

La historia que se oculta en el cuerpo (Fundamentos para una psicosomatología psicoanalítica)

Luis Chiozza¹

1. Director del Centro Weizsaecker de Consulta Médica y del Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza. Presidente Honorario del Istituto di Ricerca Psicosomatica-Psicoanalitica Armina Aberastury de Perugia, Italia. Premio Konex en psicoanálisis. Grifo de Argento otorgado por la Comuna de Génova. Doctor Honoris Causa, por la Universidad Nacional de Río Cuarto.

E-mail: luis@chiozza.com

Resumen

El texto comienza dirigiéndose a señalar que el descubrimiento psicoanalítico de un psiquismo inconsciente nos ayuda a comprender la evolución de los procesos cognitivos que configuran nuestra imagen del mundo y del ego. Dado que el psicoanálisis se inició, en 1895, con la investigación de la histeria, es posible decir que, junto con el psicoanálisis, nació una exploración científica, psicosomatólogica, de la relación psique-soma. La teoría psicoanalítica se desarrolló, desde entonces, siguiendo un modelo "físico", more geométrico, que culmina en la metapsicología que Freud expuso en 1915, y un modelo histórico, more lingüístico, que se halla implícito en el recorrido entero de su obra, aunque nunca llegó a consolidarse en un cuerpo teórico plenamente establecido. Sin embargo, cuando, en 1938, formula la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, no sólo renuncia, de manera explícita y definitiva, al dualismo cartesiano que conduce a una disociación entre la mente y el cuerpo, sino que sienta las bases para una metapsicología de corte metahistórico.

Se explora, luego, el problema psicosomático no sólo tal como se presenta en el contexto de una sesión que forma parte de un tratamiento psicoanalítico, sino también en las circunstancias de la práctica médica habitual. Se describe, en líneas generales, un método y la experiencia que con ese procedimiento obtuvimos. Lo denominamos estudio patobiográfico, y se ejerce ininterrumpidamente en Buenos Aires desde su iniciación, en 1972. Durante los años trascurridos, otras instituciones (en Río Cuarto, Córdoba, en Montevideo, Roma, Florencia, Perugia, y Bogotá) adoptaron su práctica.

Palabras clave: Psicosomatología - More geométrico - More lingüístico - Metahistoria - Patobiografía.

THE STORY HIDING IN THE BODY. BASIS FOR A PSYCHOSOMATOLOGY

Abstract

The text begins by pointing out that the psychoanalytic discovery of an unconscious psyche helps us understand the evolution of cognitive processes that shape our image of the world and the ego. Since psychoanalysis began, in 1895, with the investigation of hysteria, it is possible to say that, along with psychoanalysis, a scientific, psychosomatological exploration of the psyche-soma relationship has been born. Psychoanalytic theory has been developed, since then, following a "physical" model, more geometric that culminated in the metapsychology that Freud introduced in 1915, and a historical, more linguistic model, which is implicit in the entire course of his work, although it could never consolidate in a fully established theoretical body. However, when, in 1938, he formulates the second fundamental hypothesis of psychoanalysis, he not only gives up, explicitly and definitively, the Cartesian dualism that leads to a dissociation between the mind and the body, but also lays the groundwork for a metapsychology of metahistoric kind.

Then, the psychosomatic problem is explored not only as it appears in the context of a session that is part of a psychoanalytic treatment, but also in the circumstances of usual medical practice. In general, a method and the experience obtained with that procedure are described. We call it a pathobiographical study, and it has been practiced continuously in Buenos Aires since its beginning, in 1972. During the past years, other institutions (in Río Cuarto, Córdoba, in Montevideo, Rome, Florence, Perugia, and Bogotá) adopted that practice.

Key words: Psychosomatology - More geometric - More linguistic - Metastory - Pathography.

La gente aún se inclina a considerar las leyes de la mecánica no solamente como el tipo ideal de leyes científicas, sino, en algún sentido, como las leyes últimas de la naturaleza.

Gilbert Ryle, *El concepto de lo mental* (1)

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

Richard Gregory, *Mind in Science* (2)

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

Colin Murray Turbayne, *El mito de la metáfora* (3)

Los mapas del mundo y del Yo

Nuestra imagen del mundo se construye como un mapa que de acuerdo con lo que hemos aprendido evolucionó de una manera que podemos dividir, esquemáticamente, en tres etapas. Un primer mundo mágico-animista. Sucesos naturales como el relámpago y el trueno, o el sol y la luna, estaban dotados de intenciones que podían ejercer sobre la materia un efecto semejante al que ejercen algunos de nuestros pensamientos en nuestros movimientos musculares. Un segundo mundo lógico-racionalista. Opera como una gigantesca maquinaria en donde cada fenómeno ocurre como consecuencia de una causa (*ethos*) antecedente. Allí (dentro de lo que se considera un monismo moderado) aparece un existente psíquico (que coincide con lo que denominamos consciencia) en el momento en que los seres vivos alcanzan la complejidad suficiente para desarrollar un cerebro. Un tercer mundo se construye cuando la lógica del *ethos*, la llamada etiología, comparte su vigencia con la lógica del *telos*, que da lugar a la teleología. Es decir, cuando la interpretación del fenómeno observado combina la idea de "qué y cómo" se produce, paradigmática de la relación causa-efecto, con la idea de "por qué y para qué", que pertenece al universo del significado. En ese mundo que incluye los mapas que surgen de un pensamiento teleológico, natura y cultura pueden ser contemplados como dos aspectos de una misma realidad (4, 5).

