeza, sino que es inherente a toda función fisiológica, el hecho de que cada función, con su finalidad "psicofísica", se "acople" jerárquicamente (en cuerpo y alma) con las otras funciones que integran un organismo, tiene una fundamental importancia. Subrayemos también que la existencia de claves de inervación para la descarga afectiva en el territorio vegetativo, o para la acción motora en la vida de relación, supone la existencia de "centros" o "redes" que registran, coordinan y modulan los distintos procesos. La relación entre central y periférico también convoca la idea de general y particular, o de principal y accesorio, implícita en la idea de jerarquías. 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 y redes multifocales. Las fórmulas fractales se aplican a todos estos sistemas, y la idea de holones, sustentada por Koestler, 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. En cuanto a la relación entre la representación y lo representado comencemos por decir que frente a la presencia que se percibe "físicamente", existe la re-presentación (teatral o fotográfica, por ejemplo), que se siente como un drama histórico, y el re-presentante abstracto, que nace como un

concepto que intenta captar la esencia formal (general) de cada experiencia particular. La existencia de signos y símbolos (sean concientes o inconcientes) supone, por lo menos, la colaboración de dos instancias (que Freud denominaba "inscripciones"). La instancia de aquello que es representado y la instancia de aquello que asume la representación. Ambas instancias deberán integrarse en un sistema de funcionamiento armónico que convoca nuevamente la existencia de "niveles" jerárquicos, cada uno de los cuales es una partícula "bifronte" que asume funciones diferentes en su relación con otros elementos. La idea de una "doble inscripción" de las representaciones culmina por fin, en 1938, en la formulación de la primera hipótesis fundamental del psicoanálisis, que postula la existencia de un aparato psíquico que se extiende en el espacio. Claro está que se trata de un espacio imaginario, razón por la cual Freud recurre a la metáfora de un telescopio, o un microscopio, porque en ellos la formación de la imagen ocurre en un "lugar" virtual.

Si tenemos en cuenta que el significado define al psiquismo inconciente, queda claro que no podemos utilizarlo para definir a la conciencia. Si volvemos a la idea de que la conciencia puede ser definida diciendo que es noticia de un significado, llegamos a la conclusión de que las dos diferencias fundamentales que caracterizan una organización nos permiten comprender mejor a qué nos referimos cuando decimos "noticia". La relación que existe entre la noticia y el significado del cual se tiene noticia puede corresponder, desde otro "ángulo", con la relación entre representante y representado, y con la oposición a la cual nos referimos simbólicamente con los términos "central" y "periférico".

Forma y sustancia, sujeto y objeto

Las dos diferencias fundamentales que caracterizan una organización, a las cuales aludimos con los términos "representante-representado" y "central-periférico", que confluyen en la idea de jerarquía, y que generan la necesidad de la primera hipótesis,

dan lugar a dos nuevas diferencias que sirven de fundamento a conceptos que son claves de la teoría psicoanalítica. Nos referimos a la diferencia entre forma y sustancia y a la diferencia entre sujeto y objeto. La forma, como se ve claramente si pensamos en el concepto 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, como se ve claramente cuando pensamos en el rigor formal de un razonamiento matemático o en la formalidad de un trato protocolar. Así como la idea de materia o sustancia está implícita en la idea de un cuerpo físico, la idea de forma confluye con la idea de sentido y finalidad que constituye al existente psíquico. La posibilidad de distinguir entre forma y sustancia permite comprender el fenómeno que denominamos transferencia, por obra del cual una forma se transfiere desde una a otra sustancia. Podemos decir que la forma "viaja" del cuño a la moneda. Si tenemos en cuenta que lo que viaja como "forma" confluye con lo que denominamos psiquismo, podemos decir que el viajero no es otro que "el fantasma en la máquina". La diferencia entre forma y sustancia fundamenta los conceptos de abstracto, como "esencia formal", y concreto, los de psique y soma que generan la necesidad de la segunda hipótesis, y el concepto de transferencia para referirnos al proceso por obra del cual "el fantasma en la máquina" "ocupa" la sustancia que pertenece a otro objeto. La diferencia, que se evidencia entre sujeto y objeto, fundamenta los conceptos de conciente e inconciente y también los de determinismo y libre arbitrio. El sujeto es conciente, mientras que la conciencia de un objeto "animado" debe ser inferida. La necesidad de postular un psiquismo inconciente "en" el cuerpo que se observa como objeto, origina la segunda hipótesis. Cabe añadir, además, que el concepto de libre arbitrio nace siempre como un sentimiento del "ente" observador, aunque puede ser proyectado, secundariamente, sobre los objetos que, de este modo, se "animan" con "intenciones". El concepto de acontecimiento determinado nace siempre, en cambio, frente al objeto observado, aunque puede ser secundariamente proyectado sobre la propia

conciencia, originando la idea de un sujeto "sujetado" por los acontecimientos que lo afectan. Aclaremos además que lo que denominamos sujeto confluye con aquello que denominamos "yo", y especialmente con el yo que es conciente, mientras que lo que denominamos objeto confluye con lo que Weizsaecker denominaba "formación del ello" (Groddeck y Freud utilizan el mismo término en un sentido que, aunque no es contradictorio, es distinto).

Las relaciones recíprocas del ello con el yo y los límites de la frontera que los constituye varían permanentemente. El proceso que Weizsaecker denominaba "formación del ello" se manifiesta en cuatro tipos de entidades: el mundo perceptivo que "construye" objetos, el mundo representativo que genera imágenes, los "mapas" que "autorrepresentan" un yo conciente o inconciente, y el mundo de los otros que reconocemos como seres semejantes. La capacidad de automovilidad, que constituye lo que denominamos intención, y el fenómeno de autopercepción, que constituye el sentimiento de sí, núcleo primario de lo que denominamos conciencia, son las cualidades que utilizamos para definir la existencia, en el mundo que llamamos ello, del "ente" que denominamos yo.

Cuando hablo, siento, percibo, pienso y hago, experimento la conciencia de manera única y verdadera, evidente e inmediata, y también siento que elijo los actos que realizaré. Tal como sostienen los neognósticos de Princeton (Ruyer, 1977), la conciencia es un singular cuyo plural se desconoce. Por otra parte, cuando ocurre el fenómeno que denominamos autorreferencia, cada vez que digo o pienso "yo", el yo pasa a ser un objeto que constituye un "ello", como mis manos, mi inteligencia, mi memoria, o la tierra de mi país, sobre la cual camino, y depende de acontecimientos que escapan a mi dominio. Ello, que contiene aquello que ya sea en el espacio o en el tiempo considero "fuera" de mí, también contiene innumerables entidades a las cuales atribuyo el conjunto de características que denominamos "yo". La cualidad esencial a la cual nos referimos cuando decimos

"un yo" es la conciencia de su propia existencia, es decir: lo que denominamos "sentimiento de sí".

La finalidad de una función o de un acto, la intención, el sentido, el significado, *es* lo psíquico "primario" (que Freud denomina genuino, o verdadero). Lo psíquico "primario" es inconciente para lo que habitualmente denominamos conciencia. La "conciencia habitual" sólo "se agrega" a unos pocos procesos inconcientes convirtiéndolos en procesos concientes. La noticia de un significado *es* metapsíquica o deuteropsíquica y es la primera forma de conciencia, inconciente para la conciencia habitual. La conciencia habitual percibe objetos. La autorrepresentación del yo transforma al yo en un objeto. La convicción de que el comportamiento de los objetos está sujeto a causas que no dominamos forma parte de la conciencia habitual. La llamada autopercepción de la conciencia no es una percepción, es un sentimiento que denominamos sentimiento de sí. La conciencia de ser conciente, el sentimiento de sí, es la segunda forma de conciencia ("autorreflexiva") y forma parte de la conciencia habitual. El sentimiento de libertad para elegir los actos forma parte de la conciencia habitual.

Fundamentos de una metahistoria

Somos un organismo complejo que contempla su entorno y que se contempla a sí mismo. Nos percibimos como un cuerpo que ocupa un espacio en un mundo físico que contiene otros cuerpos. Nos sentimos protagonistas del drama que constituye "nuestra vida", históricamente, en un mundo anímico habitado por otros personajes con los cuales conviviendo somos. Si volvemos ahora a la antigua pregunta acerca de si la vida nos hace o hacemos nuestra vida, lo primero que solemos pensar es que hay acontecimientos que dependen de nuestra voluntad y otros que son independientes de ella. Sin embargo, la indagación en los acontecimientos que configuran una biografía (se trate de un paciente, de Julio César o de John Lennon) pone

continuamente en crisis la distinción entre el no poder y el no querer. Necesitamos saber "a quién" (a cuál imagen de nosotros mismos) nos estamos refiriendo cuando decimos que estamos determinados por acontecimientos que no dominamos o cuando nos sentimos libres.

La vida tiene dos caras. "La" vida "biológica", que percibimos en algunos organismos naturales como una propiedad esencial, y "nuestra" vida "anímica", que sentimos, pensamos y hacemos. Pero cuando sentimos que la vida nos "hace" cosas, que, por ejemplo, nos engaña, nos endurece, nos arruina, nos envejece, nos asusta o nos aburre, ¿cuál es la vida que nos hace esas cosas? Todo drama transcurre entre actores personificados, como, por ejemplo, yo, tú, ella, nosotros, o no personificados, como, por ejemplo, la gente, la sociedad o, también, el destino o la vida. Frente a los nombres y pronombres que representan actores personificados, la gente, como la opinión pública, representa un consenso vigente que influye en nuestra vida. La sociedad, en cambio, es un conjunto de normas, valores e ideales que resultan de las convivencias pasadas, representado frecuentemente por la figura de nuestros padres, por la misma gente, o por lo que Freud denomina superyó. En cuanto a la vida, hay una "biológica" que "hace" y "se propone" hacer algo conmigo, que "siente" y "sabe" cosas que ignoro. Esa vida, a la cual Freud se refería con la palabra "ello", no forma parte de lo que denomino "yo", aunque "contiene", de acuerdo con Freud, las innumerables existencias anteriores (filogenéticas) del yo. Dentro de cada drama no sólo operan los actores (agonistas) y las categorías páticas (Weizsaecker, 1950) querer, poder, deber, "estar obligado a" y "tener permiso de", sino también los valores formales e ideales cuya importancia nace de los afectos experimentados. La libertad, y con ella la responsabilidad, "viaja" continuamente, en cada drama, de uno a otro actor. También cambia frecuentemente la forma, el contorno, las cualidades, y el carácter de los actores. Oscilamos permanentemente entre la "insostenible levedad" de ser absolutamente irresponsables, dado que frente a un mundo físico absolutamente determina-

do da lo mismo cualquier cosa que se haga, y la "insoportable gravedad" de ser absolutamente responsables, dado que los actores de una historia pueden alterar lo que acontece en ella. La oscilación entre sentirse determinado por acontecimientos incontrolables y sentirse completamente libre, en otras palabras, la alternativa entre impotencia con inocencia y potencia con responsabilidad, depende del "mapa" que tracemos, en cada momento, acerca de los "contornos" de nuestro yo y de nuestro mundo. Los límites del yo se trazan a partir de la experiencia y se modifican permanentemente con los actos del vivir. Los avances en la "maduración" del yo conducen a una integración armónica entre inocencia y responsabilidad.

Más allá de lo que sentimos como poder o como impotencia, como libertad o como dependencia, cada vez vemos con mayor claridad que la materia del cuerpo y la historia del alma son dos aspectos de una misma realidad. El poeta inglés William Blake, que murió treinta años antes de que naciera Freud, escribió 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. Análogamente, podemos decir que el hombre no tiene un alma distinta del cuerpo, porque lo que llamamos alma es la vida que anima su cuerpo. Comprendemos que (más allá de la conciencia habitual) la materia del cuerpo, que funciona como un mecanismo, y la historia del alma, que constituye un drama, se unifican en la idea de psiquismo inconciente, esencia de toda metahistoria.

XVII.
Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente

> –¿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.
>
> *Prometeo encadenado*, Esquilo

La temática del relato

Cuando analizado y analista se encuentran para realizar una sesión psicoanalítica y el paciente comienza a hablar de lo que se le ocurre, suele presentarnos un relato. A veces sólo se refiere a sí mismo, a veces, al mismo tiempo que nos describe diferentes vivencias y sucesos, incluye a otras personas que se relacionan con él o que mantienen vínculos entre sí. Aun cuando el contenido del discurso del paciente no adquiera la forma típica con la cual se narra un acontecimiento o escena, y se manifieste en cambio como, por ejemplo, la descripción de un sentimiento, no es demasiado difícil descubrir, en ese discurso, la presencia de un relato implícito que permanece tácito.

El hecho de compartir idioma y experiencias nos permite entender, en una primera aproximación superficial, lo que el paciente dice. Ya sea que hable con un lenguaje claro y coherente, o entrecortado y confuso, aun en los casos en que su discurso posea un aspecto congruente es posible "auscultar" en ese discurso lagunas, nexos que han quedado rotos o que resultan poco convincentes, motivos que pueden parecer pueriles o injustificados. Descubrimos de este modo un drama que se va desplegando en un conjunto de escenas, y que constituye

nuestra puerta de acceso a lo inconciente. La compleja trama de significados muchas veces aparece deshilvanada, con algunos de los "hilos" entretejidos desordenados y sueltos. Se nos revela así una cierta destrucción de la coherencia del sentido en lo que respecta a ese tema particular. Como si se tratara de realizar una paciente labor de *crochet*, el analista debe reconstruir el "dibujo" de la trama que configura la anécdota o el cuento. Necesita para ello de un "hilo conductor" que le permita "atar cabos", "levantar puntos sueltos" y rearmar el "tejido".

