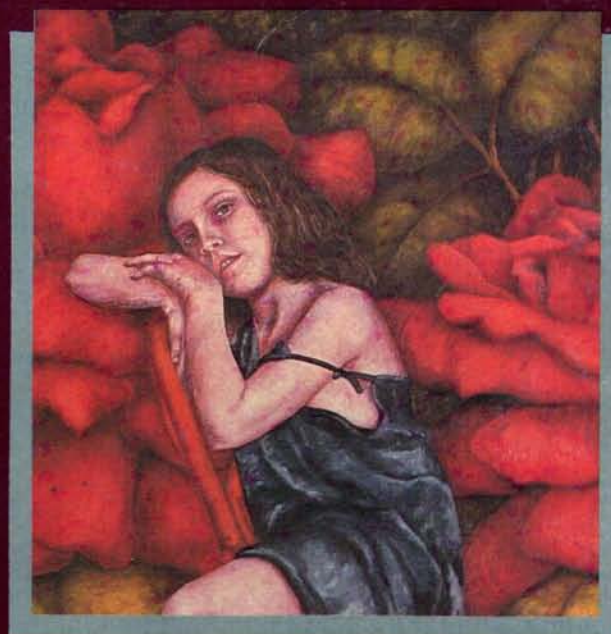


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

2



ANOREXIA
BULIMIA

Fenómenos en expansión

Rovira / Zöpke / Leiderman

Bello / López

Raimbault

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen I - Nº 2 Diciembre 1990 - Enero - Febrero 1991

COMITE CIENTIFICO

Directores:
Juan Carlos Stagnaro
Rodolfo Daniel Spiguel

Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

F. Alvarez (Bs. As.), I. Berenstein (Bs. As.), S. Berman (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanic (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Loo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), J. Moizeszowicz (Bs. As.), A. Mozzotti (Santa Fe), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), J. Rapella (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Corresponsales en:

CAPITAL FEDERAL y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (Hosp. Italiano y AP de BA); D. Friedman (Hosp. C.T. García); P. Gabay (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); A. I. López Acosta (RISAM); L. Milano (Hosp. J. Fernández); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); C. Reggiani (Hosp. B. Moyano); N. Stepansky (Hosp. R. Gutierrez); CORDOBA: M. Cortes, C. Curtó, A. Sassatelli. CHUBUT: J. L. Tuñón. ENTRE RIOS: J. H. Garcilaso. MENDOZA: B. Gutiérrez. RIO NEGRO: J. Pelegrini. ROSARIO: M. T. Colovini.

Corresponsales en el Exterior:

ESPAÑA: J. Giménez Avello. FRANCIA: D. Kamienny. INGLATERRA: C. Bronstein. ITALIA: M. Soboleosky.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Charcas 3939 P. B. "B", (1425), Capital Federal, Argentina, Tel. 72-8262 / 953-2353.

Diseño:
Alfredo Saavedra
Publicidad:
O. Peluffo Urtubey
Composición y Armado:
Omega Lasser
Sarmiento 3475 4º G
Tel. 87-6745
Impreso en:
La Técnica Impresora
General Cesar Díaz 4728
Tel. 568-0958
Buenos Aires

Reg. NACIONAL de la Prop. Intelectual en trámite.

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX AÑO 1 N° 2, DICIEMBRE 1990 - ENERO - FEBRERO 1991.

Todos los derechos reservados.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

La obra que se despliega al comienzo del "Dossier" y cuyo detalle ilustra la cubierta, es de la pintora argentina Alicia Carletti: "El vestido negro" 1989 (óleo sobre tela). E. Münch con "La joven sentada", ilustra conjuntamente con la célebre foto de Lewis Carroll de Alicia Liddel, "Vestida de vagabunda", circa 1885, los trabajos sobre Anorexia. Fotos de Emil Hoppé y Paul Strand acompañan los distintos artículos.

SUMARIO

1

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Estructura intencional-axiológica de los fenómenos obsesivos" Dr. Pelegrina Cetrán, Madrid. pág. 5
- "El carbonato de litio en la clínica", Dr. Lagomarsino, Buenos Aires. pág. 11
- "Servicio de emergencias I: Un proyecto posible" Dr. Stingo Lic. Gatti Dra. Zazzi y Dra. Avigo, Buenos Aires. pág. 17

2

DOSSIER

- "Anorexia, Bulimia: Fenómenos en expansión" Dossier pág. 24
- Artículos de los Dres. Rovira, Buenos Aires pág. 25 Zöpke, Rosario pág. 32 Leiderman, Buenos Aires pág. 37 López, Buenos Aires pág. 42 y entrevistas exclusivas a las Dras. M. Bello pág 40 y G. Raimbault pág. 50

3

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- "Introducción al texto de Charles Lasègue sobre la anorexia histérica" por el Prof. George Lanteri-Laura pág. 55
- "La anorexia histérica" por Charles Lasègue pág. 58

4

CONFRONTACIONES

- "Psicoterapia, psicofármacos, conjunta y/o indistintamente" conversación entre los Dres. Epstein Rojtenberg y Zieher pág. 65
- "Historias de familia", debate entre los Dres. Brenes y Picollo, pág. 70

5

SEÑALES

- "Lecturas" pág. 77 "Noticias" pág. 80

EDITORIAL

Vivimos una "temporada en el infierno" informativo. Una eclosión exponencial de datos, comunicaciones, saberes, conocimientos. De la multiplicación de nuestro objeto frente a variados espejos resultan infinitos reflejos. Tentación de la amalgama ecléctica. Con ella el psiquiatra, moderno Sísifo, llegaría finalmente a la cima de la montaña habiendo logrado mediante la suma de todos los puntos de vista totalizar el saber.

Pero ¿es de esta manera que puede orientarse en su práctica? Más bien pensamos que sólo la ética puede dar un sentido a la experiencia clínica. Y desde allí, entonces, se hará imprescindible polemizar sobre las diferencias, explicitar métodos y fundamentar concepciones encarnándolas en sus protagonistas de aquí o de allá, de Rosario o de Córdoba... para resolverla en una praxis fructífera.