Cuanto hemos dicho acerca de la imagen del mundo cabe repetirlo en lo que respecta a la imagen del yo, que

se conforma de tres maneras distintas. Una, primera, que da lugar a lo que Freud llamaba "el yo de placer puro" (lo que me place es mío y lo que me disgusta es ajeno). Una segunda, que genera una noción de "uno mismo" (*self*), o esquema corporal, pretendidamente objetiva. Una tercera, que configura un mapa cambiante que surge de rediseñar continuamente los límites entre lo familiar y lo extraño y que nos conduce a la idea de una permanente relatividad del yo. De un modo análogo a como sucede con los dedos del embrión humano, que se codifican, en cada extremidad como cuatro espacios interdigitales el "Yo", se constituye en espacios que son interpersonales.

Cuando vivimos en el mundo mágico del hombre primitivo que una vez fuimos, los cuerpos celestes, los ríos, los vientos o los truenos, están animados de buenas o malas intenciones. Cuando vivimos en el mundo lógico del hombre racional, que bifurcó la magia en religión y ciencia, contemplamos el alma como un soplo vital que penetra en el hombre cuando nace y sale con el aliento que expira cuando muere, o la vemos como un producto de los organismos biológicos que han desarrollado un cerebro. Para la ciencia "positivista" la materia, el cuerpo, el espacio, la física, la relación causa-efecto y el mecanismo son los conceptos fundamentales. De allí derivan otros conceptos que operan en nuestro modo de pensar de manera "automática" y que, dentro del consenso predominante, si no pertenecen al monismo moderado, pertenecen al llamado "paralelismo psicofísico". Suele entonces sostenerse, más allá de toda duda, que:

1-El cuerpo material existe primero y lo psíquico aparece después, cuando se desarrolla un cerebro. 2- Hay un espacio psíquico o mundo interior en algún lugar de la cabeza y allí reside la consciencia. 3- El encéfalo es el punto de conexión entre la psiquis y el cuerpo. 4- Hay una representación del cuerpo en la psique. 5- Hay una influencia del cuerpo en la psiquis mediante sustancias que, como la adrenalina, alteran el funcionamiento del cerebro. 6- El funcionamiento psíquico produce cambios cerebrales, y los cambios cerebrales influyen en el cuerpo.

El psiquismo inconsciente

En 1895 Breuer y Freud (6) descubrieron que un trastorno "corporal", la histeria, podía ser mejor comprendido como el resultado de un trauma psíquico que como una alteración física del sistema nervioso. A partir de este punto Freud hizo tres descubrimientos importantes acerca de las personas normales:

1- Mediante la actividad onírica se representa, de manera encubierta y simbólica, la realización de propósitos inconscientes (7). 2- El análisis cuidadoso de numerosos actos fallidos demuestra que la acción que impide alcanzar el propósito consciente pertenece a otra serie de sucesos motores, encaminados hacia otras intenciones, acerca de las cuales el sujeto en cuestión no tiene noticia (8). 3- El efecto cómico de los chistes proviene de que también ellos constituyen una manera encubierta de satisfacer propósitos inconscientes reprimidos.

La neurosis deja, entonces, de ser considerada como

una enfermedad degenerativa del sistema nervioso. Es, en cambio, la consecuencia de un conflicto entre propósitos que el paciente en su mayor parte reprime e ignora. Bastan unas pocas frases para consignar la magnitud de la contribución freudiana:

1- En la histeria se padecen recuerdos olvidados. 2- La consciencia no define a lo psíquico, es sólo una cualidad que falta en la mayor parte de los procesos psíquicos. 3- Lo psíquico coincide con lo que denominamos significado (es sentido, en su doble connotación de finalidad y sentimiento) y se manifiesta esencialmente a través de las representaciones que provienen de las percepciones y de las reactualizaciones que provienen de las sensaciones. 4- Espacio y tiempo son características del funcionamiento del sistema de la consciencia. El hombre no vive en el espacio y en el tiempo. El espacio y el tiempo viven en el hombre. 5- Las pulsiones instintivas son propósitos inconscientes cualitativamente diferenciados determinados por los fines (teleológicos) de las distintas funciones del cuerpo. 6- No sólo las funciones del cerebro, sino sobre todo las funciones del cuerpo, permiten comprender las distintas cualidades que tiñen a la existencia psíquica, que pueden ser descriptas como fantasías cuyas cualidades derivan de funciones "corporales" (como, por ejemplo, las orales, anales, o genitales, pero, en realidad, sostuvo Freud en 1905 (9), todos y cada uno de los órganos pueden funcionar como zonas erógenas). 7- Los afectos no sólo expresan descargas motoras y secretoras actuales, sino también constituyen "monumentos conmemorativos", símbolos que aluden a un propósito que encuentra en la filogenia su justificación.