Hallar un hilo conductor implica descubrir un tema que nos parezca esencial. Un tema es un argumento general de un drama particular que acontece "entre" personajes (que son sus actores, sus agonistas) configurando una escena "en movimiento". Se trata de una escena que compromete una significancia, que es la importancia que posee el sentido. El tema es un núcleo de significación que organiza el relato, lo hace inteligible en tanto le presta sentido restituyéndole la coherencia perdida. Se desarrolla en el tiempo, como un proceso que se inicia, culmina y finaliza. De acuerdo con lo que consigna el diccionario de la Real Academia, el tema es el asunto o materia de un discurso; musicalmente es un pequeño trozo de composición con arreglo al cual se desarrolla el resto de ella. La temática, en cambio, es el conjunto de temas parciales contenidos en un asunto general. Tener en cuenta alguna de las características generales que permiten definir una temática nos ayuda a identificarlas dentro del material de la sesión psicoanalítica. Una temática es el "guión", el argumento que "se arma" con un conjunto de temas que son típicos y universales.

Lo típico y universal del drama

Si queremos descomponer en partes sucesivas un proceso que, una vez incorporado como procedimiento "automático", *funciona como un conjunto indivisible*, podemos decir que comenzamos por escuchar el contenido manifiesto, conciente, de lo que el paciente relata. Tratamos entonces de ubicar, dejando de lado

cuestiones accesorias, el tema principal, el tema que nos parece esencial, el asunto acerca del cual, en ese momento, se habla. El drama propio y particular que el analizado transmite en su relato es siempre, al mismo tiempo, un argumento típico y universal que, en diferentes tiempos y ocasiones, distintas personas repiten de un modo similar.

Cuando el paciente no se expresa verbalmente y permanece en silencio, el analista puede trabajar con el material que, en presencia del paciente, él puede producir. El ordenamiento y procesamiento de los sentimientos, asociaciones y ocurrencias que constituyen la contratransferencia da lugar a la construcción de un relato, a partir del cual es posible extraer una temática. Decimos que este relato, que el terapeuta formula "en silencio" y "para sí mismo", está implícito en el analizado, y constituye así, en estos casos, el material sobre el cual comenzamos la tarea analítica. Los dramas "iterativos" como la exclusión, el desprecio, la excitación insatisfecha, la vergüenza, el miedo, la traición, la venganza o la culpa, que hoy vive el paciente, son los mismos que a "uno" le están pasando, le han pasado o le podrán pasar. Por eso nos encontramos en otro ser humano con alguien como uno, al que denominamos "semejante".

Llamamos universal a lo que el paciente y el analista, por el hecho de ser seres humanos, tienen en común. Desde allí podemos volver a lo propio y particular del analizado y utilizar sus expresiones para describir su modo característico y singular de vivir la temática universal que hemos detectado. Cuando volvemos a lo individual aparece la desunión, aquello que es distinto de "uno". En este punto, lo que era comprensión del paciente se torna de nuevo incomprensión, y se requiere un nuevo esfuerzo para lograr esa forma del conocimiento que denominamos empatía o simpatía.

A veces encontramos, en el material, varios temas que nos parecen muy diferentes entre sí. Suele ser posible, sin embargo, integrarlos en una temática de un grado mayor de generalidad. Así, por ejemplo, el drama de los celos, la rivalidad, el amor prohibido, el privilegio y la injusticia, quedan comprendidos dentro de lo que Freud denominó complejo nodular de las neurosis: la

problemática edípica. Del mismo modo que ocurre con las fantasías, puede haber supra y subtemáticas; el tema general de los celos puede desgranarse en múltiples subtemas particulares, como es el caso del hijo preferido, del hombre que adopta la actitud del tenorio, o la mujer que se "da aires" de princesa. Subtemas como esos aluden a distintos matices en la significación de los celos que ocultan. La solución no se alcanza en estos casos recurriendo a un procedimiento obsesivo en el intento de buscar un denominador común que armonice los distintos asuntos. La cuestión reside en la posibilidad de encontrar uno que nos resulte esencial, en el sentido de que posee la capacidad de despertar ese sentimiento que denominamos "convicción". La identificación del tema que representa la significancia actual no surge de un proceso primariamente intelectual, su núcleo esencial surge de lo que denominamos contratransferencia, cuando la formación del psicoanalista ha "permeabilizado" las estructuras de su preconciente. El proceso intelectual es posterior. El *test* de "objetividad" que nos permite saber si hemos identificado adecuadamente una temática consiste en constatar si la mayor parte de los sucesos que aparecen en el material de la sesión psicoanalítica se tornan comprensibles y coherentes de ese modo.

La escena que los personajes configuran

El tema que identificamos en la sesión se refiere a un vínculo entre personas y aparece como una escena de la vida. El término "escena" muestra la confluencia de dos vertientes. El diccionario de la Real Academia consigna que es un suceso vital que se considera un espectáculo digno de atención y, también, el sitio en el que se ejecuta la obra dramática, es decir, teatro, representación. Vida y teatro, realidad y ficción representativa, son los dos parámetros entre los cuales oscila el proceso analítico, ya que el analista se "presta" para que el paciente, en su vínculo con él, "reviva", es decir re-presente, sus modos habituales de sentir, de hacer y de pensar.

Cuando buscamos un argumento típico, podemos hacerlo desde diferentes enfoques. Si hablamos de triángulo edípico, estamos usando conceptos abstractos y generales provenientes de una descripción basada en la metapsicología, que toma sus modelos de las ciencias fisicomatemáticas. (Es decir: fuerzas, relaciones, causas, mecanismos y efectos, o, también, la resultante geométrica de vectores que constituye el "*more* geométrico".) Si nos referimos, en cambio, a la leyenda de Edipo, utilizamos un tipo diferente de lenguaje, que se acerca al ámbito de la literatura y el teatro. (Es decir: un drama que ocurre entre personas, que posee una significación, que transmite un mensaje, discurso o sentencia, cuyo sentido inteligible, descifrable, configura el "*more* lingüístico".) En la leyenda de Edipo encontramos un drama universal, pero la temática que lo constituye es todavía una representación "descarnada", una especie de arquetipo general en el cual la abstracción, aunque menor que en el caso de la fórmula metapsicológica, persiste. Si progresamos en una metahistoria que intenta comprender la dramática del paciente en los términos que corresponden al "lenguaje de la vida", el complejo de Edipo se nos configura como un conjunto de escenas que condensan emociones intensas, porque sus imágenes funcionan como símbolos cuyo significado forma parte de la experiencia cotidiana de la mayoría de los seres humanos. La ambición edípica de la niña, por ejemplo, puede quedar plasmada en una representación típica y universal, la de "la nena que se viste con los zapatos y la cartera de la mamá", adquiriendo así su investidura.

Buscamos, entonces, reconocer una temática bajo la forma de una o varias escenas que se aúnan para representar múltiples afectos y significados dentro del sentido coherente que llamamos argumento. Es importante subrayar la circunstancia de que la captación "en bloque" de una escena que pertenece a una temática típica y universal (por ejemplo, la nena con los zapatos de la mamá) no sólo transmite el elemento puntual del complejo de Edipo sobre el cual recae la atención y la intención comunicativa, sino que nos obsequia, inesperadamente,

con otros elementos de una significación más completa. En el caso tomado por ejemplo, podrían quedar representados por la dificultad de la nena para lidiar con los zapatos, dificultad que simboliza las vicisitudes traumáticas de la seudoidentificación.

La significancia comprometida en la temática

El tema que buscamos no se refiere a un asunto o situación cualquiera, tiene que describir un drama que nos importe, que despliegue una significancia que abarque una unidad de sentido. Si el paciente menciona, por ejemplo, que "hace frío", esto, por sí solo, no constituye una temática; falta el argumento, la anécdota, aquello que permite completar su significado. Una noticia que se refiere a una "crónica" de sucesos ordenados de acuerdo con un vector temporal no es lo mismo que una novela aunque se comprenda su sentido, porque la novela constituye una secuencia dramática ordenada en función de un sentido pleno de significancia. La información, por sí sola, posee un significado, pero su importancia, si es que la tiene, nos es desconocida. La guía telefónica, por ejemplo, es un compendio de datos cuyo significado comprendemos aisladamente, pero, aunque el significado "conjunto" de esos datos adquiere la importancia propia de una guía, no se encuentra en ella dato alguno acerca de la significancia que posee cada una de las informaciones aisladas que contiene. Un soneto de Shakespeare, en cambio, posee una información mucho menor (ya que puede almacenarse en menos *bytes*) pero una gran riqueza de sentido. El término "riqueza" alude aquí a una significancia que puede conmovernos.

Si nos enteramos de que el señor X es titular de una línea telefónica identificada por el número Z, esta información, aislada del contexto, carece de significancia. La respuesta generada por tal información suele ser la expresión "¿Y?", que implica la solicitud de un contexto. Nuevas informaciones generarán posiblemente nuevas interrogaciones por el sentido, nuevos

"¿Y?". Por fin, una de estas informaciones, resignificando todo el conjunto, generará, como enunciado de respuesta, un "Ah", significando que hemos comprendido. El psicoanalista escucha el relato del paciente de un modo similar, recibe información, se "entera" acerca de sucesos, hasta que llega un punto en el que siente que ha entendido lo esencial. Se trata aquí también de un proceso que implica una secuencia de "¿Y?" y que finaliza concretándose en un "Ah".

La secuencia temporal

La temática implica un proceso que se desarrolla en el tiempo, culmina y finaliza. La identificación de un drama significativo durante la sesión psicoanalítica entraña un proceso de síntesis y de desarrollo. Tal como ocurre con el título de una novela, podemos resumir una temática en una frase que contenga lo fundamental, por ejemplo: "príncipe y mendigo", "la ventana indiscreta", "el poder y la gloria". Una temática también puede sintetizarse en una escena que condensa múltiples significados, por ejemplo: una nena vestida con los zapatos de la mamá, el primer día de clase, papá y mamá discutiendo mientras los niños miran, un padre que en el día de la boda de su hija rehúsa bailar con ella. Esta operación de síntesis permite reconocer y nominar el asunto que el paciente trae, pero, para poder comunicarle verbalmente el sentido esencial de la temática que hemos descubierto, es necesario "desplegar" sus significados. Hablar requiere un desarrollo en el tiempo: una secuencia que comienza, continúa, culmina y finaliza. Si en la fachada de un teatro colocamos la foto de sir Lawrence Olivier en el papel de Otelo asesinando a Desdémona, quien conozca esa obra de Shakespeare es posible que encuentre en esa escena el tema esencial de esa tragedia, pero, si deseamos transmitirlo a quien lo desconoce, es necesario que construyamos un relato que haga inteligible el sentido de la escena. Una escena es visual, y sus significados se captan de un modo gestáltico y simul-

táneo cuando se posee la información necesaria. Comunicar ese significado con palabras, o con imágenes, a quien no posee la información pertinente implica una secuencia temporal. Algo similar puede decirse del contenido comunicativo que poseen gestos, movimientos y actitudes. Freud señalaba, refiriéndose a un juego que una de sus pacientes realizaba con un monedero, que aquellos cuyos labios callan hablan con sus dedos. Debemos agregar también los síntomas, atribuidos a trastornos en el cuerpo, y los signos que corresponden a las alteraciones físicas objetivamente perceptibles, ya que ambos se expresan en lo que Freud denominaba el lenguaje del órgano (*Organsprache*).

Hemos reconocido una temática que por su universalidad nos incluye de manera tal que, mientras el paciente es protagonista del drama que él plantea, inevitablemente nos sentimos implicados en alguno de los roles de ese drama. Podemos, por este motivo, desde allí, llegar a comprender cuáles son los afectos involucrados. Una de las formas universales adquiere, entonces, actualidad en el vínculo. Si, a los fines de su análisis, observamos únicamente lo que ocurre al paciente, podemos decir que ha transferido al presente una situación pasada.

Cuando nos preguntamos cuál es la transferencia, solemos pensar en primera instancia en el sentimiento que el paciente experimenta, hacia la persona del médico, en el instante puntual de una sesión psicoanalítica y solemos descuidar que ese sentimiento no es en realidad la transferencia sino que surge, a raíz de ella, como emergente de un proceso que se está dando entre ambos. Si tenemos en cuenta que *la transferencia no es el sentimiento movilizado, sino el proceso movilizante*, cobramos conciencia de que *la importancia* de ese proceso, que implica el "viaje" de un afecto desde un objeto a otro, *recae sólo transitoriamente en el objeto actual*. La importancia de un objeto no depende de que sea originario o actual, ya que surge por el hecho de *haber sido estructurado como objeto de esa transferencia*. Nos encontramos ante un caso particular de aquello que afirmaba Freud cuando sostenía que, entre los distintos elementos que podían distinguirse en el

ejercicio de una pulsión, el objeto era el que podía sustituirse con mayor facilidad.