Vertex, como foro de los que integramos el campo de la Salud Mental presenta en este número un "Dossier" sobre Anorexia Nerviosa, realidad clínica que plantea de manera paradigmática esa encrucijada.

En la tercera sección rescatamos el artículo princeps de Lasègue, quién de manera clarividente, aunque por supuesto con otros instrumentos conceptuales, nos señala los efectos devastadores, que una práctica sin ética podría tener como consecuencias.

Luego, "Confrontaciones" sobre dos temas de actualidad: articulaciones entre psicofarmacología y psicoterapia y consideraciones sobre esquemas referenciales utilizados en terapia de familia.

Proseguimos así, acompañados por más colegas que se incorporaron al Comité Científico y a las corresponsalías, con nuestra tarea de ser un instrumento y un lugar donde se expongan distintas concepciones y compitan las ideas ■



REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Charcas 3939, P.B. "B" (1425) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal y teléfono. Deberá acompañarse en hoja aparte de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído en forma anónima por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán también anónimos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

REVISTA

DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NEUROCIENCIAS

Estructura "intencional-axiológica" de los fenómenos obsesivos

Héctor Pelegrina Cetrán*

Palabras clave: Obsesión
— Fenomenología
— Intencionalidad — Axiología.

Resumen

Se realiza un análisis fenomenológico de los fenómenos obsesivos primarios, que se presentan en la conciencia reflexiva del paciente como "re-presentaciones".

Dichas representaciones son fenómenos del "pensamiento", cuyos contenidos son sólo "posibilidades" de la realidad pensada, pero *no realidades* percibidas. El paciente vivencia, no obstante, dichos contenidos como *posibilidades-reales*.

Sintiéndose sujeto (propietario) del acto de pensamiento, el obsesivo se siente "responsable" del contenido "como si" fuese realidad y por lo tanto se siente realmente responsable de las consecuencias que su pensamiento produciría en la realidad.

Los fenómenos obsesivos surgen en la conciencia reflexiva (inaugurada con la adolescencia) donde es posible objetivar no sólo el contenido (intencionalidad propositiva) sino también la forma de estar presente algo ante el sujeto (intencionalidad tética), cosa que no realiza el paciente obsesivo. Esa posibilidad (pensamiento formal) posibilita la "libertad personal" que permitiría la valoración ética (personal) que no asume el obsesivo.

Abstrac

A phenomenological analysis of primary obsessions was performed. These obsessions appear as "real possibilities" where there is no difference between concrete objects and abstract symbols, as being presented in mental space.

The obsessive patient feels responsible for the contents of his thinking "as if" it is part of the real world and that his thoughts can modify reality. This possibility fills him up with guilt and maintains his mind in a perpetual battle.

Sabemos, desde la psicopatología de Jaspers, como nos recuerda López Ibor(11), que los fenómenos obsesivos primarios se presentan "en la vida psíquica susceptible de ser dirigida", esto es, como "ideas, ocurrencias o dudas obsesivas", en resumen, como *representaciones en el ámbito de la conciencia*, como contenidos vivenciales que se imponen a ésta —a la conciencia— absurdamente.

Recordemos que Jaspers(9) sitúa las "Manifestaciones obsesivas" (pág. 160) precisamente en el campo de los "fenómenos reflexivos" (pág. 157) donde "No sólo soy consciente (...), sino que estoy vuelto hacia mí (reflejado) en la conciencia de mí mismo".

Por ello, como luego veremos, no existirían *verdaderos impulsos y verdaderos sentimientos* obsesivos, ya que impulsos y sentimientos no son fenómenos reflexivos, sino transitivos. Esto ya fué visto básicamente en 1938 por E. Straus(23) y confirmado por K. Schneider(20) para los sentimientos, pero no para los impulsos, respecto de los cuales distingue los "secundarios de carácter defensivo" que darían origen a "actos compulsivos" y los "primarios" que serían —para este autor— incomprensibles. Señalemos que cuando ejemplifica sobre estos "impulsos obsesivos primarios" refiere sólo el de "proferir una palabra obscena o fea" y... "también quizá el de robar", en las cuales es evidente el carácter axiológico del posible contenido impulsivo.

sivos primarios" refiere sólo el de "proferir una palabra obscena o fea" y... "también quizá el de robar", en las cuales es evidente el carácter axiológico del posible contenido impulsivo.

Sea con motivo o sin motivo ("comprensible") todos los autores señalan el carácter de "dominio" que ejerce el fenómeno obsesivo sobre el sujeto que lo padece y "la falta de libertad" de éste frente a dichos fenómenos de conciencia: Jaspers(9); Straus(23); Gebattel(6); López Ibor(11); Castilla del Pino(4); etc...

Dentro de esta delimitación básica de los fenómenos obsesivos —que todos los clínicos constatamos claramente en nuestra experiencia— quiero destacar dos aspectos fundamentales para el presente trabajo: el que sean fenómenos de la "conciencia reflexiva" y el que se den en el ámbito de la "vivencia de libertad" y por lo tanto de la "responsabilidad".

Los fenómenos obsesivos aparecen en la vida psíquica susceptible de ser dirigida, precisamente como una imposición en la conciencia de algo que perteneciendo al yo (al sujeto) es, al mismo tiempo, algo que debe ser rechazado sin que el sujeto pueda liberarse de ello, ya que se le impone coercitivamente.

"La existencia del enfermo (obsesivo) transcurre en una continua (...) lucha consigo mismo, en lugar de con el mundo y las exigencias diarias". (Gebattel(6).

* Médico psiquiatra. Integrante del Centro de Estudios y Actividades Psicoterapéuticas. Av. Baviera 3, 4º Izq. 28028 Madrid, España.