El modelo físico del psicoanálisis

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

1- El cuerpo y el alma son dos existentes (sustantivos), ontológicamente separados, que se relacionan entre sí. 2- Puede deducirse la existencia de un psiquismo inconsciente situado entre el cuerpo y la conciencia. (Una especie de "subconsciente" que emana de un "substrato" descrito por una biología que se limita a estudiar los seres animados con los métodos derivados de la física y la química) 3- Hay funciones corporales. Hay representaciones inconscientes de algunas funciones corporales. Hay derivados conscientes de algunas representaciones inconscientes. (Es decir que hay sucesos corporales que arrojan signos de su existencia al aparato mental y otros que no) 4- Algunos trastornos corporales son el efecto de una causa psíquica, es decir el producto de una psicogénesis. (Sólo algunos). 5- Algunos trastornos psíquicos son el efecto de una causa física, es decir el producto de una somatogénesis. 6- Algunos trastornos psíquicos pue-

den desaparecer convirtiéndose en somáticos y también puede ocurrir una transformación inversa. Existe, pues, un misterioso "salto" entre dos formas ontológicas del ser, el cuerpo y la mente. 7- Hay que diferenciar entre las neurosis actuales, que dependen de lo que sucede con una cantidad de excitación, y las psiconeurosis, que dependen de la cualidad de un recuerdo olvidado.

El modelo histórico

De acuerdo con la interpretación predominante, la historia, como disciplina científica (*history*), estudia los hechos que una vez fueron percibidos y registrados, ordenándolos, cronológicamente, en una secuencia temporal que permite concebir una relación lógica entre causas y efectos. El producto del arte narrativo (kairológico), que también denominamos historia (*story*), transmite, en cambio, la significación de una experiencia que es independiente de su ubicación en un espacio y en un tiempo determinados y reales. (Como en el "érase una vez" de los cuentos infantiles.) Pertenece a un modo de pensar que, en lugar de representar a la realidad "físicamente", como suma algebraica de fuerzas o como la resultante geométrica de una conjunción de vectores, la representa con palabras que aluden a las relaciones entre personas. Se trata, por lo tanto, de un modelo "histórico-lingüístico".

Una formulación teórica cuidadosa de la cuestión psicosomática exige escapar de la cárcel constituida por formulaciones unilateralmente metapsicológicas (que se expresa en los términos mecanicistas de la física clásica) y recurrir al complemento que surge de un modelo histórico. Aunque Freud no llegó a construir un cuerpo teórico basado en ese segundo modelo, encontramos en su obra los lineamientos esenciales:

1- El tiempo no se percibe "físicamente", sino gracias a la capacidad de recordar. (El reloj es un aparato construido para transformar la noción tiempo en la noción espacio, pero para "leer" el transcurso del tiempo es necesario recordar la posición anterior de sus agujas.) 2- La psique no ocupa un espacio físico o "real" (ocupa un "espacio" que, más que virtual, es imaginario. 3- El significado, sentido como propósito y como afecto, se expresa según un modelo histórico que proviene de la narración de un suceso que "se despliega" en el tiempo. 4- El trauma psíquico es un drama histórico. 5- La importancia asignada a un personaje, una imagen o un pensamiento, y que corresponde a lo que llamamos "investidura" (palabra que proviene de la vestimenta que representa un determinado cargo o dignidad), es algo más que una cantidad. 6- El fenómeno que denominamos "transferencia" no solamente es el desplazamiento de una cantidad, sino que, ante todo, es una reedición del pasado en el presente de otra relación. 7- El olvido no sólo es un deterioro o el producto de una fuerza física represora. Es, sobre todo, la obra de una censura cuya intencionalidad proviene de una historia reprimida. 8- Si existe un puente entre lo físico y lo psíquico, ese puente no puede ser físico ni psíquico, ya que, si perteneciera

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

Freud, en 1938 (10), declara categóricamente que la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis se opone a la teoría del paralelismo psicofísico. La profunda transformación epistemológica que, desde la física y las matemáticas modifica los fundamentos de la cultura de nuestra época, confluye con la profética intuición freudiana, otorgando un apoyo multidisciplinario a nuevos desarrollos que prosiguen el camino que iniciara Freud. Mencionaré, por ejemplo, tres temas esenciales:

1- Comprender el fenómeno llamado transferencia y su carácter atemporal condujo a comprender que la historia no ha pasado, sino que está viva como una actualidad que, precisamente, “actúa” en el presente. El acento se desplaza entonces desde considerar al trauma pretérito reprimido como la causa de la perturbación actual, hacia interpretarlo como una mera representación simbólica, un relato (“recuerdo encubridor”) que alude a la crisis afectiva, o “biográfica”, que está ocurriendo en el presente observado. 2- Podemos distinguir, esquemáticamente, entre micro y macroestados afectivos: los primeros son cambiantes y breves, los segundos duraderos e invariantes, configuran lo que constituye el “meollo” de una crisis biográfica “en curso”. Los macroestados afectivos penosos constituyen lo que denominamos un drama (para el sentimiento) un problema (para el pensamiento) y una exigencia de trabajo (para la acción). Cuando no podemos resolverlos ni tolerarlos solemos reprimirlos, pero lo reprimido siempre “retorna”, obligándonos a pagar por el alivio de un sentimiento insoportable, el precio de un sufrimiento distinto que llamamos enfermedad. 3- La enfermedad del cuerpo, entonces, producto de la deformación que la represión impone a un estado macroafectivo insoportable, contiene, en la precisa alteración de la forma y la función orgánica, el libreto o el guion específico del drama o la historia que oculta. Libreto que, a la manera de un mosaico, se configura con la particular combinatoria de las fantasías inconscientes que lo constituyen.

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

El hombre primitivo piensa que el trueno es una consecuencia del relámpago que siempre lo precede. El científico piensa mejor sosteniendo que ambos provienen de una descarga electromagnética que sólo percibimos mediante dos registros sensoriales que nos llegan a velocidades distintas; la luz y el sonido. Podemos decir, a

partir de esa metáfora, que el cuerpo no produce el alma. Cuerpo y alma son dos registros distintos, en la conciencia, de una realidad inconsciente incognoscible “en sí misma”. Tal como lo escribe William Blake, llamamos cuerpo a la parte del alma que se percibe con los cinco sentidos, y alma, agregamos ahora, a los propósitos y las intenciones que “animan” al cuerpo.

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

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

El problema psicopatológico en la práctica médica

El discurso con el que Freud inauguro, en 1910, el congreso de Núremberg (publicado como *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*) (11) nos conduce hacia algunas reflexiones sobre el ejercicio de la psicoterapia en la práctica médica. Todo aquello que (ya sea mediante técnicas, a través de instrumentos, o directamente) podemos percibir con los sentidos ingresa en la categoría de lo que llamamos “físico”. Todo aquello cuyo significado podemos interpretar ingresa, en cambio, en la categoría de lo que denominamos “psíquico”. La investigación psicoanalítica ha demostrado que el trastorno físico (contemplado por la medicina clásica como un efecto que deriva de una causa) puede, además, ser interpretado como un lenguaje que comunica, de manera inconsciente, el significado de un episodio biográfico particular. Apoyándonos en los lineamientos teóricos establecidos por Freud, acordes con lo que se observa en la clínica, llegamos a la conclusión de que cada una de las distintas enfermedades del cuerpo, que la medicina distingue, esconde un significado inconsciente “propio” que es típico de ella. Hemos publicado (12) trabajos de investigación sobre diferentes enfermedades y sobre trastornos en distintos órganos, que avallan esas conclusiones.

A pesar de que la práctica psicoanalítica consolida progresivamente la convicción de que la enfermedad “somática” no posee una existencia independiente de las vicisitudes de sus significados inconscientes, la experiencia clínica nos lleva pronto a reconocer que, en este aspecto de nuestro trabajo, nos enfrentamos con proble-

mas difíciles. No sólo en lo que respecta a la acción terapéutica sino también en cuanto atañe a la evaluación de sus resultados. Cuando definimos una alteración lo hacemos por comparación con un estado que, sea como ideal o como promedio, constituye la “norma”, y ocurre que, implícitamente, suponemos que la alteración es la pérdida de un estado normal anterior al cual es necesario “volver”. No debe extrañarnos, por lo tanto, que cuando un paciente consulta al médico porque presenta una alteración “somática” lo haga por lo general con la idea, implícita o explícita, de que el beneficio principal del tratamiento consiste en la desaparición de esa alteración, dando por sentado que se puede volver, “sin más”, a un estado anterior.