Cuando Freud se refiere a los sentimientos que el paciente experimenta respecto de su psicoanalista, desde el comienzo mismo del tratamiento, considera imposible que se hayan originado en la circunstancia actual y señala que el paciente está haciendo una transferencia de sentimientos propios de otras situaciones con personas auténticamente importantes en su vida como lo fueron sus padres. Agrega que este falso enlace entre un acontecimiento importante del pasado y otro nuevo, que en realidad sería menos significativo, se da siempre. En el caso particular de un tratamiento médico, ese falso enlace o transferencia ocurre inevitablemente con el terapeuta y las personas de su entorno. La situación transferencial creada por el psicoanálisis se diferencia de la que surge en los otros tratamientos médicos por el hecho de que el psicoanalista utiliza la transferencia, reconociendo su existencia, analizándola e interpretándola, como un instrumento del proceso terapéutico.

La repetición de un modelo "adquirido en la infancia"

Freud considera, desde un punto de vista metapsicológico, que el proceso psíquico transferencial se produce cuando una representación accede al sistema conciente-preconciente. La transferencia es entonces el trayecto que realiza una carga que, proviniendo del inconciente, recae sobre una representación preconciente que "coincide" con una percepción del presente. La primera transferencia surge del inconciente ancestral, filogenético, que nunca ha sido reprimido porque nunca ha llegado a la conciencia. Cuando analizamos, por ejemplo, el complejo de Edipo en la relación con los padres de la historia personal, damos por implícito que, sobre él, se está realizando ya una transferencia que proviene del complejo de Edipo original, el que Freud refería a la horda primitiva. Al revivir la problemática edípica, lo que se excita, entonces, son aquellos elementos

del complejo de Edipo que pertenece a la parte "ancestral" del sistema inconciente.

Freud, ampliando la comprensión del fenómeno, se refiere también a la transferencia como la reedición actual de acontecimientos que han ocurrido en la infancia. Este concepto, que involucra a los anteriores, otorga importancia a la biografía personal, ya que una situación afectiva infantil y pretérita se repite sistemáticamente en la vida futura. De este modo comprendemos los sentimientos actuales del paciente en función de un modelo de relación que, como tal, se estructuró en la infancia y, ahora, en lugar de ser recordado como una manera de relacionarse que pertenece al pasado, se revive inconcientemente en la acción concreta del momento presente, repitiéndose una vez más.

Podríamos preguntarnos por qué razón decimos que el modelo se gestó en la infancia y no decimos que se originó en la adolescencia o en la vida prenatal. La infancia adquiere para el psicoanálisis un carácter prototípico porque los vínculos que en ella se establecen son, entre los que pueden ser recordados y verbalizados, los más precoces. "Lo infantil", por este motivo, se arroga la representación del origen de la transferencia. Sabemos, sin embargo, que el complejo de Edipo infantil, clásico (que ha podido ser reprimido y puede llegar a ser recordado porque se ha construido en el preconciente), se constituye en base a transferencias de contenidos prenatales, relativos a las experiencias filogenéticas, que han sido heredadas. Este último complejo de Edipo, heredado, no puede ser recordado y, por lo tanto, sus elementos no aparecen en las asociaciones del paciente, sólo encontramos algunas de sus manifestaciones a través de los mitos y de los sueños. El psicoanálisis se referirá a ellos en términos de símbolos universales o, si es otro el sistema de conceptualización empleado, hablará de disposiciones innatas.

Cada hijo se encuentra "en la realidad" con una madre distinta, porque la "ha hecho" distinta mediante sus transferencias. Lo mismo ocurre con el analista, dos pacientes que se analizan con la misma persona se encuentran con un analista distinto porque lo "construyen" distinto a partir de sus distintas transfe-

rencias. Si tenemos en cuenta los conceptos de Korzybski acerca de la relación existente entre mapa y territorio, podemos pensar que los vínculos se establecen de acuerdo con modelos que provienen de un "mapa del mundo" que implica también un estilo particular, propio de cada sujeto, en la tarea de cartografiar la realidad. A través de ese mapa y de ese estilo se contempla el "territorio" de la vida y se prefigura de esta manera el tipo de relación que se establece con ella. De modo que la realidad actual del paciente es la nueva versión de un viejo tema infantil que, por su insoportable significancia, es imposible recordar. Los vínculos que las personas establecen 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 sustitutos actuales, y esto conduce a que se comporten de acuerdo con este "falso enlace". Decimos que este enlace es falso porque, aunque sabemos que no tenemos acceso a ningún tipo de enlace 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.

Podemos ejemplificar esto con el material de una sesión en que la paciente relata que su hijo sólo le informará del nacimiento de su nieto luego de que se haya producido, evitando de este modo que ella se haga presente durante el acontecimiento. En seguida relata una situación laboral en la que se ha sentido desubicada con sus superiores y compañeros. En la sesión se percibe un clima de incomodidad. En su relato manifiesto, el drama queda representado en términos de la descolocación que padece como abuela y empleada. Se trata de un mismo tema en dos contextos diferentes. También sabemos que el relato alude a la incomodidad actual que deriva de un sentimiento de "descolocación" respecto del analista durante esa sesión del tratamiento. Dirigiendo nuestra atención hacia los otros ámbitos en que se desarrolla su vida, descubrimos que habitualmente se siente descolocada. Cuando tenemos en cuenta que en esta paciente esa temática funciona cotidianamente, podemos inferir que en

su infancia ha existido una situación que ha gestado ese modelo de comportamiento habitual. Basándonos en la universalidad de esta temática, construimos una escena infantil en la cual la protagonista es una niña que siente, frente a sus padres, que no le dan "su lugar", que la ubican, en cambio, en otro, donde está permanentemente incómoda. En este punto acude a nuestro recuerdo que nos ha relatado alguna vez su desdicha porque sus padres esperaban que naciera varón. Pero aclaremos enseguida que no será la comunicación de este "descubrimiento" lo que podrá liberarla de la repetición de una conducta que, nacida de un malentendido transformado en prejuicio, logró convertirse en destino. El prejuicio, como un trayecto facilitado, como la rayadura de un disco, no puede ser "borrado" mediante el recurso de un solo recorrido "en forma", sólo podrá ser cancelado cuando una repetición suficiente de ese recorrido establezca, a través del hábito, otro pre-juicio de una persistencia pareja.

Una vez identificada la temática, observamos si se repite en otros contextos durante la misma sesión, y también la buscamos en las vicisitudes de su vida cotidiana. Desde allí inferimos (o recordamos) una situación infantil del paciente que podemos interpretar como "gestora" de ese patrón de conducta que deriva de, y a la vez contribuye a constituir, su mapa del mundo. En el mejor de los casos, la escena infantil específica surge como un recuerdo del paciente, en otros es el propio analista quien recuerda esa escena relatada por el paciente en otra oportunidad. Si no ocurre de este modo, siempre resta la posibilidad de construirla a partir del carácter universal del drama al cual se alude.

Cuando hemos identificado el modelo contenido en la temática actual, lo hemos reconocido en el comportamiento habitual del paciente, y hemos ubicado su origen en una situación infantil, hemos, recién entonces, interpretado (para nosotros mismos todavía, y en silencio) la transferencia presente. Agreguemos ahora que cuando decimos "hemos ubicado su origen infantil", estamos utilizando una representación temporal (que responde a la idea de génesis) por obra de la cual el presente surge como un producto del pasado. Sin embargo, si queremos

ser rigurosos en la concepción teórica, deberíamos decir que la representación temporal, que imagina un pretérito, es siempre una construcción hipotética a partir de un acto que se realiza en el momento actual.

La modalidad del vínculo que el paciente y el psicoanalista comparten

Una tarea semejante a la que hemos realizado con el paciente nos permitirá elaborar nuestra contratransferencia. López Ballesteros utiliza el término "transferencia recíproca" cuando, en su traducción de Freud al castellano, alude a la contratransferencia, lo cual resulta especialmente adecuado para subrayar que toda contratransferencia equivale, indudablemente, a una transferencia realizada por el analista. "Contratransferencia" es la palabra que utilizamos porque queremos referirnos al hecho de que la transferencia del analista es la respuesta a la transferencia del paciente. Habitualmente, cuando se pregunta "¿cuál es la contratransferencia?", se suele responder enunciando que es el sentimiento que el analista experimenta frente a su paciente, pero, en realidad, para que la respuesta se refiera a la contratransferencia, debería incluir la comprensión de esos sentimientos como repetición actual de un modelo de relación que se gestó en la infancia del terapeuta. La comprensión de la contratransferencia puede ser simultánea, posterior, o preceder a la tarea de analizar e interpretar cómo se produce la reedición del modelo infantil del paciente en la transferencia.

Racker, quien acumula sobre sí la mayor parte del mérito por haber transformado la contratransferencia en un instrumento de la técnica psicoanalítica, sostiene que la intención de comprender al paciente crea la predisposición a identificarse con él. Si se identifica el yo del analista con el del paciente y puede decirse, con inexactitud terminológica, agrega Racker, que se identifica cada "parte" de su personalidad con la que le corresponde al paciente (su ello con el ello, su superyó con el superyó del ana-

lizado), nos hallamos frente a las denominadas "identificaciones concordantes" u "homólogas". Se siente lo ajeno como propio o se equipara lo propio con lo ajeno. Hay otras identificaciones que Racker denomina "complementarias", que corresponden a las identificaciones del yo del analista con los clásicamente denominados "objetos internos" del paciente, es decir con los personajes significativos de su historia. Aquí el analista se siente tratado como si él fuera esos objetos, o sea, se identifica con ellos, y desde esa identificación comprende las situaciones vitales del analizado. A veces, sin embargo, la concordancia o la complementariedad se presentan en la forma inversa. El analista puede estar identificado con el yo del paciente y este último con sus objetos internos. También puede suceder que ambos queden identificados con los objetos internos del paciente.

La operación del recuerdo

En la relación entre paciente y analista se anudan dos historias que van a configurar un nuevo vínculo. Por esto necesitamos tener en cuenta que, si bien es cierto que el personaje que el analista contratransfiere depende de lo que el paciente le transfiere, también necesitamos considerar cómo se relaciona ese personaje con alguien de la propia infancia del analista, alguien que el analista "ha visto" encarnado en su paciente. A través de la emergencia de recuerdos logramos una mejor escenificación de la fantasía transferida, ya que el interjuego entre las vidas "pretéritas" del analista y del analizado es precisamente aquello que conmueve al terapeuta y le otorga un mejor acceso a los significados que intenta develar.

Todo recuerdo, se trate de una escena "fija", o de un conjunto en movimiento, constituye una historia que lleva implícita una temática particular. Pero las historias y los recuerdos, como las cajas chinas, se contienen, interminablemente, unos dentro de otros, de modo que cada uno de ellos recubre y oculta algún otro, con un significado distinto, que actualmente 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 del vínculo, como un personaje "inesperado" que "ingresa" en la trama de la historia que el paciente transmite, como si lo hiciera "transportado" desde una historia distinta.

Aunque el analista frecuentemente utiliza sus propios recuerdos infantiles, la emergencia de estos recuerdos durante la sesión psicoanalítica generalmente le pasa inadvertida, es decir que no suele reparar en el hecho de que lo que emerge en su conciencia es un recuerdo infantil. Un paciente, por ejemplo, relata que su abuela siempre le decía "me voy a tirar por la ventana" y que "al final murió diabética en la cama"; el analista recuerda que su madre, siendo él un niño, le decía, frecuentemente, "me voy a tirar al río". Aunque el analista siempre supo, y podía recordar, aquello que su madre repetía, si se le hubiese preguntado antes de ahora si su madre lo solía amenazar con el suicidio, hubiera respondido que no. El significado de su propio recuerdo y la interpretación de que las palabras de la abuela del paciente constituyen (como amenaza de suicidio) una extorsión melancólica, forman parte de un mismo acto de conciencia. Suele pasar desapercibido que el recuerdo aparece en el instante en que se recupera la vivencia reprimida, pero dado que esa represión, en el analista, se "levanta a medias", el pensamiento de "a mí también me sucedía" no adquiere, en el terapeuta, una conciencia plena. Por este motivo no se destaca lo suficiente que, cuando el analista interpreta bien, siempre recupera el significado de algún recuerdo infantil, aunque no siempre lo perciba.

La elaboración del padecer compartido

Señalemos, de paso, un importante aspecto sobre el que luego volveremos: Racker sostenía que el proceso analítico trata siempre con una "dipatía", es decir, con un padecer compartido.

Si profundizamos en este pensamiento, llegamos a una conclusión que, a primera vista, parece inadmisible: la única posibilidad operativa de un proceso analítico se da siempre en el lugar en que el "punto de urgencia" del paciente coincide o confluye con el del analista. Cuando el analista comprende, en realidad re-siente; "resentir" es sinónimo de "recordar lo que sentí". "Recordar", a su vez, significa "volver al corazón", es decir que se trata de una reminiscencia acompañada de afecto. El analista comprende porque la situación presente le permite colocar ahora, en el centro de sus sentimientos actuales, algo que una vez sintió. El drama del paciente vive, entonces, a través de esta posibilidad de identificación, en el analista, y le permite interpretar. Cuando la interpretación surge de este modo, obtenida desde una identificación concordante, disminuye el sufrimiento del paciente, porque entonces posee la amplitud necesaria para comprender, al mismo tiempo, aquello que se intenta reprimir y el motivo de esa represión.

Nos referimos antes a que todo psicoanálisis es el análisis de un vínculo y que, por lo tanto, se realiza siempre en una coincidencia de los puntos de urgencia de paciente y analista. Esto significa que, cuando descubrimos una temática, el guión construido es el producto de una coincidencia de intereses e importancias comunes que, como conflictos vitales, necesitan ser resueltos tanto por el paciente como por el psicoterapeuta. Precisamente esta circunstancia conduce a que el psicoterapeuta no sólo tolere el sufrimiento derivado de una contratransferencia insuficientemente elaborada, sino que encuentre el interés necesario para vencer sus contrarresistencias. El analista puede luchar contra esas contrarresistencias en la medida en que descubre la importancia que posee para él, como factor de crecimiento y cambio (personal y profesional), el enfrentamiento con sus propios núcleos irresueltos y con sus propios puntos de urgencia.