¿Quiénes son los personajes que mantienen esa lucha horrorosa, nunca acabada? y qué tipo de lucha sostienen y en qué campo de batalla transcurre ésta? Es en la indagación fenomenológica de dichas inquisiciones donde nos aparece la peculiar estructura "intencional-axiológica" de las vivencias obsesivas.

Lo obsesivo como fenómeno "de" conciencia

Comencemos por el campo de batalla.

Los fenómenos obsesivos primarios son fenómenos "de" la conciencia reflexiva. Son fenómenos de "raíz intelectual" (López Ibor, op. cit., pág. 283), son "representaciones, ideas y pensamientos obsesivos". Lo que atormenta al obsesivo no es la presencia de algo real que le aparece allí, frente a él, "en" la realidad del mundo exterior. No, los fenómenos obsesivos son "hechos de conciencia" que aparecen "en" el espacio (virtual) interior de la conciencia del sujeto, como "re-presentaciones", ya sean éstas "palabras, ideas, conceptos o imágenes".

El fóbico (ya sabemos que hay todo tipo de transiciones) sufre el "terror frente a un objeto"; frente a una cosa ("res"). Y no sólo en las llamadas "fobias de objeto", ya que todas las fobias son relaciones de temor angustioso entre el sujeto fóbico y la fisonomía amenazadora del polo objetual de la relación conductual fóbica; polo objetual perteneciente al mundo externo a la conciencia del sujeto fóbico. La amenaza que "aterroriza" viene de fuera.

La amenaza que "horroriza" proviene de dentro mismo del sujeto, como en el caso del obsesivo, quien sufre el acoso de las *re-presentaciones* que surgen dentro de "su propia" conciencia reflexiva ("la obsesión aparece como enfermedad reflexiva". Gebattel pág. 152(6).

De aquí que no existan "genuinos impulsos obsesivos". Una verdadera "pulsión" es una "dynamis", un movimiento apetitivo hacia algo real, percibido como "lo otro" (como objeto del deseo), ajeno al sujeto deseante, con la

pre-tensión de éste de apropiarse de dicho objeto. Los llamados impulsos obsesivos (a proferir palabras obscenas en la iglesia, a coger las tijeras y herir al hijo, etc.) no son deseos de realización (vitupear a Dios por maligno, destruir al hijo por peligroso, etc.) sino que se presentan como "re-pulsión" a la "posibilidad" de cometer dichos actos, que aparecen re-presentados (como posibilidad pensada o como imagen de lo posible) en la conciencia reflexiva del sujeto. No tienen estos fenómenos la textura de "reflexión apetitiva" sobre lo real, de la "inclinación a realizar al acto" que provoca el deseo real en un sujeto. El obsesivo siente una re-pulsión frente a la "posibilidad" que aparece en su conciencia, esto es, sufre una retro-yección que lo vuelve sobre sí mismo (culposamente, ya veremos por qué) autorreflexivamente, desde la pulsión que cree experimentar.

Lo mismo encontramos en nuestros análisis fenomenológicos de los llamados "sentimientos obsesivos" (sentir alegría por la muerte de un ser querido, odiar a alguien amado y venerado, etc.).

El obsesivo experimenta, en este caso, el horror de "creer que siente" alegría por la muerte de ser querido, pero no experimenta realmente el estado frutivo de su ser anímico —corporal por la participación "pática" en el bien acaecido al amado (en este caso su muerte), en que consistiría ese "estado transitivo" al objeto de alegría, en caso de que el obsesivo tuviese un "real sentimiento" (psíquico o del yo) y de *alegría hacia* la muerte del ser querido.

El obsesivo sufre porque "cree" que tiene el sentimiento de alegría, cuando aparece en su conciencia la *posibilidad* de sentir alegría y no tristeza. No es lo mismo "creer tener", que "tener efectivamente". El problema es que la creencia "en que uno está" (Ortega, 13) no es nunca sometida a crítica. La creencia (en algo) detenta el carácter de "realidad con la que cuento" (a diferencia de una idea que "tengo" acerca de la realidad) que puedo someter a variaciones "eidéticas", desde la *distancia crítica del yo*.

Confusión posibilidad/ realidad

El obsesivo vive la "mera posibilidad" de algo como si ese algo ya fuese real*. El "núcleo formal" de un fenómeno obsesivo es "la indistinción (la no diferenciación) entre posibilidad y realidad", por parte del sujeto. Esta indiferenciación sucede no sólo en los fenómenos obsesivos de "pseudo-impulsos" y "pseudo-sentimientos", donde el sujeto *cree tener realmente* el impulso o el sentimiento, que tienen sólo una presencia de *posibilidad pensada* por el sujeto.

También en las ideas y ocurrencias obsesivas esto es así. Aquí es obvio para el semiólogo, el carácter "formal" de ser meros pensamientos (ideas, ocurrencias: representaciones) que los contenidos obsesivos presentan.

Pero ésto no es obvio para el propio obsesivo, para el cual el solo hecho de pensar "que pudo tirar un tiesto al salir al balcón, con el que pudo matar a alguien que pasaba debajo por la acera", lo vive como una "posibilidad que pasó realmente", donde es incapaz de separar la mera posibilidad pensada... del hecho realmente sucedido, del cual se siente culpable "como si" realmente hubiese sucedido. Lo que atenaza su conciencia moral no es haber pensado en esa posibilidad, sino "el hecho" de haber matado a alguien.

La indistinción entre posibilidad (pensada) y realidad (sucedida) no sólo posibilita que el obsesivo se sienta "realmente" culpable, sino que impide que los meros hechos fácticos que él comprueba (no aparece el crimen en el periódico, no falta ningún tiesto en el balcón, etc...) hagan desaparecer el fenómeno, ya que éste no se monta sobre la presencia de la nuda realidad, aprehendida en el campo de lo real por la interacción conductual con el exterior. El fenómeno obsesivo tiene la insistencia de la presencia pensada re-

* No es posible, en el espacio de este artículo, entrar en un detallado análisis del "estatuto" lógico, psicológico y/o antropológico de la creencia. (Para ello aparte de Ortega ver: Sperber,(22) Villoro,(24) Laín Entralgo.(10)

flexivamente de una posibilidad ("del campo de posibilidades de lo real"), y vivenciada como si tuviese la consistencia "factual" (fáctica y actual) de lo real mismo.