El médico, sin embargo, no debería compartir con tanta frecuencia la fantasía que pervive en ese objetivo, ya que toda restitución de un estado anterior, si tenemos en cuenta fenómenos como la inmunidad, la experiencia o la memoria, no sólo es utópica, sino, además, equívoca. La idea de “combatir la enfermedad”, que se halla implícita todavía en muchas actuaciones médicas, no parece sensata en la medida en que desconsidera la función que la enfermedad cumple en relación con los sistemas más amplios en los cuales se integra dentro de la serie: órgano, aparato, persona, familia y sociedad. Es necesario tener en cuenta que la enfermedad es la “solución” que el paciente ha encontrado y que su simple desaparición suele restablecer el problema inicial, o puede incluso agravarlo. Freud (en *Recordar, repetir y elaborar*) (13) nos recuerda que la enfermedad es un oponente digno. Weizsaecker (14) lo señala diciendo que la actitud habitual del médico frente a la enfermedad, que podría resumirse en la expresión “fuera con ella”, debería ser reemplazada por otra acorde con el siguiente pensamiento: “sí, pero no así”. En los casos en que el médico no comparte el objetivo del paciente, nos encontramos frente a la necesidad de ejercer, explícita o implícitamente, educación sanitaria.

Hemos aprendido que la familia del enfermo que padece una psicosis, o la del niño, constituyen una estructura de poder real que obra, en ambos casos, sobre el tratamiento del paciente y nos obliga a diseñar un encuadre particular apropiado que incluya, de algún modo, a las personas con las cuales convive. Aquellos enfermos “somáticos” que de manera imprescindible necesitan un tratamiento físico dependen también, inevitablemente, de un médico o de una institución sanatorial, que llevan implícitos un determinado sistema de asistencia que suele entrar en colisión con las necesidades de la psicoterapia. La tarea de implementar un encuadre específico que permita involucrar de alguna manera en el tratamiento del paciente al médico del cual éste depende, plantea problemas distintos de aquellos que surgen de la inclusión de la familia del niño o la del enfermo psicótico. El médico se halla por lo general menos dispuesto y motivado que los familiares del enfermo para reexaminar, en interés del paciente, tanto su vínculo con él como las diferentes alternativas y decisiones del tratamiento físico. Son, sin embargo, alternativas y decisiones que se verán

inevitablemente influidas por los afectos inconscientes que forman parte de ese vínculo.

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

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

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

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

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

cialmente valioso para la investigación del significado inconsciente de las formas corporales normales y patológicas. El conocimiento de las fantasías inconscientes específicas de las distintas formas nos permite progresar en la construcción de un código interpretativo que opere en el psicoanalista de un modo preconsciente y "automático", del mismo modo que opera, por ejemplo, su conocimiento del complejo de Edipo. Incluir ese código en el trabajo cotidiano implicará algunas modificaciones técnicas, tal como sucedió con el psicoanálisis de niños frente a la necesidad de interpretar los dibujos y el juego.

La posibilidad de que el psicoanalista explore físicamente al enfermo que trata psicoterapéuticamente conduce hacia complicaciones técnicas que son, por el momento, insuperables. Aunque no cabe duda de que la observación directa de radiografías, exámenes de laboratorio o informes de los exámenes realizados por otros colegas, podría aportarnos un material valioso sin introducirnos, inevitablemente, en tales dificultades, también es cierto que el ejercicio de nuestra tarea nos confirma una y otra vez que "el material" sobreabunda. La experiencia enseña que todo lo que no logramos interpretar retorna incansablemente desde el paciente en formas diversas.

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

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

La capacidad para comprender los significados inconscientes de los síntomas o de la relación médico-paciente será, sin duda, útil para todo médico, pero hay una cuestión acerca de la cual no debemos engañarnos. La posibilidad de modificar profundamente, mediante el psicoanálisis, las alteraciones somáticas de una enfermedad en sus distintas alternativas, depende fundamentalmente de la intervención de un psicoanalista que se haya formado especialmente para desempeñar esa tarea. El psicoanálisis de los enfermos con trastornos somáticos, tal como ocurre en el caso del psicoanálisis de ni-

ños o de enfermos psicóticos, requiere una dedicación especial.

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

Freud descubrió, ya en sus primeras experiencias con las pacientes histéricas, que el procedimiento psicoanalítico no debía encaminarse hacia la obtención inmediata de una mejoría de los síntomas y que era necesario entregar a lo inconsciente la dirección del proceso. Wilfred Bion apunta en la misma dirección, desde otro ángulo, cuando señala que el psicoanalista debe trabajar "sin memoria ni deseo". Pero que el psicoanalista trabaje sin tener presente su objetivo no significa que el tratamiento carezca de una meta. Esa meta, que durante los primeros años consistía en la desaparición de los síntomas, se fue transformando, poco a poco, en el logro de una modificación en el carácter. Este cambio en los fines que perseguía el proceso trajo consigo el hecho de que el tratamiento, que en un comienzo se sustanciaba en meses, se prolongara luego durante varios años. Durante ese tiempo, en un desarrollo que podríamos llamar "longitudinal", el proceso progresa de temática en temática sin un fin inmediato que sea premeditado.