Afirmamos que un proceso psicoanalítico genuino implica una coincidencia de temáticas e intereses entre paciente y analista, pero eso no significa que deban compartir necesariamente

el mismo grado de elaboración de ese punto de urgencia. Que una persona juegue al ajedrez mucho mejor que otra, no necesariamente lleva implícito que una partida entre ambas carezca de todo interés. En el que sabe más, tanto como en el que sabe menos, puede subsistir el deseo de seguir aprendiendo o, también, es posible que la partida le importe al que más sabe porque, cuando observa la incapacidad del inexperto para resolver un problema, percibe una representación "amplificada" de su propia incapacidad.

Cuando en la sesión psicoanalítica no se produce una elaboración "mutua" del punto de urgencia compartido, suele ocurrir que, entre los temas que el paciente relata, aquel que se refiere a ese punto de urgencia transcurra "rápidamente", sin que el psicoanalista que asiste a su transcurso reconozca su importancia. Cuando, en cambio, intentamos elaborar un punto de urgencia compartido, el tema suele "detenerse" como se detiene la escena de un filme, en una moviola, para reparar en esa escena. Es como si se produjese un silencio que separa un continuo musical en dos tiempos. Ese "silencio" funciona como una especie de vacío o hueco que espera ser "llenado" por la significación resistida. Más que como una pregunta formulada, se presenta como un signo de interrogación sin palabras. Muchas veces el paciente hablará para evitar que el silencio lo enfrente con ese interrogante eludido, y el analista deberá "construir", entonces, ese "silencio" que le permite escuchar y escucharse. Pero se trata de un silencio que, muchas veces, es difícil soportar. Cuando el psicoterapeuta, por ejemplo, no soporta el "silencio" oculto en un hablar "verborrágico" del paciente y sucumbe a su propia angustia, suele ocurrirle esa forma de adormecimiento que Cesio denominó letargo, afirmando que constituye la enfermedad profesional, por excelencia, del psicoanalista, y que toda significación resistida aparece, por primera vez, manifestándose de esa manera.

Cuando, a través de un logrado equilibrio entre el hablar y el callar, se alcanza ese momento compartido en el cual paciente y analista están involucrados, simpáticamente, en una misma

temática que "llena" el silencio, no sólo se produce la coincidencia que llamamos "encuentro", sino también la conciencia de transitar la misma ruta. Se configura de este modo, en el proceso psicoanalítico, algo similar a la "camaradería itinerante" que Weizsaecker postulaba como la condición esencial de cualquier acto médico. Sin embargo, una similar camaradería no puede ser la obra de un solo y particular encuentro, sino el producto de los múltiples vaivenes de la elaboración, durante los cuales cada re-conciliación de una disidencia genera un refugio para que el retoño de la próxima esperanza sobreviva a la incomprensión que fatalmente retorna.

Quinta Parte

XVIII.
Lo que ocurrió con Milena[18]

Roma, setiembre de 1994

Estoy en Roma, a fines de setiembre de 1994; dentro de dos días debería entregar a Rita Parlani, en Perugia, el original terminado de este libro[19], al cual le faltan sólo unas diez páginas, y que deberá constituir el número 31 de la revista *Quaderni di Psicoterapia Infantile*. Pero Rita tendrá que esperarme algunos días más, porque esta mañana ha ocurrido algo que debo incluir. No podría sentirme bien si finalizara, ahora, este libro, sin relatar lo que ocurrió con Milena.

Milena es una niña de 5 años, que fue asistida en el servicio de oncología pediátrica del profesor Manuel Castello (Hazienda Policlinico Umberto I Università degli Estudi di Roma "La Sapienza"), porque había desarrollado un tumor maligno en el muslo derecho. Ayer, en el aula de la clínica pediátrica (del mismo policlínico) donde acababa de dar una conferencia sobre el estudio patobiográfico, se acercó Fiorella Del Pidio para darme el material que deberíamos supervisar esta mañana. Se trataba de unas cincuenta páginas que incluían lo que había ocurrido

---

18 El texto del presente capítulo corresponde al artículo con el mismo título (Chiozza, 1995*f*) publicado, por primera vez, como parte del libro *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis* (Chiozza, 1995*b*).

19 Se alude aquí a *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis* (Chiozza, 1995*b*).

dos años atrás, en febrero de 1992, durante el seminario en el cual yo había supervisado el mismo caso. Me había propuesto leerlas, pero cuando comenzamos a trabajar, esta mañana, aún no las había tocado.

Los padres de Milena

Acerca de los padres de Milena, y a partir de la anamnesis realizada por el profesor Adriano Giannotti, contaré lo siguiente:

> El padre, a quien llamaremos Marcelo, tiene 58 años y es un profesional exitoso. Hijo de un hombre también exitoso, que murió a los 90 años, fue educado en una escuela religiosa. La madre de Marcelo vive y tiene 85 años, proviene de una familia noble, orgullosa de su apellido. Ha sido una madre inteligente y culta, pero siempre un poco distante.
> La madre de Milena, a quien llamaremos Lidia, tiene 37 años y es también una profesional exitosa. Dice que sus padres se casaron "huérfanos". Su madre, en las palabras de Lidia, estaba enamorada de su único hermano, que murió, repentinamente, en el momento en que nacía Lidia. Ese tío de Lidia tuvo, poco antes de morir, una hija, que moriría, a su vez, casi coincidentemente con el matrimonio de Lidia.
> El padre de Lidia, celoso de ese cuñado, hermano de su mujer, que era un motivo continuo de peleas y discusiones en el matrimonio, era mujeriego, hasta el punto de haberle presentado a Lidia, que entonces tenía 9 años, una amante, con la cual ella lo había descubierto. La madre de Lidia, luego de la muerte de ese hermano, no había querido más hijos.
> Marcelo se había casado, por primera vez, a los 25 años, con una mujer "rubia y rica" a la cual no amaba. Con ella tuvo dos hijos, una mujer y un varón. Diez años más tarde, su matrimonio entra en crisis, pero se separan, de común acuerdo, siete años después, para evitar que los hijos sufrieran. Ha transcurrido un año desde su separación, cuando Marcelo se encuentra con Lidia, y seis años más tarde contraen matrimonio.
> El amor de Marcelo y Lidia fue maravilloso, pero tuvo que luchar, durante muchos años, con la oposición de ambas familias y, especialmente, con la oposición de la hija primogénita de Marcelo. Marcelo se había propuesto no tener otros hijos, ya que temía morir antes de que su hijo estuviera crecido. Lidia deseaba un hijo con toda su alma, y la experiencia de amor que estaban viviendo, la primera y única experiencia conmovedora de amor que ambos habían vivido, condujo a Marcelo a aceptar el embarazo de Lidia.

No fue, desde su mismo comienzo, un embarazo común. Transcurridos los primeros tres meses aparece un quiste ovárico pedunculado que alcanza muy pronto un mayor tamaño que el feto. Debe ser evacuado con grave riesgo de aborto. En el quinto mes, una flebitis de Lidia requiere su reposo riguroso en cama. Durante el séptimo mes aparece una hipertensión arterial que conlleva el peligro de una gestosis. Lidia aumenta 12 kilogramos de peso y luego del parto se siente deshecha.
Marcelo ha vivido, desde la penumbra de su conciencia, y toda su vida, bajo la amenaza de una inminente catástrofe. Cuando se presentan las complicaciones del embarazo de Lidia, no vacila en comunicar al obstetra que la vida de su mujer ha de ser lo primero. Ahora, ante la enfermedad de su hija, se siente desesperado y, por primera vez en su vida, teme fracasar en el intento de conseguir lo que desea. Lidia, en cambio, se siente culpable por haber insistido en cumplir con su deseo de transformarse en madre.

Su historia clínica

Esos son, poco más o menos, los antecedentes familiares de Milena, y yo los espiaba esta mañana, en el dactiloescrito que tenía en las manos, mientras la doctora Lia Schiavetti, la médica que tenía a su cargo "el caso Milena", me resumía su historia clínica.

Cuando Milena tenía 2 años y medio de edad se descubrió, en su muslo derecho, un pequeño tumor, del tamaño de un poroto mediano. Operado tres meses después, cuando alcanzaba el tamaño de un huevo de gallina, se diagnosticó, histológicamente, un rabdomiosarcoma embrional, y fue remitida al servicio de Manuel Castello para su tratamiento quimio y radioterápico. En esa oportunidad, los padres solicitaron asistencia psicológica, y fue comenzado el estudio patobiográfico que aportó los antecedentes familiares que, en parte, acabo de relatar. El estudio patobiográfico fue atípico, y además de la anamnesis de los padres, se realizaron cuatro sesiones con Milena, en lugar de la hora de juego diagnóstica que forma parte habitual del procedimiento. Ese fue el material que supervisé en febrero de 1992, mientras Milena era sometida a una quimioterapia con vincristina, actinomicina alternando con adriamicina, y ciclofoxamida, complementadas con radioterapia. En ese entonces, el

pronóstico de Milena era relativamente "optimista", formaba parte de un llamado grupo B al cual se le asignaba un 60% de posibilidades de sobrevida en un término de tres años.

Dos años atrás

Luego de que la doctora Schiavetti me comunicó esos datos, hicimos un breve paréntesis para leer un resumen de la desgrabación de lo que dije en febrero de 1992, durante la supervisión del caso.

Basado en el material de entonces, sostuve en aquella ocasión que el pronóstico era infausto. Milena pensaba que la muerte, que simbolizaba durante la sesión refiriéndose al dormir y a la oscuridad, era la única solución que le quedaba. Agregué entonces que no quería sostener que era imposible que se salve, pero que era muy difícil. Quizás la psicoterapia podía variar ese destino, pero para eso era imprescindible enfrentarse directamente con el núcleo central, constituido por la fantasía del incesto.

Reproduzco aquí lo esencial de los conceptos que en aquel momento expresé:

> El incesto ya se presenta en este caso cuando se habla de la abuela enamorada de su hermano, un hermano que muere cuando nace la hija de la abuela, que es la madre de Milena. Un delirio en el cual el nacimiento de una hija que en la fantasía surge del incesto, debe pagarse con la muerte de su padre. Para la fantasía inconciente, los padres de Lidia, que se han casado "huérfanos", se han vuelto huérfanos en el acto de casarse, dado que ese casamiento, incestuoso y culpable, adquiere el sentido de un acto parricida.
>
> Se trata de una familia impregnada de una fantasía incestuosa y culpable que no puede resolverse. El padre de Milena, casado con una mujer que tiene la edad de su hija y que se embaraza casi al mismo tiempo que ella, no puede ni quiere separarse de esta mujer que ama, pero tampoco puede asumirla como tal. En la sala de espera recibe complacido los gestos de cariño que ella le prodiga, pero no puede demostrarlo, y menos aun atreverse a retribuirlos. Marcelo y Lidia se comportan como padre e hija, inhibiendo en la superficie su relación genital, pero aumentando de este modo su excitación incestuosa inconciente.

La enfermedad de Milena parece haber reconciliado en la familia todos los rencores, la tragedia los une. Milena se convierte de este modo en un chivo expiatorio que restablecería con su muerte la inocencia familiar. Debe morir, además, porque es tan mala como para querer a su padre todo para sí. Este proyecto de Milena, inconcientemente presentido, aterroriza a todos, y es este el motivo por el cual, cuando, buscando un sostén psicoterapéutico para enfrentar los cambios de la quimioterapia, se encuentran con la propuesta de un estudio (que lleva implícita la idea de una "explicación" psíquica de la enfermedad), al mismo tiempo que, decididamente, lo aceptan, aumentan su nivel de angustia.

Nuestra tarea consiste, por lo tanto, en arruinar el proyecto de Milena, y para esto es necesario hablarles claro, lo cual no significa colocarse frente a ellos como si fueran monstruos incestuosos, ya que sus fantasías inconcientes son también las nuestras. Deben llegar a comprender, de un modo afectivo y no meramente intelectual, que el círculo vicioso de la culpa que conduce a las actitudes que generan más culpa debe ser cortado. Es ese círculo vicioso el que conduce a Milena a decir: "Cuando mi padre está desnudo es un monstruo", como también dice su madre. Por obra de la misma culpa, Milena transgrede los límites y se los dejan transgredir. Es una niña de 3 años que se golpea la cabeza en el espacio limitado de la sesión psicoanalítica y al mismo tiempo se comporta como la princesa que marcha delante de su corte. Sus padres lo toleran porque la miran como se mira a una hija del pecado.

Es necesario hablar de todo esto con el padre, con la madre y con la niña. No es posible afirmar que será la solución, porque el caso es difícil, pero es posible alimentar grandes esperanzas acerca de lo que puede ocurrir si se les habla de las fantasías que encontramos en el material obtenido.