El obsesivo sufre una confusión formal en su vivencia entre pensar la posibilidad y sentir lo pensado como real. El obsesivo percibe el contenido "de su vivencia" no como un mero "ente de razón pensado" ("Aquello en lo cual se mueve la razón es lo real siempre y sólo como posible" [el subrayado es mío] Zubiri(30), pág. 140. "Se piensa siempre y sólo en posibilidades" (ob. cit. pág. 142).

El obsesivo no distingue el "contenido" de conciencia (el objeto pensado como posibilidad de lo real), del "estatuto formal" de dicho objeto, como mera posibilidad de lo que "sería" (la realidad pensada por él). Aquí, en el campo de sus fenómenos obsesivos, el sujeto no efectúa la distinción real/irreal. ["Desde el contenido mismo, lo irreal es lo que se realiza en la realidad en modo de <<sería>>". Zubiri(30) pág. 140].

Esto es fruto de la falta de "distancia crítica" que padece el obsesivo respecto al mundo (percibido y pensado) en el proceso de maduración de su ser consciente. (*) (Recordemos que las "fobias anancásticas" suelen ser fobias de "contacto", donde la distancia yo-no yo del sujeto frente al objeto amenazante ha desaparecido, siendo imposible para el obsesivo desprenderse de lo re-pugnante, ya que no existe —para él— espacio de acción, "donde operar", entre lo contaminante y él mismo).

La reificación de lo pensado

Para el obsesivo, el contenido de sus obsesiones tiene carácter de real, de algo "de suyo". En realidad, dicho contenido es un producto de su actividad pensante (subjetiva) que se le aparece como *cosa real* ("res"), totalmente objetiva. Para el observador, para el semiólogo, es tan sólo una "reificación". La reificación, en palabras de Berger y Luckman (1, pág.

* Dejo fuera de este trabajo el problema de la "génesis" de estas estructuras psicopatológicas de la Neurosis Obsesiva



116), consiste en la "aprehensión de los productos de la actividad humana como si fuera algo distinto de los productos humanos, como hechos de la naturaleza..."

Estos autores (1, pág. 118) sintetizan muy ajustadamente el problema evolutivo de la conciencia reificante y de la dificultad de salir de ella: "la evidencia etnológica y psicológica de que se dispone parece indicar (...) que la aprehensión original del mundo social es sumamente reificada, tanto filogenética como ontogenéticamente. Esto implica que la aprehensión de la reificación como modalidad de la conciencia depende de una desreificación (...) de la conciencia, que constituye un desarrollo comparativamente tardío en la historia y en cualquier biografía individual".

En efecto, el realismo *masivo* del niño y del primitivo (Piaget (16) y Werner (25) muestra que inicialmente el sujeto consciente no se distingue a sí mismo claramente del entorno, ni diferencia explícitamente entre el objeto concreto realmente percibido de los símbolos abstractos meramente pensados como "referencias" a dichos objetos reales.

En palabras de Piaget (17, pág. 84) "en el niño la representación va acompañada de una creencia y equivale a lo real". Así "en una cierta etapa <<primitiva>> del pensamiento del niño y del salvaje el nombre <<es>> la cosa misma". (Pelegriana (14), pág. 512).(**)

Este *protorealismo* de las etapas iniciales del desarrollo de la conciencia otorga el mismo carácter de realidad (reifica) a todo lo que se convierte en objeto de concienciación. La historia —tanto individual como colectiva— de la conciencia humana, es la historia de la diferenciación, esto es, la historia del progresivo "criticismo", que lleva al sujeto a distanciarse, inicialmente (en la protohistoria)

** Sobre ello se sustenta la "efectividad vivencial" de las prácticas de magia por la palabra. Y de toda magia, que consiste precisamente en la "pretensión de efectividad causal de lo simbólico sobre lo real". Sobre esta posibilidad se monta también el "pseudomágico antimundo" en que vive el obsesivo. (Gesattel, pág. 161).

del ambiente y sus estímulos, por medio de los símbolos, fundamentalmente la palabra. (Piaget (15); Pelegrina (14).

Pero este primer paso crítico, que inaugura el nivel propiamente humano con la diferenciación "yo-no yo", interponiendo estructuras significativas (el lenguaje) entre él y el entorno, deja al sujeto primitivo (el niño, el salvaje) *preso* de las significaciones recibidas desde su entorno social primario y que él todavía reifica a-criticamente [Berger y Gluckmann,(1)]. Por ello Jaspers (págs. 117, 118), nos dirá con razón que "en la práctica lo que es realidad, es constantemente un **significar** de las cosas, (...) con que cuento (...) en lo que *creo* (subrayado mío) como en algo que existe (...) en la realidad general, como se me ha estructurado y desarrollado en su contenido por la tradición y la cultura en que he crecido y en que fui educado".

Agreguemos que ésto es así, siempre que tomemos la aseveración de Jaspers como solamente referida a al forma primaria de la vivencia de realidad, ya que la historia del hombre mismo (su "historicidad" constituyente, no la Historia de sus avatares. Foucault (5) la va llevando —en una progresión crítica— a la toma de conciencia de las estructuras y estatutos de las redes simbólicas (y de sus "discursos" sociales "legitimados institucionalmente"). Toma de conciencia crítica que comienza a ejercer el sujeto sobre los contenidos de esas redes simbólicas con que opera "sobre" la realidad, remontándose paulatinamente hacia la toma de conciencia de su propia participación en la formalización del objeto de conciencia con Kant, hasta llegar a finales del siglo XIX y principios del XX a la tematización crítica del propio sujeto de la conciencia. Esto dió origen a la captación del hombre como "ser simbólico" (Cassirer (2) y de sus distintas formas de relación simbólica con la realidad o mentalidades (Cassirer (3). Husserl (8) verá al sujeto de la conciencia como un "dador de sentido" (inicio de la actual "hermenéutica") y a la conciencia como la "relación intencional", sujeto-objeto (originando, con su aná-

lisis intencional, la corriente "fenomenológica").