Sin embargo, el psicoanalista, en el desempeño de su tarea clínica, se encuentra a veces con problemas específicos que es necesario resolver. Una de estas situaciones es el caso planteado por una enfermedad "somática" de cierta gravedad. Sabe que tanto esa enfermedad, como su evolución y su desenlace final, no son independientes de las vicisitudes creadas por las emociones inconscientes. No puede confiar en que un tratamiento psicoanalítico "longitudinal" llegue a tiempo o sea suficiente para proteger al enfermo de un desenlace grave, pero tampoco puede "abandonarlo" resignándose frente a decisiones que se adopten sólo teniendo en cuenta las opciones que provienen de un único cuadrante. El problema principal que la enfermedad "somática" plantea al psicoanálisis se establece alrededor de esa dificultad.

El estudio patobiográfico

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

libre de toda finalidad consciente. Se trata de un método que surgió, desde sus comienzos, como producto de una triple influencia. Algunos escritos de George Groddeck (15) que testimonian su capacidad excepcional en la utilización del psicoanálisis para la comprensión de las más diversas enfermedades somáticas. La obra de Victor von Weizsaecker, que agrega, como ingrediente imprescindible, una sólida fundamentación científica y filosófica a la interpretación de los significados inconscientes de las alteraciones somáticas. Y los desarrollos (12) con los cuales, a partir de Freud, integramos algunas de esas ideas en la teoría psicoanalítica.

Junto con el diseño del método fundamos una institución dedicada a ejercerlo que en homenaje al insigne médico alemán denominamos *Centro Weizsaecker de consulta médica*. Para el interrogatorio “biográfico” nos inspiramos en la *Introducción a la medicina psicosomática*, de Carlos Seguí (16). Para la construcción de una sinopsis de antecedentes, en las ideas propuestas por Mariano Barilari en *La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis*, (escrito en colaboración con Leonardo Grasso) (17). Es necesario aclarar que el nombre “patobiografía”, que heredamos de Weizsaecker (y que integra con la palabra *pathos*, su doble significado de “pasión” y “padecer”) también fue utilizado para designar métodos distintos, aunque dirigidos hacia finalidades similares, por autores como Pedro Laín Entralgo (en *La historia clínica. Historia y teoría del relato patobiográfico*) (18) y Günter Clauser (en *Manual de análisis biográfico*) (19).

A pesar de que el estudio patobiográfico (que diseñamos para que se sustanciara en unos 45 días y en los casos muy urgentes en menos de una semana) nació durante el tratamiento psicoanalítico de pacientes en los cuales, de pronto, surgía de manera perentoria, la necesidad de recurrir a procedimientos médicos distintos, fue concebido para ser aplicado, también, en personas que, ya sea con el auxilio de una psicoterapia o sin ese auxilio, se encuentran en algunas situaciones urgentes que se les presentan difíciles. Podemos mencionar varios ejemplos:

Cuando se trata de prepararse, o también de decidir, ante una intervención quirúrgica riesgosa o que supone la necesidad de aceptar mutilaciones graves. Cuando a pesar de un procedimiento diagnóstico y de una terapéutica correcta la enfermedad no evoluciona bien. Cuando una dolencia empeora o se hace crónica, o cuando el paciente se cura de una enfermedad sólo para ingresar en otra. Cuando dos o más especialistas en los cuales el enfermo confía recomiendan procedimientos distintos y es el paciente quien debe decidir. Señalemos, dicho sea de paso, que muy pronto el estudio patobiográfico comenzó a utilizarse ante la necesidad de asumir otro tipo de decisiones, como las que surgen frente a cambios de trabajo, o de residencia, crisis en el empleo del dinero, conflictos que llegaron a los tribunales de justicia o desacuerdos graves en la pareja o en la familia.

Podemos decir que constituye un procedimiento “transversal” que se orienta hacia un fin premeditado e inmediato, y que lo hace mediante el esfuerzo conjunto

de un equipo que se concentra en contemplar ese particular momento, en la vida de un paciente, como desenlace de una trayectoria que se interrelaciona con los rasgos de su carácter, pero, sobre todo, “se impregna” con esa vida, contemplándola desde las distintas contratransferencias que, en cada uno de los miembros, suscita.