La psicoterapia nunca es un proceso directo, es necesaria una elaboración, dado que el paciente puede entender, pero no logra creer. El trecho que separa el entender del creer es un transcurso que a veces necesita años. Pero en el caso de Milena no tenemos ese tiempo y, por lo tanto, es imprescindible que logremos sustituir la elaboración por una comunicación que arruine el proyecto inconciente que implica su muerte. Podrá decirse que es un procedimiento agresivo, o traumático, pero no tenemos nada mejor, y es lo único que puede darnos alguna esperanza. Si las cosas funcionan, lo primero que obtendremos no será gratitud, sino hostilidad, pero podemos estar seguros de que, en la medida en que se enojen, la niña tendrá una posibilidad que antes no tenía.

Milena quiere desaparecer para restablecer la pareja de sus padres, que siente dañada, satisfaciendo, al mismo tiempo, sus fantasías de un crecimiento omnipotente y autosuficiente. Lo ha dicho claramente cuando

afirma: "*Sai che ti dico?, io la palla me la tengo*" [¿Sabés lo que te digo?, yo al tumor lo conservo]. Marcelo, con desesperación, siente que debe entregar a Milena para conservar a Lidia y, ya una vez, eligió del mismo modo cuando le habló al obstetra. Lidia, que se siente culpable por haberlo deseado "todo", lucha también contra la idea de que no podrá conservar cuanto tiene y que deberá resignarse a perder a la hija que nunca debió pretender.

Sabemos que todo cáncer es el producto de una regresión que surge ante la imposibilidad de continuar sosteniendo la investidura de una fantasía incestuosa inconciente. Una regresión a una etapa anterior a la procreación: el crecimiento que se realiza mediante la división celular "asexuada" y que corresponde a un tipo de fantasía inconciente que, vista desde la sexualidad, denominamos hermafrodita. Milena es el eslabón más débil, el fusible a través del cual "se corta", y al mismo tiempo culmina, una historia familiar cuyo decurso puede hilvanarse a través de tres generaciones.

Datos de la evolución clínica

Volvamos ahora a la historia clínica de la doctora Schiavetti:

En octubre de 1992, ya terminadas la quimioterapia y la radioterapia, aparece, para consternación de todos, una recidiva del tamaño de una nuez, en el pliegue inguinal derecho, que se constata además mediante resonancia magnética. Los padres, desesperados, reclaman lo mejor para su hija, y todos deciden, de común acuerdo, enviarla a París, al profesor Frédéric Gautier, para una nueva intervención quirúrgica, que se realiza en el mes de diciembre. La histología revela entonces que se trata de un rabdomiosarcoma alveolar, más maligno que el embrional, pero se piensa que es más probable un error en el primer estudio histológico que una transformación en la estructura histológica del tumor, aunque esto último no es imposible.

Nuevamente se instituye quimioterapia y radioterapia, esta vez con carboplatino y etopoxide. Llegamos así a julio de 1993, cuando, casi contemporáneamente con la finalización de esa terapéutica, aparece una nueva recidiva en el abdomen, esta vez con protrusión endoabdominal y perturbaciones en la micción y la defecación. Vuelve entonces a Francia, en donde el profesor Gautier, ante la gravedad del caso, decide que ya no tiene sentido operarla y le prescribe etopoxide por vía oral con fines paliativos. La madre, frente al temor de que su hija no ingiera la droga

con regularidad, insiste en que se le suministre por vía endovenosa, y se hace de este modo.

En diciembre de 1993, y ante la sorpresa de todos, una nueva resonancia magnética permite comprobar la remisión completa del tumor. Se decide entonces reenviarla a París, para una exploración quirúrgica de los ganglios lumboaórticos y abdominales, pero fue necesario insistir y enviarles previamente la resonancia magnética obtenida para que aceptaran operarla nuevamente, dado que, en virtud de la última consulta, estaban convencidos de que se trataría de un sacrificio inútil.

En marzo de 1994 se le extirpan a Milena, en París, una gran cantidad de ganglios abdominales y de la cadena lumboaórtica. El estudio histológico de esos ganglios los encuentra normales. Estamos en el mes de setiembre y Milena continúa sana. Los oncólogos que han intervenido en su tratamiento no han tenido noticia de ningún otro rabdomiosarcoma alveolar fehacientemente comprobado que haya evolucionado de una manera similar.

¿Por qué la mejoría actual?

Llegamos ahora al punto culminante de esta historia. Esta mañana, luego de haber releído mi intervención de hace dos años, y de haber escuchado la historia clínica que relata la evolución del tumor de Milena, no pude menos que centrar mi curiosidad en cuáles habrían sido las circunstancias que determinaron una evolución similar de los significados inconcientes. ¿Por qué, no pude menos que preguntarme y preguntar, Milena había empeorado tanto al principio para mejorar dramáticamente al final? Para mi sorpresa, la respuesta de la doctora Del Pidio fue concisa y rotunda. Sucedió que, por diversos motivos, nadie se había atrevido a seguir mi consejo y hablar con la niña y sus padres de los contenidos que el estudio patobiográfico había revelado, hasta que, movidos por la desesperación sentida frente al hecho de que Milena, desahuciada, se estaba muriendo, la doctora Del Pidio, en el mes de setiembre, pocos meses antes de la desaparición del tumor, se había decidido a emprender la tarea.

El informe de la doctora Del Pidio

La doctora Del Pidio escribió un extenso y documentado informe de los pormenores del caso. Veremos enseguida, en sus propias palabras, algunos de los párrafos que relatan los momentos más conmovedores de la evolución de Milena y de la intervención psicoterapéutica, pero debemos resumir, previamente, algunas de las circunstancias y las apreciaciones que ella describe en su relato.

De acuerdo con lo previsto, la doctora Del Pidio debería hablar con Milena a solas y, junto con el profesor Giannotti, con ambos padres reunidos. Se habían propuesto afrontar, en ambos coloquios, el punto esencial constituido por la fantasía incestuosa. Este proyecto, según ella cuenta, quedó obstaculizado por varios factores. Por un lado, la evolución clínica de la enfermedad "requería una actitud que permitiera contener las fantasías de muerte" y, por el otro, una "particular dinámica" se había creado entre la pareja de padres y la pareja terapéutica. Como resultado, las entrevistas de resignificación que pertenecen al procedimiento patobiográfico típico se "transformaron en un trabajo que se realizó durante cuatro meses mediante coloquios semanales".

Durante ese período –continúa diciendo la doctora Del Pidio– pudo observarse que Marcelo vivía melancólicamente la pérdida de su hija, como una pérdida objetal interna frente a la cual experimentaba un dolor sordo que lo aislaba de todas sus relaciones y, en particular, de su mujer, con la cual no podía compartir su sentimiento de que sus permanentes premoniciones acerca de una catástrofe se habían cumplido. Durante el primer año de vida de Milena murió el padre de Marcelo, y esta muerte reforzó en él la vivencia pesimista de que por cada vida debe ser ofrecida, como pago, una muerte. Lidia, en cambio, sufría de una grave estructura fóbica con angustias hipocondríacas y fantasías bisexuales. El encuentro entre ellos parecía concretarse sólo a través de la culpa que sentían frente a la enfermedad de Milena, quien, por las circunstancias que ro-

deaban a su concepción, se había transformado en un símbolo, para ambos, de la transgresión edípica.

La primera formación tumoral de Milena fue descubierta justamente cuando Juanita, la niñera que la había cuidado desde su nacimiento, se fue porque deseaba tener su propia hija. Juanita, de la misma edad de Lidia, perdió su embarazo, que era extrauterino, y no pudo cumplir con su deseo. Intentó retornar a su puesto de niñera, pero Lidia no lo consintió. Le preguntó entonces a Lidia por qué no lograba quedarse embarazada, y Lidia le contestó: "¿Por qué me lo preguntas a mí? ¿Soy acaso la diosa de la fertilidad?".

Parece, sostiene la doctora Del Pidio, que la culpa de Lidia está ligada a fantasías de una fertilidad arcaica, pregenital, partenogenética y omnipotente, como expresión de una situación interna de bisexualidad y de la angustia que va unida a las fantasías de retaliación que corresponden a la idea inconciente de una fertilidad robada. Por lo tanto, Milena constituye, para Lidia, el fruto de esa fertilidad, y la niña se hará cargo de ese "legado" con la enfermedad que traduce la fantasía de producir infinitos tumores-niños.

Toda esta fantasmática –continúa diciendo la doctora Del Pidio– "tan rica como inquietante, que cobraba vida dentro de nosotros, durante las sesiones de Lidia y Marcelo, no podía, sin embargo, ser verbalizada, según lo que creo, por dos motivos". La lejanía de estos contenidos con respecto a la conciencia de los progenitores, y algo más: el compromiso emotivo de la pareja de terapeutas, que reflejaba especularmente las mismas ansiedades que los padres en cuanto a sus funciones de pareja sexual y parental. Esto desencadenaba, en un plano más superficial, el temor de arruinar un matrimonio que estaba afrontando un período crítico, y en otro plano, más profundo, el temor que despierta la realización de algo prohibido. De modo que "aquella comunicación, que se nos aparecía cada vez más obvia, al mismo tiempo nos resultaba cada vez más indecible".

Lidia continuó, por lo tanto, acusando a su marido de ser demasiado permisivo con Milena, hasta el punto de llegar

a funcionar como un apéndice de su hija, mientras que Marcelo, a su vez, acusaba a su mujer de faltar a su función de madre comportándose como una niña pequeña que competía con Milena. La situación llegó de esta manera a un máximo de saturación.

La doctora Del Pidio cuenta que Milena, con diversas técnicas, había logrado reducirla al silencio, impidiéndole especialmente hablar de la enfermedad, que había llegado a constituir una especie de tabú.

Durante los cuatro meses de coloquios semanales fue tomando forma un juego en el cual había una pequeña gansa hija y una pequeña gansa madre que se exhiben mutuamente sus habilidades motoras en ejercicios gimnásticos y saltos mortales especulares. En este juego aparece tres veces (!) un monstruo que quiere comerse a la hija, y la madre lucha contra él y finalmente lo vence. En la segunda y la tercera vez, el monstruo trae como aliados a animales prehistóricos, y la madre, a animales domésticos. En la segunda lucha, la madre mata al monstruo, que quiere siempre comerse a la hija, pero en la tercera se ve que el monstruo parecía muerto pero no lo estaba. Los animales prehistóricos de la tercera vez son muchos más, y por lo tanto la madre trae, también, más aliados domésticos. La lucha final se transforma luego en un banquete fabuloso del cual todos participan.

Estas fantasías, según relata la doctora Del Pidio, quedaron allí, sin poder ser elaboradas, y en los días sucesivos, en julio de 1993, se acentuaron en Milena problemas de retención urinaria y fecal, que condujeron a indagaciones instrumentales, de las cuales surgió la existencia de una nueva recidiva, esta vez endoabdominal y más grave que las precedentes. Fue el derrumbe.

El profesor Giannotti decidió entonces emprender un tratamiento psicoterapéutico "intensivo" de la pareja y la niña por separado. La doctora Del Pidio se niega a hacerse cargo del tratamiento de Milena. Nos aclara que su negativa surgía de varios factores.

Le disgustaba el sentirse empujada a desempeñar el papel de Juanita, la niñera que había cuidado a Milena "en lugar" de la madre y a costa de su propio desarrollo maternal. La asustaba el tener que enfrentarse con la muerte de una niña, y le despertaba angustias profundas relacionadas con su propia historia, ya que ella misma había recibido su nombre, Fiorella, de una niña que había fallecido antes de que ella naciera. La insistencia del profesor Giannotti, que había adoptado la posición de "la niña debe ser salvada a cualquier precio", para que aceptara tratar a Milena, le parecía un proyecto maníaco, semejante al de Lidia, la madre, en tanto que la doctora Del Pidio, según lo que piensa ahora, retrospectivamente, estaba más identificada con la posición del padre, quien, melancólicamente, daba a su hija por perdida. Se sentía, además, culpable, desesperanzada e impotente, por el hecho de no haber podido trabajar, en todo el tiempo transcurrido, con las fantasías hermafroditas, procreativas e incestuosas, que ya se habían hecho evidentes en la supervisión conmigo en febrero de 1992. Durante los últimos meses se había descubierto un cáncer incurable al padre de la doctora Del Pidio, y, en el momento en que ella tenía que decidir si aceptaba la psicoterapia de Milena, ese cáncer se encontraba en su fase terminal. Enfrentarse, en ese momento, con el temor que le despertaba la niña incestuosa que habitaba en Milena, superaba la posibilidad de sus fuerzas. La elaboración de todas estas temáticas la condujo, por fin, a iniciar la psicoterapia de Milena en setiembre de 1993, al mismo tiempo en que el profesor Giannotti lo hacía con los padres. La doctora Del Pidio consigna, en esta parte de su historia, que al mes siguiente, en octubre, su propio padre, enfermo de cáncer, moría, y que dos meses más tarde, en diciembre, le fue diagnosticado el cáncer pulmonar al profesor Giannotti, quien interrumpió, en ese momento, la psicoterapia de los padres y falleció en mayo de 1994.

"Cuando vi a Milena en la primera sesión –cuenta la doctora Del Pidio–, me impresionó su aspecto físico, estaba extremadamente deteriorada por la quimioterapia, y tuve la sensación de que se estaba muriendo."

Fue a verlo entonces inmediatamente al profesor Giannotti para decirle que la niña se estaba muriendo, para preguntarle qué tipo de trabajo se suponía que debía hacer, y si no había llegado el momento de prepararse para la despedida. Él, luego de pensar un momento, le contestó: "*Una cosa é certa: io non voglio fare il becchino*" (realmente no quiero ser quien la entierre). Esta frase –continúa diciendo la doctora Del Pidio– fue, para ella, como una puñalada. Le provocó un tumulto de pasiones y sentimientos contradictorios, y entre ellos la rabia que le daría la fuerza para atreverse a formular, por primera vez, las interpretaciones que ya desde hacía mucho tiempo hubiera querido decir y que, en cambio, callaba.