Más acá de este punto se encuentra todavía la historia reciente de la crítica del "concepto de conciencia" y de sus correlativos "sujeto y objeto *de* conciencia," Heidegger (7); Merleau-Ponty (12); Zubiri (28 y 29).

La responsabilidad patológica

Sin posibilidades en este artículo ni tan siquiera de glosar (el tema o la bibliografía) de la progresión crítica en la "des-reificación" de la conciencia, tan sólo señalaré para nuestro tema, de toda esta historicidad del sujeto, que la conciencia de la "propia individualidad" surge con el Renacimiento, abocando en la Modernidad a "el desarrollo de la libertad personal, la unicidad que descansa sobre sí, la *autorresponsabilidad*" (Simmel 21, pág. 271 [el subrayado es mío]).

En el orden ontológico, esa toma de conciencia de la propia individualidad, con sus vivencias correlativas de libertad personal y autorresponsabilidad constituyen la esencia misma de la "etapa adolescencial", entendida precisamente como "crisis de la propia historicidad", originada en la toma de postura crítica personal del adolescente, frente a la "historia que lo originó". Esta crítica comenzará a ejercerla sobre la validez (grado de verdad y realidad) de los "discursos simbólicos" recibidos desde sus mayores y desde la tradición, al tiempo que cuestionará el principio de autoridad (legitimación) desde donde los recibió en su niñez.

Recordemos aquí que la clínica nos muestra a la Neurosis Obsesiva apareciendo, generalmente, en la época adolescencial del sujeto, una vez que ha madurado su cerebro, (alrededor de los doce años), cuando "el pensamiento formal se hace posible, justamente, o sea que las operaciones lógicas empiezan a ser traspuestas del plano de la manipulación concreta al de las meras ideas, expresadas en cualquier tipo de lenguaje (...el de las palabras o el de los símbolos...) peor sin el apoyo de la percepción, de la experiencia y ni siquiera de la creencia" (Piaget (17), pág. 85).

Un poco más abajo, este autor nos explicita que "para el niño se trata, ya no únicamente de aplicar operaciones a objetos o (...) de efectuar mentalmente posibles acciones sobre estos objetos, sino de <<reflexionar>> estas operaciones independientemente de los objetos y sustituir a éstos por *simples proposiciones*" (el subrayado es mío). El autor se refiere a "proposiciones" en el sentido lógico (de fórmulas verbales), no obviamente de "proponerse hacer" algo. Veremos, sin embargo, que ésto es lo que vive el obsesivo en sus vivencias patológicas, verdaderos "híbridos" de dos estructuras mentales: la aparición de la posibilidad de reflexión formal libera los contenidos de conciencia de sus condicionantes "contrafácticos", pero el obsesivo no "se" siente libre frente a ellos, ya que es *movido pasivamente* por el "sentido" de dichos contenidos, "dentro del ámbito reflexivo", donde él *no aplica su capacidad reflexiva a la objetivación de la propia forma de estar presentes sus contenidos obsesivos*.

En nuestro análisis fenomenológico del campo de lucha, veíamos que ésta se desarrollaba en la conciencia reflexiva, donde se le presentan al obsesivo "re-presentaciones", pensamientos de meras posibilidades, vivenciadas por él como si fuesen realidades en sí mismas. El obsesivo toma conciencia de unos contenidos de conciencia ("ideas o imágenes de posibilidades") reificados (que "cree reales"), sin conciencia crítica ("desreificadora") de que dichos contenidos son meramente posibilidades pensadas por él.

Lo dicho en las últimas páginas nos permitirá abordar ahora la otra gran inquisición sobre esta "lucha consigo mismo y con el mundo" en que consisten los fenómenos obsesivos primarios.

La lucha moral del obsesivo

¿Quiénes son los dos contendientes de esa lucha inacabable y qué tipo de lucha es la que sostienen?

Siempre se ha señalado el carácter "homotópico" del fenómeno obsesivo, frente al carácter "heterotópico" de la vivencia delirante esquizofrénica.

El obsesivo "sabe" que "lo que piensa es suyo", que no viene de fuera. En efecto, el obsesivo tiene clara conciencia de ser el "sujeto propietario de su acto de pensar". Tiene conciencia autoreflexiva de la "referencia pro-posicional" de "su" contenido de pensamiento respecto a él como sujeto del acto de pensar. En lenguaje fenomenológico, es consciente de la "intencionalidad propositiva" del objeto de conciencia como "pro-ducto" de su actividad como sujeto de conciencia. Pero no tiene conciencia (crítica) de la "intencionalidad tética" (posicional) en que está dicho objeto de conciencia. El obsesivo no toma conciencia de el modo de estar presente a la conciencia aquello que lo obsesiona. El obsesivo sabe que es él, el que está pensando lo que le horroriza, pero no sabe que eso que él piensa es un mero pensamiento, sin otra existencia que la de ser "una representación imaginaria" en el ámbito de su conciencia reflexiva, sin efectos reales en la realidad misma.

Esta es una distorsión formal de la estructura intencional de la "conciencia cognitiva" del obsesivo. Pero con ésto sólo no se explica la lucha, ni los dos contendientes, en el seno del mismo individuo.

Por otro lado, en el mismo fenómeno vivencial, el sujeto obsesivo toma conciencia valorativa de lo que le sucede.