Dado que ni la medicina tradicional ni el psicoanálisis pueden ofrecer, desde cada uno de sus procedimientos, una solución integral para todos los trastornos que pueden aquejar al ser humano en el terreno de lo que se considera enfermedad, no existe razón ni derecho para privar a los enfermos de una exploración y una propuesta surgida desde ambos abordajes. No sólo se trata de integrar las técnicas (físicas, químicas o “biológicas”) que derivan, en última instancia, del ejercicio de la mano, con las que derivan del ejercicio de la palabra, sino también de articular (como lo señala Paul Ricoeur en *Freud: una interpretación de la cultura*) (20) el pensamiento que se expresa en los términos de una energética, con el que surge como una forma de la hermenéutica (en tanto arte o teoría de la interpretación de “textos”)

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

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

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

Cae por su propio peso que la orientación terapéutica es una prescripción que surge como producto de un diagnóstico, mientras que en la resignificación “el diagnóstico” y “la terapéutica” funcionan al unísono. Es claro que no pretendemos con esta “terapia” mejorar los rasgos de carácter que influyen en la crisis vital que perturba al paciente, sólo procuramos “darle un empujón” que “estropeando” la solución que ha encontrado y por la cual “paga el precio” del trastorno que lo aqueja, lo obligue a sustituirla por otra. Le estaremos diciendo entonces, como señalaba Weizsaecker, “sí, pero no así” y, aunque no podemos (ni debemos) decirle de qué otra manera es mejor proceder, confiamos en que, aun en el caso de que no encuentre algo preferible, obtendrá el beneficio de cambiar el trastorno y, con ése cambio, una cierta consciencia de lo que le está sucediendo.

Para describir “desde donde” y cómo se construye la “resignificación” (que acompaña a lo que se propone como orientación terapéutica) debemos “rescatar” algunos lineamientos que funcionan (en proporciones distintas para cada ocasión) desde nuestro preconsciente, como automatismos, y que mencionaremos brevemente, aquí:

1) La identificación de una temática, típica y universal, que pueda otorgar “unidad” a la biografía del paciente, configurando un punto nodal alrededor del cual gira su vida. En el desarrollo de ese “argumento”, pueden surgir distintos personajes que, como representantes de otros, que pertenecieron a su infancia, conforman el drama que, actualmente, desencadena una crisis. 2) La identificación del “mapa” que el enfermo utiliza para recorrer el territorio de su vida, y del “estilo”, adquirido en la infancia, con el cual lo ha trazado; ya que ambos codeterminan el significado de su historia. 3) La identificación de la parte que el trastorno “habla” (y que, de manera simbólica e inadecuada, procura alterar) dentro del “drama nodal” que, como producto de un malentendido perdurable, pertenece a la historia que la enfermedad actual encubre. Dado que pensamos que la enfermedad actual, no sólo es un relato, cifrado y simbólico, del significado omitido, sino también un acto, igualmente simbólico, que “corrige” mágicamente esa historia. 4) La identificación de las razones por las cuales no puede soportar ese drama, dado que necesitamos que nuestra interpretación permanezca en la conciencia del enfermo junto con su auténtico afecto. 5) La identificación de las lagunas y distorsiones de significado que marcan los puntos en los cuales su drama original se le ha vuelto inconsciente. 6) La identificación de una unidad de sentido más amplia que trascienda lo que, como el producto de un mapa fragmentario, se constituye como un malentendido. Dado que pensamos que la enfermedad actual es la mejor solución que el enfermo ha logrado frente a su imposibilidad de aceptar en la consciencia significaciones que son contradictorias, creemos que si puede integrarlas en un significado más amplio es posible que desaparezca la necesidad que sostenía la enfermedad del cuerpo.

En los últimos años, y a partir de lo que desarrollamos en *¿Para qué y para quién vivimos? El camino de los*

sueños (21), nos propusimos incluir la consideración de tres “mapas”. El que el paciente podría trazar registrando las distintas “distancias” afectivas en su relación con las personas que considera más significativas en su vida (incluyendo a sus enemigos y a los seres que, físicamente, han desaparecido). El que podría trazar incluyendo el tiempo dedicado, y las prioridades que otorga, al conjunto completo de todas sus actividades. Y, por último, la descripción de aquellos apegos irrenunciables que provienen, como un íntimo rescoldo, de la remota infancia.

Cuarenta y cinco años después

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

La cuestión que inmediatamente se suscita cuando se trata de este asunto tiene que ver con la estadística. (De esta cuestión nos ocupamos, con mayor detalle, en *Acerca de la superstición en el uso de la estadística*) (22). No sólo se trata de que no necesitamos disecar trescientos escarabajos para afirmar que son hexápodos, se trata, sobre todo, de que para realizar estadísticas es necesario homogenizar variables (es decir, tener en cuenta únicamente “la” interrelación que nos interesa computar) y, cuando se trata de realidades complejas, no es fácil determinar si lo que se descarta no invalida nuestras conclusiones. Tampoco es fácil ponerse de acuerdo en cuál será el valor de “beneficio” que se tendrá en consideración cuando intervienen numerosas variables (y eso es lo que define a una realidad compleja). Reparemos, también, en que la estadística es el “último” recurso de la ciencia, aquel que se utiliza cuando desconocemos los mecanismos que vinculan los efectos con sus causas (¡o el significado que vincula a un símbolo con su referente!). La estadística nos dice, aproximadamente, cuantas personas entre dos mil sometidas a una litotricia sufrirán un hematoma renal, pero no nos dice lo que sucederá con Pedro.