Lo que sigue es la reproducción, casi con las mismas palabras, de una parte del texto de la doctora Del Pidio, en la cual relata los acontecimientos de la etapa que precedió y acompañó a la desaparición de la recidiva.

> Así que, en cuanto Milena comenzó a utilizar sus técnicas habituales para distraerme e inmovilizarme, la interrumpí decididamente. Le dije que todas esas técnicas eran maniobras que ella utilizaba para distraerme de la enfermedad, para evitar el hablar de la cosa verdaderamente importante, que ella se estaba muriendo, y que moría porque no quería renunciar a su proyecto de tener al papá todo para sí.
>
> Milena se inmovilizó, y me miró con una concentración tal que me espantó, pero continué diciéndole que los tumores que ella hacía eran los muchos niños que imaginaba tener con el padre tomando el lugar de la madre. De este modo, ella sentía que estaba haciendo las cosas bien, porque más allá de su deseo realizaba también el deseo de la madre de tener muchos niños, al mismo tiempo que entraba en competencia con ella, y muriendo elegía el vínculo con el padre, que no quería niños. Agregué que, de este modo, se estaba sin embargo quitando la posibilidad de llegar a ser grande y tener realmente niños.
>
> Milena adquirió una expresión de odio, comenzó a gritar de un modo que me impidiera hablar, y luego comenzó a lanzarme imprecaciones: "¿Pero quién te creés que sos?, ¿la patrona de la ciudad?, ¿el señor del mundo? ¡Sos una boluda!" [la traducción literal del italiano *stronza* sería "sorete", pero el sentido que adquiere en el lenguaje habitual corresponde, en nuestro ámbito, al significado de la palabra "boluda"].

Enseguida se dirigió a la madre para pedirle que se la llevara. Le dijo que no quería venir más a lo de una boluda para escuchar boludeces [*frescacce*]. Le dije que se iría cuando la sesión hubiera terminado y no antes. Milena se tiró al suelo y comenzó a lanzarme todos los objetos que tenía a mano. Me había declarado la guerra, y yo finalmente había conseguido salir del letargo.

Las sesiones sucesivas fueron muy difíciles durante aproximadamente dos meses. Milena llegaba traída por la madre, que debía arrastrarla levantándola en peso, mientras ella gritaba y daba patadas a diestra y siniestra. Apenas me veía me hacía los cuernos y conjuros de todo tipo. En las sesiones tenía crisis de pánico. Decía que el consultorio era la casa de los monstruos. Estaban todos escondidos detrás de los rincones y saldrían luego para devorarla de un solo bocado.

Se quedaba todo el tiempo pegada al cuerpo de la madre y era imposible separarla. Le dije que yo me había transformado en un monstruo en el momento en que le había hablado de su enfermedad y que ella se había sentido devorada de un solo bocado por mis palabras. Milena entonces adoptó una defensa todavía más sutil. Se caía adormecida sobre la escalera de mi consultorio y dormía durante toda la sesión.

Le interpreté que durmiendo ella se entregaba, como una comida, al monstruo que además temía y que entonces, en conclusión, también le gustaba mucho ser comida de un solo bocado. Milena protestó con violencia que quería que se la dejara en paz y dormir.

Ocurrió luego un cambio que coincidió, aproximadamente, con la emergencia clínica de la enfermedad del profesor Giannotti. El cambio quedó asociado a un dibujo que representaba una casa con cabellos. Era una casa que tenía los ojos, una nariz, la boca y los cabellos, que eran muchos y largos. Los cabellos servían a la casa, porque así se escondía de los ladrones. Cuando los ladrones llegaban, la casa se soltaba los cabellos y los ladrones no la veían más. En esta casa vivía una madre, un padre y dos niños. Un día decidieron ir al circo, pero previamente fueron al bar y comieron pochoclo, y después fueron al restaurante y comieron pizza a la margarita y papitas fritas. Cuando volvieron a casa, encontraron adentro a una amiga que había venido porque los ladrones estaban justamente adentro de la casa. Esta amiga los ayudó a echar a los malos y entonces todos se durmieron bien. Es ahora otro día. Es sábado, se han despertado al alba y a la madre se le ocurrió una hermosa idea: que todos fueran al mar. Suben al auto y encuentran que los ladrones se han refugiado justamente allí. Pero llega el auto de la policía, que los arresta, y todo termina bien.

Había terminado, de este modo, el período de las angustias psicóticas. Las sesiones cambiaron de atmósfera. Ahora yo soy una señora que

tiene una niña pequeña gravemente enferma. Ella es el médico que me dice que para mi niña no se puede hacer nada porque tiene una enfermedad en el corazón, y las enfermedades del corazón no se curan. Luego me pregunta, de improviso, si yo tengo un padre. Le contesto que se ha muerto. Entonces me dice que también el padre de la niña está muerto. Ha sido asesinado por los ladrones mientras defendía a la niña. Le digo que entonces la niña tenía una enfermedad en el corazón porque sufría mucho, y sufría porque se sentía culpable por la muerte del papá. Y se sentía tan mala como para no merecer vivir, y por esto no podía curarse. Cuando Milena tuvo que ser sometida en París a la última exploración quirúrgica, y se lo anuncié diciendo que los médicos afirmaban que las cosas estaban yendo bien y que era posible que se curara definitivamente, me contestó: "Ah, pero si yo me puedo curar, entonces alguien ha muerto".

La sesión inmediatamente sucesiva a la muerte del profesor Giannotti adquirió, de nuevo, características psicóticas. Entró a la sesión diciendo: "Se creían que el monstruo estaba muerto, pero está aquí, ha vuelto". Tomó un títere y comenzó a asustarme con él, a mí y a todas sus muñecas, pero en mitad de la sesión me dijo: "Rápido, llamá a tu marido para que venga a ayudarnos a combatir al monstruo". Y comenzó una lucha entre el monstruo y otro títere que representaba a mi marido. Mi marido logró matar al monstruo, que no volverá más en la sesión.

El juego que comienza entonces dramatiza la siguiente fantasía: Ella y yo éramos dos señoras, cada una de las cuales tenía una niña. Mi niña era una niña mala, sucia, fea y despreciativa. Era mala porque se le había muerto el padre. Se llamaba Celestina. Su niña, en cambio, de nombre Rosa, era bellísima, buena y amada por todos. Tenía a su papá. De pronto sucede que a Celestina le nace un "pitito" [*pisellino*], así que tiene, al mismo tiempo, la "conchita" [*passerina*] y el pitito. El pitito le molesta, por lo cual se lo debe tocar continuamente y caminar mirando para abajo. Ahora nadie quiere a Celestina porque les da asco a todos. Celestina, desesperada, va a pedirle ayuda a la mamá de Rosa. Rosa, efectivamente, tiene sólo la conchita, es feliz y puede ir al parque con Giuseppe y divertirse (Giuseppe es el sobrino de Milena, tres meses mayor, y con el cual había dicho, durante las primeras sesiones del estudio patobiográfico, que pensaba casarse). Celestina, en cambio, está siempre sola y rechazada por todos.

La mamá de Rosa le dice que no la puede ayudar, porque el pitito le ha nacido por obra de una magia. Ha sido su propia madre quien se lo ha hecho crecer, porque es una bruja y hace magias malas. Y no se puede hacer nada contra la magia de la propia madre. Luego, dado que los sufrimientos de Celestina son verdaderamente muchos, deciden operarla para cortarle el pitito. Pero cuando la están operando se dan cuenta

de que en la conchita de Celestina están todos los niños del mundo, las cabecitas están todas allí, aplastadas, y los niños están en riesgo de morir sofocados. Así que, además del pitito, deben cortarle también la conchita, y todos los niños del mundo se salvan. En este punto, Milena abandona a Celestina, y no vuelve a referirse a ella.

Rosa, mientras tanto, se ha transformado en una estupenda muchacha de 20 años, y todos los muchachos la desean. Rosa elige al muchacho más hermoso y quiere hacer el amor, pero llega su padre, y echa al muchacho y manda a Rosa a dormir. Pero Rosa, que ahora tiene 20 años, discute con el padre y le dice: "Andate vos, que sos viejo, yo soy grande y no te obedezco más". Rosa va a lo de su muchacho, y hacen el amor de este modo: "Él la besa, le acaricia las tetas, y después le mete un pie en la conchita".

La situación actual

Actualmente, en setiembre de 1994, Milena está bien, está en fase de remisión total de la enfermedad, que no parece haber dejado en su cuerpo signos locales ni generales. Es una hermosa niña de 5 años, vital y creativa.

En una de las últimas sesiones dibuja al mundo como era antes de que ella naciera, y se localiza en la panza de la madre. Luego se dibuja a sí misma bajo la forma de un conejito; a la madre, al padre y a mí, ubicada entre sus padres y ella, como si quisiera indicar de este modo la forma en que me utiliza para distanciarse de ellos. En la extremidad izquierda de la hoja dibuja una serpiente, que representa un elemento inquietante localizado ahora en el pasado, del lado del padre y en el lado opuesto con respecto a sí misma. En su último dibujo representa a la que imagina como mi familia, en la cual mi marido y yo tenemos dos niños, lo cual puede ser interpretado como una renuncia temporaria a la fertilidad en mi favor.

Marcelo y Milena expresaron, casi de una manera idéntica, que si Milena vive es porque alguien ha muerto en su lugar, y, para Marcelo, quien ha muerto por ese motivo es su padre. El equipo que atendía a Milena sintió, "especularmente", que el profesor Giannotti ha muerto en el lugar de Milena, y esta fan-

tasía, que se ha hecho conciente, impregna una parte del relato que la doctora Del Pidio nos leyó esta mañana. Esperaban que pudiera decirles algo que calmara su angustia. Yo me preguntaba, mientras tanto, cuál podía ser el sostén inconciente de esa fantasía de "contaminación" cancerosa, que comprometía la idea de un monstruo que exigía de cualquier modo una víctima. No cabía duda de que las fantasías hermafroditas e incestuosas que habitan los estratos más reprimidos de nuestro inconciente y que motivan las resistencias intensas para psicoanalizar a los enfermos de cáncer, se habían movilizado, como es natural, bajo la forma de un sentimiento de culpa que exige un castigo. Pero también era evidente, y así se los dije, que la enfermedad del profesor Giannotti (así como la del padre de la doctora Del Pidio) era un desenlace de su propia historia, y que de no existir Milena, en el vínculo con la cual confluyeron los "puntos de urgencia" de ambas historias, se hubiera expresado, o realizado, en algún otro vínculo.

La doctora Del Pidio consignó en su informe, con sinceridad y lucidez conmovedoras, observaciones acerca de las vicisitudes de la compleja contratransferencia vivida por ella y el profesor Giannotti durante el tratamiento de Milena. Esas palabras, que incluyen el relato de alguno de sus propios sueños o de sus diálogos con él en las difíciles circunstancias que ambos tuvieron que vivir, constituyen un ejemplo enormemente conmovedor, en el cual se unen la autenticidad, la capacidad intelectual, la honestidad y la responsabilidad profesional, de un modo que no se encuentra con frecuencia. Cuando lo escuchaba, esta mañana, no podía sustraerme a mis propios recuerdos con el buen amigo, que hoy no estaba allí, como otras, muchas veces. Y, lo que es peor aun, comprendía y me dolía su profunda lucha con la enfermedad, que era también su lucha intelectual entre dos maneras de comprender la interpretación psicoanalítica de los trastornos del cuerpo. Una batalla desigual, porque en el rescate de esa y otras "Milenas" que no quería abandonar, él no podía dejar de ver la presencia de un monstruo que finalmente triunfaría.

Esos y otros pensamientos semejantes se apoderaban de mi mente, y al mismo tiempo me llegaban las palabras con las cuales Fiorella Del Pidio terminaba su informe: "Desde el momento en que se enfermó el profesor Giannotti, el padre de Milena no ha querido encontrarme más... esto me inquieta por las repercusiones que podría tener en el tratamiento de Milena. Mientras tanto, en la sesión, ella acuna a su muñeca niña, la nutre con el biberón y la acuesta a dormir. Luego se sienta sobre mi regazo y me canta dulcemente:

Sono tutte belle le mamme del mondo
quando un bambino stringono al cuore,
sono l'espressione di un bene profondo
fatto di gioia, rinunce ed amore.

(Son todas bellas las madres del mundo
cuando aprietan a un niño contra su corazón,
son la expresión de un bien profundo
hecho de alegría, renuncia y amor.)

Veo lágrimas en los ojos de mis colegas, me doy cuenta de que tengo un nudo en la garganta... De pronto desfilan, en un relámpago, dentro de mí, todos los años de lucha que relato en este libro[20] y, frente a lo que ocurrió con Milena, un pensamiento me atraviesa el alma: ha valido la pena.

[20] Se alude aquí a *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis* (Chiozza, 1995*b*).

Bibliografía

ANSERMET, François y MAGISTRETTI, Pierre (2006)
A cada cual su cerebro, Katz, Buenos Aires.

ARIETI, Silvano (1964)
"The rise of creativity: from primary to tertiary process", en *Contemporary Psychoanalysis*, t. I, pags. 51-68.

ARIETI, Silvano (1976)
Creativity, the magic synthesis, Basic Books Inc. Publishers, Nueva York.