En el hombre, al menos en su vida práctica de trato con la realidad (no necesariamente en el ejercicio teórico), no existe un ejercicio de la conciencia cognitiva (captativa de cosas...) sin que funcione al unísono una toma de conciencia axiológica, una aprehensión del *valor o sentido* que tiene para la propia vida lo captado cognitivamente.

Ya la postura erecta y el "enfrentamiento" a la realidad, que implica la primaria diferencia yo-no yo de la primigenia conciencia, implica la captación de valores, como nos muestra magistralmente Dieter Wyss(26) en sus "Estudios sobre la Antropología y genealogía de las formas de conductas morales".

Esta captación de valores (fun-

ción axiológica de la conciencia) es primariamente una función "estimativa" (como le llamaron los escolásticos) ejercida sobre el mundo, captada *espontáneamente* como "lo positivo apetecible (impulso de incorporación) y lo negativo rechazable (impulso de desincorporación)" (Wyss, (26), pág. 128 y sig.). Pero éste fundamento "yoico" de toda valoración, nacido de la dinámica básica "autoafirmativa" (Savater, (19)) de la vida se torna "moral" (de "mores": costumbre, uso) con la pronta aparición en el primitivo y en el niño de la "autoconciencia", como constatación de la "propia conducta como causa de efectos" sobre el entorno. Y la constatación coetánea de la sanción colectiva de la conducta, por las normas y reglas del grupo de pertenencia, respecto a lo que está bien o mal.

Esta conciencia de ser sujeto de la acción conductual como causa de buenos o malos efectos sobre el contorno social es la base —como he dicho— de la moral y de los sentimientos de *responsabilidad y/o de culpa*. En una evolución crítica posterior de la conciencia cognitiva sobre la conciencia moral, puede parecer en el hombre la auténtica libertad (de elección) personal, transformándose la conciencia axiológica de moral (colectiva y heteróclita) en ética personal (de *êthos*: carácter, manera de ser). Históricamente "sólo aparece la reflexión filosófica de la moral —la ética— cuando se hacen problemáticos los códigos, reglas o hábitos que de un modo más o menos conciente regían la convivencia de una comunidad". (Rubert de Ventós, (18)).

Recalcando con Jung (Zbinden et al., (27)) que "Mientras bastan los preceptos morales tradicionales, resulta prácticamente imposible distinguir entre la conciencia moral y dichos preceptos".

Pues bien, sin entrar aquí(*) en toda la compleja problemática de

* Este tema, fundamental para comprender toda la dinámica obsesiva, fué expuesto por el autor a la Reunión Internacional sobre Estados Obsesivos, realizada en Sevilla en Marzo de 1989, en su comunicación sobre "La alteración de la capacidad estimulativa en el obsesivo".

la conciencia axiológica, señalaré que el obsesivo, en tanto sujeto que se siente responsable de su acción de pensar, se siente responsable también del contenido moral de sus pensamientos, como si éstos fuesen realidades que él escoge libremente y/o fuesen acciones reales que él ejecuta. Sintiendo culpable de los efectos negativos que dichos contenidos, de "imágenes reificadas", cree él que realmente pueden causar sobre la realidad misma. "La literatura contiene muchas referencias a la creencia de los compulsivos en la omnipotencia de sus pensamientos". (Straus (23)).

El obsesivo, responsable de su acción de pensar se siente responsable y culpable de la "dinámica de posibilidades" que él percibe dentro de su conciencia. Posibilidades que están presentes sólo como representación simbólica (palabras, ideas, imágenes) pero que él percibe como dinámicas reales de una realidad que él experimenta como rechazable por su conciencia moral y de la cual se siente —al mismo tiempo— responsable ejecutivo.

El yo-moral contra el yo-cognitivo

La lucha horrorosa del obsesivo es una "lucha moral", del yo-moral o axiológico que siente como realmente malo, como destructivo de la realidad ajena y propia, un producto de su mente del cual se siente responsable creador, en tanto yo-cognitivo. Es la lucha, imposible de ganar, del yo contra el yo. El yo-moral contra el yo-cognitivo. De aquí la "conciencia de absurdo" que tiene el obsesivo respecto a la presencia de sus fenómenos obsesivos. Son de él y contrarios a él. Como se ha dicho muchas veces en la bibliografía de los últimos 50 años, son contrarios a su personalidad (sistema de valores y afectos = estimativa) y sin embargo le pertenecen formalmente en tanto son actos de conciencia de su yo.

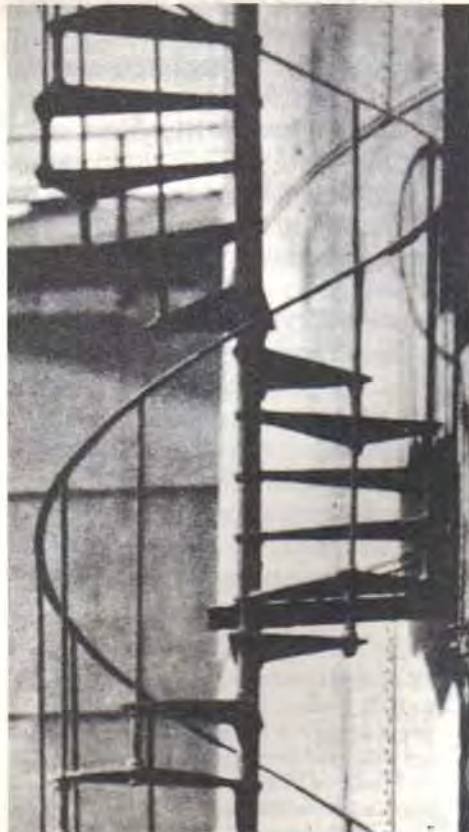
El problema es que el yo del obsesivo es un yo moralmente desarrollado (hiper-consciente de los valores de la sociedad e hiper-responsable de sus deberes sociales)


pero inmaduro como yo crítico, esto es, como persona. No tiene desarrollado el yo-mismo como fundamento ético de objetivación crítica del discurso de la sociedad, que le permita distanciarse a sí mismo de las ideologías y legitimaciones morales, ni tiene desarrollado el yo-mismo como realidad propia, como fundamento cognitivo frente a la realidad trascendente a su conciencia, que le permita liberar los símbolos de la realidad de la realidad misma. Realidad que él podría constatar entonces con la acción (no con el pensamiento) y así conquistar —frente a ella— la libertad de su persona. Y desde ella apropiarse (personalizadamente de lo que le convenga a él y a la realidad misma, respetada ahora éticamente en "su propia estructura" y no tan sólo en el cumplimiento moral de usos, costumbres, consignas y opiniones sociales.