Vayamos, entonces, a la posibilidad que reside en comprender la “razón” que vincula nuestra intervención con el cambio que constituye la “meta”. Volvamos sobre

la idea de que, si desarmo una cerradura y comprendo cómo, en su funcionamiento, interviene un resorte que ha perdido su lugar, adquiero una “razonable” confianza en que podré repararla. Si de cada diez soldados que solicitan un determinado permiso, puedo saber que sólo uno (el diez por ciento) lo consigue, “algo” sabré, pero si me entero de que los nueve que no lo consiguieron se lo pidieron al sargento y el otro se lo pidió al teniente, sabré mucho más. Reparemos en que Freud psicoanalizó unos pocos casos de histeria y a partir de esa experiencia afirmó que toda histeria (y no en un determinado porcentaje) es, siempre, el resultado de la represión de un recuerdo traumático. Las conclusiones en las que se apoya “razonablemente” nuestra confianza en los resultados del método patobiográfico, se encuentran, pues, en la teoría que fundamenta el método.

A pesar de esas dificultades que provienen de las intensas resistencias que surgen frente a la investigación de lo inconsciente reprimido, tuvimos gratificaciones y logros, de los cuales publicamos unos pocos (en *¿Por qué enfermamos?*, por ejemplo) (23). Hemos comprobado, una y otra vez, que el paciente, cuando se encuentra con el contenido de la resignificación, descubre,

con cierto asombro, que su interlocutor no sólo está compenetrado con innumerables detalles que configuran su vida, sino, además, con el sentido que el mismo paciente otorga a esos detalles. Cuando a eso se suma la resignificación que adquiere en el estudio, el conjunto de su vida le resulta profundamente conmovedor. Es muy importante comprender (un suceso inesperado que la experiencia nos impulsó) que “algo” de esa resignificación comenzó ya a prefigurarse, dentro de él, durante las horas en las que el interrogatorio anamnésico lo condujo a reunir, una tras otra, diferentes vicisitudes de su historia.

Agreguemos, por fin, que, quizás, frente al contenido de este apartado, sorprenda lo exiguo de lo que en él consignamos como producto de una experiencia de cuarenta y cinco años. Pero debemos tener en cuenta que la parte más importante, y más conmovedora, de esa experiencia, proviene del haber convivido en contacto con las crisis vitales de los enfermos que estudiamos en las patobiografías. La única forma en que, y hasta cierto punto, logramos trasmitirla, se encuentra en los escritos que acerca de unos pocos casos, entre los tantos tratados, hemos publicado. ■

Referencias bibliográficas

1. Ryle G. *El concepto de lo mental*.
2. Gregory RL (1981). *Mind in Science*, Singapur, Peregrine Books, 1984.
3. Turbayne CM (1962). *El mito de la metáfora*, México, Fondo de Cultura Económica, 1974.
4. Goodwin B (2007). *Nature's Due*, Edimburgo, Floris Books.
5. Mandoki K (2013). *El indispensable exceso de la estética*, México, Siglo xxi.
6. Freud S y Breuer J (1895). *Estudios sobre la histeria*, Buenos Aires, Amorrortu.
7. Freud S (1900 [1899]). La interpretación de los sueños, ts. IV y V, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
8. Freud S (1901). Psicopatología de la vida cotidiana, t. VI, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
9. Freud S (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*, t. VII, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
10. Freud S (1940b [1938]). *Esquema del psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu.
11. Freud S (1910). “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”, t. XI, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
12. Chiozza L (2012). *Obras Completas*, Libros del Zorzal, Buenos Aires.
13. Freud S (1914). “Recordar, repetir y reelaborar”, t. XII, en *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
14. von Weizsaecker V (1950). *Patosofía*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005.
15. Groddeck G (1968). *El libro del Ello*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
16. Seguín C (1947). *Introducción a la medicina psicosomática*, T. Scheuch, Lima.
17. Barilari M y Grasso L (1948). *La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis*, El Ateneo, Buenos Aires.
18. Laín Entralgo P (1950) *La historia clínica. Historia y teoría del relato patobiográfico*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.
19. Clauser G (1968). *Manual de análisis biográfico*, Gredos, Madrid.
20. Ricoeur P (1965). *Freud: una interpretación de la cultura*, Siglo XXI, México, 1973.
21. Chiozza L (2015). *¿Para qué y para quién vivimos? El camino de los sueños*, Libros del Zorzal, Buenos Aires.
22. Chiozza L, Adamo D, Barbero L, Boari D, Schneer C, Spivak R, Stisman M (1984). “Acerca de la superstición en el uso de la estadística”, t. V, en *Obras completas*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2012.
23. Chiozza L (2008 [2007-1997-1986]). *¿Por qué nos enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Libros del Zorzal, Buenos Aires.