BATESON, Gregory (1954)
"Metálogo: ¿por qué un cisne?", en G. Bateson, *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976.

BATESON, Gregory (1972)
Pasos hacia una ecología de la mente, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976.

BATESON, Gregory (1979)
Mind and nature, E. P. Dutton, Nueva York.
Espíritu y naturaleza, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1981.
BERRY, Adrian (1983)

La máquina superinteligente. Una odisea electrónica, Alianza Editorial, Madrid.

BERTALANFFY, Ludwig von (1979)
Perspectivas en la teoría general de sistemas, Alianza Editorial, Madrid.

BION, Wilfred Ruprecht (1974)
Il cambiamento catastrofico, Loescher Editore, Turín, 1981.

CESIO, Fidias (1970)
"Introducción", en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 29-40.

CESIO, Fidias (1974)
"Mi contribución al psicoanálisis", en *Revista de Psicoanálisis,* t. XXXI, Nº 1-2, Buenos Aires, 1974, págs. 81-105.

CHARON, Jean (1977)
L'esprit, cet inconnu, Albin Michel, París.

CHIOZZA, Gustavo (1994)
"Reconsideraciones sobre la histeria de conversión", trabajo presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires.

CHIOZZA, Gustavo (2003)
"El psicoanálisis frente al problema de la conciencia", trabajo presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires.

CHIOZZA, Luis (1963)
Psicoanálisis de los trastornos hepáticos (Comunicación preliminar), Luro, Buenos Aires, 1963.

CHIOZZA, Luis (1970*a* [1967-1969])
"El contenido latente del horror al incesto y su relación con el cáncer", en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 413-448; AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, Paidós, Buenos Aires, 1975, págs.

413-448; L. Chiozza y colabs., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer,* Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 25-73; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer,* Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 81-123; en "La consumación del incesto. Una semana de análisis tres años después", en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (segunda edición), Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 399-501; L. Chiozza, *Cuando la envidia es esperanza (Historia de un tratamiento psicoanalítico)*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-102 y págs. 143-188.

CHIOZZA, Luis (1970*b* [1968])

"Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina", en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 503-523; AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, Paidós, Buenos Aires, 1975, págs. 503-523; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 159-175; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 403-425; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 55-73.

CHIOZZA, Luis (1970*c*)

"Apuntes sobre fantasía, materia y lenguaje", en *II Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática (CIMP)*, Buenos Aires, 1970, págs. 25-31; *Eidon*, Nº 2, Buenos Aires, 1974, págs. 69-76; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje,* Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 67-72; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 117-124; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje* (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 93-98. En italiano se publicó con el título "Appunti su fantasia, materia e linguaggio", en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 115-122.

CHIOZZA, Luis (1974)

"La interpretación del material", en *VI Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática (CIMP),* Buenos Aires, 1974, págs. 37-43; *Eidon*, Nº 3, Buenos Aires, 1975, págs. 37-45; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro,* Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 197-207; *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, vol. 1, Roma, 1984, págs. 165-163; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 97-109. Se incluyó como apartado de "El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática", en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 128-134; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 231-239; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 208-214.

CHIOZZA, Luis (1975)

"La enfermedad de los afectos", en *VII Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP)*, Buenos Aires, 1975, págs. 79-83; *Eidon*, Nº 5, Buenos Aires, 1976, págs. 69-75; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje,* Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 139-145; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 245-253; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje* (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 227-234.

CHIOZZA, Luis (1976*a*)

Cuerpo, afecto y lenguaje, Paidós, Buenos Aires, 1976 y 1977 (reimpresión).

CHIOZZA, Luis (1976*b* [1971])

"Las fantasías específicas en la investigación psicosomática", en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 73-80. Se publicó con el título "Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma", en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y*

del psicoanalizar, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 125-136; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje* (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-107. En italiano se publicó con el título "Le fantasie specifiche nella recerca psicosomatica", en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 123-133.

CHIOZZA, Luis (1976*c* [1974])
"La transformación del afecto en lenguaje", en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 117-123; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 217-226; L. Chiozza, *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 27-31; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje* (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 219-226.

CHIOZZA, Luis (1978*a*)
"El corazón tiene razones que la razón ignora", en *Eidon*, Nº 10, Buenos Aires, 1979, págs. 77-85; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 357-362; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 95-99.

CHIOZZA, Luis (1978*b*)
"Hacia una teoría del arte psicoanalítico. Estudio de un episodio en la relación Dora-Freud", en *IX Congreso interno y XIX Simposio de la Asociación Psicoanalítica Argentina,* APA, Buenos Aires, 1978, págs. 97-107; *Eidon*, N° 9, Buenos Aires, 1978, págs. 5-27 (en esta edición se publicó sin el subtítulo); L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 427-447; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos

Aires, 1983, págs. 37-56; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 161-176 (editado sin el subtítulo). En italiano se publicó con el título "Verso una teoria dell'arte psicoanalitica. Studio di un episodio nella relazione Dora-Freud", en L. Chiozza, *Verso una teoria dell'arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 31-47.

CHIOZZA, Luis (1980*a*)
Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980.

CHIOZZA, Luis (1980*b*)
"Corazón, hígado y cerebro. Introducción esquemática a la comprensión de un trilema", en *XI Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP)*, Buenos Aires, 1980, págs. 128-136; *Eidon*, Nº 12, Buenos Aires, 1980, págs. 65-76; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 363-374; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 103-113; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 111-122.

CHIOZZA, Luis (1980*c*)
"Falsedad y autenticidad en la interpretación de la transferencia-contratransferencia", en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 497-514; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 135-151; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 177-193. En italiano se publicó con el título "Falsità e autenticità nell'interpretazione del transfert-controtransfert", en L. Chiozza, *Verso una teoria dell'arte psicoanalitica*, Borla, Roma, 1987, págs. 71-85.

CHIOZZA, Luis (1981)

"La capacidad simbólica de la estructura y el funcionamiento del cuerpo", en *Eidon*, N° 15, Buenos Aires, 1981, págs. 45-61; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 209-224 (versión ampliada); L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 73-85 (versión nuevamente ampliada). En italiano se publicó con el título "La capacità simbolica della struttura e il funzionamento del corpo", en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 7, Perugia, 1982, págs. 73-84.

CHIOZZA, Luis (1983*a*)
Psicoanálisis: presente y futuro, Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos Aires, 1983.

CHIOZZA, Luis (1983*b* [1982])
"In riferimento ad alcune critiche a *Psicoanalisi e cancro* e *Corpo affetto e linguaggio*", en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 9, Perugia, 1983, págs. 156-184. En castellano se publicó con el título "Acerca de algunas críticas a *Psicoanalisi e cancro* y *Corpo, affetto e linguaggio*", en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 249-276; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 161-184.

CHIOZZA, Luis (1984 [1967])
"Una contribución al estudio del horror al incesto", este trabajo inédito de 1967 se incluyó en "La consumación del incesto. Una semana de análisis tres años después", en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (segunda edición), Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 399-501; y en "Una semana de análisis tres años después", en L. Chiozza, *Cuando la envidia es esperanza. Historia de un tratamiento psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-188.

CHIOZZA, Luis (1991*a* [1987])

"La construcción de una historia psicoanalítica", en L. Chiozza y colabs., *Los afectos ocultos en... Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991, págs. 14-19; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares* (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 13-18. En portugués se publicó con el título "A construção de uma história psicanalítica", en L. Chiozza, *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 13-18. En inglés se publicó con el título "The construction of a psychoanalytic history", en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 1-5.

CHIOZZA, Luis (1991*b* [1989])

"*Organsprache*. Una reconsideración actual del concepto freudiano", en L. Chiozza y colabs., *Los afectos ocultos en... Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991, págs. 202-223; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares* (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 203-229; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje* (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 309-335; se publicó como "Introducción al debate", en L. Chiozza y André Green, *Diálogo psicoanalítico sobre psicosomática*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1992, págs. 19-46, y *Diálogo psicoanalítico sobre psicosomática* (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 15-41. En italiano se publicó sin el título general, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, Nº 23, Roma, 1991, págs. 15-44. En portugués se publicó con el

título "*Organsprache*. Uma reconsideração atual do conceito freudiano", en L. Chiozza, *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 223-249. En inglés se publicó con el título "*Organsprache:* a revision of the freudian concept", en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 153-175.

CHIOZZA, Luis (1994 [1986])
¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo (primera edición española), Alianza Editorial, Madrid, 1994.

CHIOZZA, Luis (1995*a* [1986])
¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995.

CHIOZZA, Luis (1995*b*)
Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995.

CHIOZZA, Luis (1995*c* [1983])
"Reflexiones sin consenso", en *Luis Chiozza CD. Obras completas de Luis Chiozza*, CD-ROM de In Context informática documental, Buenos Aires, 1995/1996.

CHIOZZA, Luis (1995*d*)
"La conmovedora experiencia de resignificar una historia", en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 97-111; L. Chiozza, *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (tercera edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 184-203; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis* (segunda edición), Alianza Edi-

torial, Buenos Aires, 1999, págs. 97-114; L. Chiozza, *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (cuarta edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001/2005, págs. 139-152. En italiano se publicó con el título "La commovente esperienza di risignificare una storia", en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, nuova serie, Nº 31, Roma, 1995, págs. 102-120. En inglés se publicó con el título "The moving experience of resignifying a story", en L. Chiozza, *Why do we fall ill?: the story hiding the body*, Psychological Press, Madison (Connecticut), 1999, págs. 109-119.

CHIOZZA, Luis (1995*e*)
"La psicoanalisi e i processi cognitivi", en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, nuova serie, Nº 32, Roma, 1995, págs. 77-112. En castellano se publicó con el título "El psicoanálisis y los procesos cognitivos", en L. Chiozza, *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 297-332; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 147-177.

CHIOZZA, Luis (1995*f*)
"Lo que ocurrió con Milena", en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 113-126; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis* (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 115-130; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 15-30. En italiano se publicó con el título "Quello che capitò a Milena", en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, nuova serie, Nº 31, Roma, 1995, págs. 121-135.

CHIOZZA, Luis (1997*a* [1986])
¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo (tercera edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.
CHIOZZA, Luis (1997*b* [1991])

Los afectos ocultos en... Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.

CHIOZZA, Luis (1997*c*)
Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.

CHIOZZA, Luis (1997*d*)
"La historia que se oculta en el cuerpo", en L. Chiozza, *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (tercera edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 173-183; L. Chiozza, *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (cuarta edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001/2005, págs. 131-137. En inglés se publicó con el título "The story hiding in the body", en L. Chiozza, *Why do we fall ill?: the story hiding the body*, Pychological Press, Madison (Connecticut), 1999, págs. 103-108.

CHIOZZA, Luis (1998)
Hacia una teoría del arte psicoanalítico, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.

CHIOZZA, Luis (1999*a* [1995])
Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999.

CHIOZZA, Luis (1999*b*)
"Body, affect and language", en *Neuropsychoanalysis. An Interdisciplinary Journal for Psychanalysis and the Neurosciences*, vol. 1, Nº 1, págs. 111-123, International Universities Press Inc., Madison (Connecticut), 1999.

CHIOZZA, Luis (2001*a* [1986])
¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo (cuarta edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, y reimpresión de 2005.
CHIOZZA, Luis (2001*b*)

Enfermedades y afectos, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001.

CHIOZZA, Luis (2001*c*)
Una concepción psicoanalítica del cáncer, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001.

CHIOZZA, Luis (2001*d* [1985])
"El tratamiento psicoanalítico de Sonia", en L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 55-67.

CHIOZZA, Luis (2001*e* [1986])
"La sangre tira…", capítulo XII de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* en todas sus ediciones, se publicó en forma independiente en L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 43-53.

CHIOZZA, Luis (2001*f* [1986])
"Un lunar inocente…", capítulo X de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* en todas sus ediciones, se publicó en forma independiente en L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 31-42.

CHIOZZA, Luis (2005*a* [2003])
"La conciencia", presentado en la Fundación Luis Chiozza, marzo de 2003. En italiano se publicó con el título "La coscienza", en *La Psicoanalisi que viene*, Nº 2, Eidon Edizioni, Perugia, 2005, págs. 25-63.

CHIOZZA, Luis (2005*b* [2003])
"El valor afectivo", presentado en la Fundación Luis Chiozza, diciembre de 2003. Se publicó en italiano con el título "Il valore affetivo", en *La psicoanalisi che viene*, Nº 2, Eidon Edizioni, Perugia, 2005, págs. 135-177.

CHIOZZA, Luis y colabs. (1969)

(Colaboradores: LABORDE, V.; OBSTFELD, E. y PANTOLINI, J.)
"Opio", en *I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática (CIMP)*, Buenos Aires, 1969, págs. 146-152; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 87-92; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 177-184; L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (segunda edición), Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos Aires, 1984, págs. 289-296; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje* (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 161-166.

CHIOZZA, Luis y colabs. (1978)
(Colaboradores: ALPEROVICH, B.; BAHAMONDE, C.; BALDINO, O.; CANTEROS, J.; CAROTENUTO, L.; CHAVARINO, N.; ERBIN, S.; FERNÁNDEZ, R.; FONZI, M.; FONZI, A.; FURER, S.; GRUS, L.; GRUS, R.; HERRERA, E.; IRIBARNE, G.; LITVINOFF, H.; MARIONA, A.; MARTIN, S.; MARZORATI, E.; OBSTFELD, E.; PINTO, J.; RODRÍGUEZ, F.; ROSMARYN, A.; SANTALLA, J.; SALZMAN, R.; SCAPUSIO, J. y WAINER, G.)
Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer, Biblioteca del CWCM-Paidós, Buenos Aires, 1978.