Como bien han señalado Straus(23) y Gebattel(6) los obsesivos "tratan de evitar (...) la responsabilidad personal", mientras viven asediados por los "imperativos morales categóricos", en un "mundo fisiognómico", carente de cosas reales con consistencia propia y densidad mundana ■

BIBLIOGRAFIA

1. Berger, P., Gluckmann, Th. (1984): "La construcción social de la realidad". Amorrortu, Bs. As.
2. Cassirer, E. (1945): "Antropología filosófica". F.C.E. México. [Ed. orig. 1944].
3. Cassirer, E. (1971): "Filosofía de las Formas Simbólicas". F.C.E., México. [Ed. orig. 1964].
4. Castilla del Pino, C. (1979): "Introducción a la Psiquiatría". Alianza Ed., Madrid.
5. Foucault, M. (1968): "Las palabras y las Cosas". Siglo XXI, México. [Ed. orig. 1966].
6. Gebattel, V. v. (1966): "Antropología Médica", p. 154 Rialp, Madrid.
7. Heidegger, M. (1951): "El Ser y el Tiempo". F. C. E., México. [Ed. orig. 1927].
8. Husserl, E. (1949): "Ideas". F. C. E., México. [Ed. orig. 1913].
9. Jaspers, K. (1955): "Psicopatología General". Beta, Bs. As. [Ed. orig. 1913].
10. Lain Entralgo, P. (1984): "Antropología Médica". Salvat, Barcelona.
11. Lopez Ibor, J. J. (1966) "las Neurosis como enfermedades del ánimo", p. 276. Gredos, Madrid.
12. Merleau-Ponty, M. (1957): "Fenomenología de la Percepción. F. C. E., México. [Ed. orig. 1945].
13. Ortega y Gasset, J. (1942): "Ideas y Creencias", Rev. de Occidente, Madrid.
14. Pelegrina, H. (1975): "Hacia una dialéctica estructural de la conciencia". Archivos de Neurobiología. (tomo XXXVIII, nº 6)
15. Piaget, J. (1950): "Introduction à l'épistémologie génétique". P. U. F., Paris (3 vols).
16. Piaget, J. (1968): "La construcción de lo real en el niño". Proteo, Bs. As. [Ed. orig. 1963].
17. Piaget, J. (1974): "Sels estudios de Psicologia" Barral, Barcelona. [Ed. orig. 1.964].
18. Rubert de Ventos, X. (1985): "Moral", p. 39 y 40 Laia. Barcelona.
19. Savater, F. (1988): "Ética como amor propio". p. 27 Mondadori, Madrid.
20. Schneider, K. (1951): "Patología Clínica, p. 241 y S.S. Paz Montalbo. Madrid.
21. Simmel, G. (1986): "El individuo y la libertad" Ed. Península, Barcelona.
22. Sperber, D. (1978): "El simbolismo en general". Promoción Cultural, Barcelona.
23. Straus, E. (1971): "Psicología Fenomenológica", p. 324 y 329 Paidós, Bs. As. [Ed. orig. 1938].
24. Villoro, L. (1982): "Creer, Saber, Conocer". Siglo XXI México.
25. Werner, H. (1965): "Psicología comparada del desarrollo mental". Paidós, Bs. As.
26. Wiss, D. (1975): "Estructuras de la Moral". [Ed. orig. 1968].
27. Zbinden, H. y cols. (1961): "La conciencia moral", p. 262. Rev. de Occidente, Madrid [Ed. Orig. 1958].
28. Zubiri, X. (1963): "Sobre la Esencia". Soc. Est. y Public., Madrid.
29. Zubiri, X. (1980): "Inteligencia Sentiente". Alianza Ed., Madrid.
30. Zubiri, X. (1983): "Inteligencia y Razon". Alianza Ed., Madrid.





EL CARBONATO DE LITIO EN LA CLINICA

Alejandro Lagomarsino*

Palabras clave: Psicofarmacos - Litio - Trastornos afectivos.

Resumen: En este artículo se actualizará la farmacología clínica del carbonato de litio, en base a la experiencia mundial de cuarenta años de utilización en terapéutica psiquiátrica. A pesar de la tardía difusión de este recurso —particularmente en nuestro medio— contamos con lineamientos generales adecuados para su aplicación clínica: se revisa la metodología para una adecuada indicación y monitoreo del paciente tratado con este fármaco.

CLINICAL UTILIZATION OF LITHIUM

This paper update some pharmacological and toxicological skills gathered in forty years of utilization of lithium in psychiatry. In spite of its relatively recent popularity, experience has been acquired allowing to establish general principles of clinical utilization. Rules for an adequate indication and monitoring are shown.

Las sales del litio, introducidas en 1949 por John Cade, constituyen el principal recurso farmacológico para el tratamiento del trastorno bipolar del ánimo, anteriormente denominado psicosis maníaco depresiva.

Su principal utilidad reside en la capacidad de ejercer una verdadera profilaxis, evitando la reaparición de los episodios agudos tanto maníacos como depresivos, reduciendo su frecuencia, duración y/o severidad. Por ello, junto con ciertos anticonvulsivantes (carbamacepina, clonazepan, valproato) se lo agrupa en la clase de los fármacos antirrecurrenciales.