CHIOZZA, Luis y colabs. (1981)
(Colaboradores: Aizenberg, S.; CALIFANO, C.; FONZI, A.; GRUS, R.; OBSTFELD, E.; SAINZ, J. y SCAPUSIO, J.)
"Casualità o azione terapeutica? Evoluzione di un paziente con melanomi maligni", en L. Chiozza, *Psicoanalisi e cancro*, Borla, Roma, 1981, págs. 141-148. En castellano se publicó con el título "¿Azar o acción terapéutica? Evolución de un paciente con melanomas malignos", en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 277-285.
CHIOZZA, Luis y colabs. (1983 [1982])

(Colaboradores: AIZENBERG, S.; CALIFANO, C.; FONZI, A.; GRUS, R.; OBSTFELD, E.; SAINZ, J. y SCAPUSIO, J.)
"Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia", en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CWCM-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 287-321; L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 19-48.

CHIOZZA, Luis y colabs. (1984)
(Colaboradores: ADAMO, D.; BARBERO, L.; BOARI, D.; SCHNEER, C.; SPIVAK, R. y STISMAN, M.)
"Acerca de la superstición en el uso de la estadística", en *Lecturas de Eidon*, Nº 3, CIMP, Buenos Aires, 1984; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 147-160.

CHIOZZA, Luis y colabs. (1991)
(Colaboradores: AIZENBERG, S.; BALDINO, G.; BALDINO, O.; BUSCH, D.; DAYEN, E.; FUNOSAS, M.; GRINSPON, S.; GRUS, L.; LANFRI, E.; OBSTFELD, E.; SALZMAN, R. y SCHUPACK, H.)
Los afectos ocultos en... Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993.
Segunda edición: CHIOZZA, Luis, *Los afectos ocultos en... Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.

CHIOZZA, Luis y colabs. (1993)
(Colaboradores: BALDINO, O.; BARBERO, L.; BOARI, D.; BUSCH, D.; CALIFANO, C.; CASALI, L.; CORNIGLIO, H.; DAYEN, E.; FUNOSAS, M.; GRUS, R.; LACHER, G.; LANFRI, E.; OBSTFELD, E.; PINTO, M.; REPETTO, J.; SALZMAN, R. y SCHUPACK, H.)

Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993.
Segunda edición corregida: CHIOZZA, Luis, *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.

CHIOZZA, Luis y colabs. (1995*a* [1985])
(Colaboradores: DAYEN, E. y GRUS, R.)
"Esquema para una interpretación psicoanalítica de las ampollas", en *Luis Chiozza CD. Obras completas de Luis Chiozza*, CD-ROM de In Context informática documental, Buenos Aires, 1995/1996.

CHIOZZA, Luis y colabs. (1995*b* [1985])
(Colaboradores: AIZENBERG, S.; BARBERO, L.; CALIFANO, C. N. de; OBSTFELD, E. y SCAPUSIO, J. C.)
"Evolución de una patobiografía en un tratamiento psicoanalítico", en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 81-96; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis* (segunda edición), Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 81-96. En italiano se publicó con el título "Evoluzione di una patobiografia in una terapia psicoanalitica", en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, nuova serie, Nº 31, Roma, 1995, págs. 85-101.

CHOMSKY, Noam (1975)
Reflexiones sobre el lenguaje, Sudamericana, Buenos Aires, 1977.

CHOMSKY, Noam (1980)
Rules and representations, Columbia University Press, Nueva York.

CLARKE, Arthur (1964)
"Mente y materia", en *Minotauro*, Nº 1, Buenos Aires.

DAMASIO, Antonio (1999)
The feeling of what happens, Heinemann, Londres.

DAWKINS, Richard (1979)
El gen egoísta, Salvat Editores, Barcelona, 1985.

DE BONO, Edward (1967)
The use of lateral thinking, Penguin Books, Londres.

DE BONO, Edward (1969)
El mecanismo de la mente, Monte Ávila, Caracas.

FRACASSI, Humberto (1945)
Vías de conducción de la energía nerviosa, Imprenta de la Universidad, Córdoba.

FREUD, Sigmund
Obras completas, Biblioteca Nueva (BN), Madrid, 1967, tres tomos.

FREUD, Sigmund*
Obras completas, Amorrortu Editores (AE), Buenos Aires, 1982-1985, veinticuatro tomos.

FREUD, Sigmund (1900*a* [1899])
La interpretación de los sueños, BN, t. I, págs. 231-584.

FREUD, Sigmund (1905*e* [1901]*)
"Fragmento de análisis de un caso de histeria", AE, t. VII, págs. 1-108.

FREUD, Sigmund (1909*b*)
"Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso «Juanito»)", BN, t. II, págs. 651-715.

FREUD, Sigmund (1911*c* [1910]*)
"Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente", AE, t. XII, págs. 1-76.

FREUD, Sigmund (1911*e*)
"El empleo de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis", BN, t. II, págs. 410-413.

FREUD, Sigmund (1914*g**)
"Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)", AE, t. XII, págs. 145-158.

FREUD, Sigmund (1915*b**)
"De guerra y muerte. Temas de actualidad", AE, t. XIV, págs. 273-304.

FREUD, Sigmund (1915*d**)
"La represión", AE, t. XIV, págs. 135-152.

FREUD, Sigmund (1915*e**)
"Lo inconciente", AE, t. XIV, págs. 153-214.

FREUD, Sigmund (1916-17 [1915-17]*)
Conferencias de introducción al psicoanálisis, AE, ts. XV y XVI.

FREUD, Sigmund (1918*b* [1914]*)
"De la historia de una neurosis infantil", AE, t. XVII, págs. 1-112.

FREUD, Sigmund (1919*h**)
"Lo ominoso", AE, t. XVII, págs. 215-252.

FREUD, Sigmund (1940*a* [1938]*)
Esquema del psicoanálisis, AE, t. XXIII, págs. 133-210.

FREUD, Sigmund (1950*a* [1895])
"Proyecto de una psicología para neurólogos", en S. Freud, *Los orígenes del psicoanálisis*, BN, t. III, págs. 883-968.

FREUD, Sigmund y BREUER, Joseph (1895*d*[*])
Estudios sobre la histeria, AE, t. II.

GEBSER, Juan (1950)
"Necesidad y posibilidad de una nueva visión del mundo", en J. Gebser y otros, *La nueva visión del mundo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1954, págs. 13-36.

GENIS GÁLVEZ, José María (1970)
Biología del desarrollo, ESPAXS, Barcelona.

GEORGE y JEFF (1958)
"Los nevus", en *Fichero Médico Terapéutico*, Nº 70, Buenos Aires, págs. 23-27.

GOLDBERG, Jeff (1988)
Las endorfinas, Gedisa, Barcelona, 1999.

GOMBRICH, E. H. (1966)
Freud y la psicología del arte, Barral Editores, Barcelona, 1971.

GREEN, André (1972)
"Notes sur les processus tertiaires", en *Revue Française de Psychanalyse*, Nº 3, París.

GRODDECK, Georg (1923)
El libro del Ello, Sudamericana, Buenos Aires, 1968.

HOFSTADTER, Douglas (1979)
Godel, Escher, Bach: An eternal golden braid, Penguin Books, Nueva York, 1980.

HOFSTADTER, Douglas y DENNET, Daniel (1981)
The Mind's I, Bantam Books, Nueva York, 1982.

HOYLE, Fred (1983)
El universo inteligente, Grijalbo, Madrid.

HUMPHREY, Nicholas (1992)
A history of the mind, Vintage Books, Londres, 1993.

JAKOBSON, Roman (1963)
Ensayos de lingüística general, Seix-Barral, Barcelona, 1975.

JERNE, Niels (1975)
"The immune system", en N. Jerne, *The Harvey Lectures*, Academic Press, Londres.

KNUTSON, C. O.; HORI, J. M. y SPRATT, J. S. (Jr.) (1971)
"Melanomas", en *Current problems in surgery*, Year Book Medical Publishers, Chicago.

KOESTLER, Arthur (1967)
The ghost in the machine, Picador, Londres, 1978.

KOESTLER, Arthur (1978)
Janus, Vintage Books, Nueva York, 1979.

KOLIREN, Leonardo y otros (1978)
"Tratamiento de los melanomas malignos cutáneos", en *Actualizaciones Labinca*, Nº 2, Buenos Aires.

LABORDE, Víctor (1974*a*)
"Inmunidad y timo", en *Eidon*, Nº 1, Buenos Aires.

LABORDE, Víctor (1974*b*)
"Timo y miastenia gravis", en *Eidon*, Nº 2, Buenos Aires.

LABORIT, Henri (1979)
L'inhibition de l'action, Masson, París, 1981.

LANGER, Susan (1941)
Nueva clave de la filosofía, Sur, Buenos Aires, 1954.

LERNER, A. B. (1971)
"Trastornos de la pigmentación de la melanina", en *Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb*, t. II, Interamericana, México.

MAETERLINCK, Mauricio (1907)
La inteligencia de las flores, Hyspamérica, Buenos Aires, 1985.

MAETERLINCK, Mauricio (1923)
La vida de las termitas, Espasa-Calpe, Buenos Aires, 1943.

MAETERLINCK, Mauricio (1930)
La vida de las hormigas, Tor, Buenos Aires, 1944.

MOROWITZ, Harold (1981)
"Rediscovering the Mind", en D. Hofstadter y D. Dennet, *The mind's I*, Bantam Books, Nueva York, 1982.

ORTEGA Y GASSET, José (1946)
"Idea del teatro", en *Obras completas*, vol. VII, Revista de Occidente, Madrid, 1968.

PATTEN, William (1969)
Embriología humana, El Ateneo, Buenos Aires.

PERRY, Steve (1994)
Another dimension, 21st Century Publishing, Los Ángeles.

PIRANDELLO, Luigi (1921)
Sei personaggi in cerca d'autore, Mondadori, Milán.

PORTMANN, Adolf (1968)
Nuevos caminos de la biología, Ediciones Iberoamericanas, Madrid.

PRIBRAM, Karl y GILL, Merton (1976)
El "Proyecto" de Freud, Marymar, Buenos Aires, 1977.

RACKER, Heinrich (1958)
Estudios sobre la técnica psicoanalítica, Paidós, Buenos Aires, 1964.

RATTRAY TAYLOR, Gordon (1982)
El gran misterio de la evolución, Sudamericana-Planeta, Barcelona, 1983.

RICOEUR, Paul (1965)
Freud, una interpretación de la cultura, Siglo XXI, México, 1973.

RUYER, Raymond (1966)
Paradoxes de la conscience et limites de l'automatisme, Albin Michel, París.

RUYER, Raymond (1974)
La gnose de Princeton, Fayard, París.

RYLE, Gilbert (1949)
El concepto de lo mental, Paidós, Buenos Aires, 2005.

SCHRÖDINGER, Erwin (1947)
¿Qué es la vida?, Espasa-Calpe, Buenos Aires.

SCHRÖDINGER, Erwin (1956)
Mind and matter, Cambridge University Press, Cambridge, 1977.

SCHWARZ, Oswald (1932)
Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales, Labor, Barcelona.
SHERRINGTON, Sir Charles (1940)

Man on his nature, Cambridge University Press, Londres, 1975.

SOLMS, Mark (1994)
"Anatomy of the unconcious", en *Journal of Clinical Psychoanalysis,* vol. 5, Nº 3, International Universities Press, Madison (Connecticut), 1996, págs. 331-368.

SOLMS, Mark y TURNBULL, Oliver (2002)
The brain and the inner world, Other Press, Nueva York.

THOM, René (1988)
Esbozo de una semiofísica, Gedisa, Barcelona, 1990.

THOMAS, Lewis (1974)
Las vidas de la célula, Emecé, Buenos Aires, 1976.

TODOROV, Tzvetan (1967)
Literatura y significación, Planeta, Barcelona, 1974.

TURBAYNE, Colin Murray (1974)
El mito de la metáfora, Fondo de Cultura Económica, México.

UEXKÜLL, Jakob von (1934)
Ideas para una concepción biológica del mundo, Espasa-Calpe, Madrid.

WADDINGTON, Conrad (1968)
"Las ideas básicas de la biología", en C. Waddington y otros, *Hacia una biología teórica*, Alianza Editorial, Madrid, 1976.

WADDINGTON, Conrad (1977)
Strumenti per pensare, Scientifiche Mondadori, Milán.

WASSERMAN, G. (1961)
"Esbozo de una teoría del campo de la forma y el comportamiento", en Simposio CIBA, *Percepción extrasensorial*, Eudeba, Buenos Aires.
WATZLAWICK, Paul (1976)

La réalité de la réalité, Seuil, París, 1978.

WEISZ, Paul B. (1971)
La ciencia de la zoología, Omega, Barcelona.

WEIZENBAUM, Joseph (1976)
La frontera entre el ordenador y la mente, Pirámide, Madrid, 1978.

WEIZSAECKER, Viktor von (1946)
Casos y problemas clínicos, Pubul, Barcelona.

WEIZSAECKER, Viktor von (1950)
Patosofía, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005.

WIENER, Norbert (1964)
Dios y Golem S. A., Siglo XXI, México, 1967.

WILBER, Ken (1984)
Le paradigme holographique, Le Jour Editeur, Montreal.