Esta capacidad de prevenir las recaídas no sólo se verifica en el trastorno bipolar sino también en las depresiones unipolares recurrentes.(1)

Absorción:

Se utiliza en forma de sales, de las cuales la más utilizada es el carbonato de litio, que se administra sólo por vía oral: se absorbe rápida y completamente. La preparación standard hace un pico en sangre a las 1 1/2 -2 horas.

Distribución:

A diferencia del sodio y el potasio, que están separados en compartimientos por las membranas celulares, el litio se distribuye en los fluidos del organismo, circulando sin unirse a las proteínas plasmáticas. Sin embargo, la concentración de litio en el líquido cefalorraquídeo es la mitad de la

concentración en sangre porque la barrera hemato-encefálica actúa como filtro.

Excreción:

El litio no se metaboliza en el organismo y se elimina totalmente por el riñón. Filtra por el glomérulo y, como el sodio, es reabsorbido en un 70 - 80% por el túbulo contorneado proximal. Sin embargo, a diferencia del sodio no se reabsorbe en el túbulo contorneado distal. Por ende, su excreción no es facilitada por los diuréticos, como por ejemplo las tiazidas, que actúan a nivel distal.

Las otras vías de excreción son accesorias: sudor, materia fecal y saliva.


Se excreta por la leche en cantidad tóxica para el lactante.

Vida media

El litio tiene una vida media de 24 ± 8 horas. En los ancianos disminuye la filtración glomerular y la vida media puede sobrepasar las 36 horas. Naturalmente, la vida media también se prolonga en las disfunciones renales.

Otras indicaciones psiquiátricas:

- * Trastornos ciclotímicos
- * Trastornos esquizoafectivos
- * Depresión mayor, episodio agudo
- * Trastorno fronterizo
- * Conductas agresivas
- * Alcoholismo crónico
- * Síndrome de tensión premenstrual



* Médico Psiquiatra. Miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Psicofarmacología. Director del Centro Regional de Información en Salud Mental (CRISAMEN) Malabia 2274 13 "B" (1425) - Buenos Aires. Tel: 72-3286 / 71-1988.

Indicaciones no psiquiátricas:

Por la capacidad del litio de estimular la producción de granulocitos, se lo ha utilizado en diversas granulocitopenias como el síndrome de Felty, la neutropenia idiopática y la neutropenia por anti-neoplásicos.

Contraindicaciones:

1. Afecciones renales: glomerulonefritis, pielonefritis

2. Trastornos metabólicos: insuficiencia hepática, diabetes descompensada.

3. Afecciones cardíacas graves: insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio reciente.

Las diabetes y epilepsias bien controladas no constituyen una contraindicación pero deben ser seguidas con prudencia dado que raramente, el litio puede tener tanto un efecto benéfico como provocar agravamiento.

Cómo administrar el litio

Antes de iniciar el tratamiento, es preciso realizar un examen físico y análisis de rutina de sangre y orina, con el objeto de descartar patologías concomitantes, como por ejemplo infecciones renales inaparentes.

En particular es necesario verificar la adecuada función renal y tiroidea. La primera porque, al eliminarse el litio casi exclusivamente por el riñón, si la depuración renal está afectada, el litio no se excreta de acuerdo a lo previsto y el paciente puede intoxicarse. Por esta razón es necesario incluir determinaciones de urea y creatinina en sangre.

La tiroides tiene que ser evaluada porque el litio administrado en forma prolongada puede ser causa de alteraciones tiroideas como bocio e hipotiroidismo: para monitorear su funcionamiento durante el tratamiento es necesario contar con valores basales de T3, T4 y TSH antes de instaurarlo.

Se pedirá un ECG cuando haya antecedentes cardíacos o el paciente tenga más de 40 años.

Se describirán primeramente los lineamientos del tratamiento profiláctico, que se inicia cuando el paciente bipolar se encuentra en remisión (fuera del cuadro ma-

niaco o depresivo) utilizando exclusivamente litio.

En cuales pacientes está indicado empezar profilaxis depende de la frecuencia, severidad, número y tipo de episodios anteriores. El psiquiatra ayudará a paciente y familia a sopesar su conveniencia, informando del curso recurrente y progresivo de la enfermedad, en la que con el tiempo los episodios se hacen más frecuentes. Se suele considerar como antecedente mínimo la ocurrencia de dos episodios para comenzar, tanto en trastornos bipolares como en unipolares recurrentes. Sin embargo es razonable iniciar la profilaxis tras el primer episodio, si se trata de un cuadro maniaco, dado que este inicio predice un curso en el que la manía es preponderante.(2) Además, la mayor proporción de episodios maniacos sobre depresivos en varones sugiere que la profilaxis debería empezar antes en los hombres.(3)

Ante todo veremos porqué se solicitan las litemias: el tratamiento tiene que ser monitoreado mediante determinaciones del nivel de litio en sangre porque el litio tiene cociente terapéutico-tóxico bajo, es decir que el nivel terapéutico de litio en la sangre no es muy lejano del nivel tóxico. Y como distintas personas, tomando la misma cantidad de litio, pueden tener distintos niveles, no podemos deducir de la dosis lo que está ocurriendo dentro del organismo y se hace necesario medir directamente el nivel plasmático.

De este modo sabremos que el nivel será por lo menos el mínimo para producir el efecto terapéutico sin que se alcance el nivel tóxico.(4)

Al estudiar la concentración de litio dentro de los eritrocitos, se encontró que correspondía aproximadamente a la mitad de la litemia, siendo equivalente a la concentración en el líquido cefalorraquídeo, Raramente sucede que algunos pacientes presenten cuadros tóxicos teniendo sin embargo litemias dentro del rango terapéutico; se encontró que tenían el litio eritrocitario alto, deduciéndose que en ellos el fármaco entra a la neurona en una proporción mayor de lo normal. E

inversamente, ciertos casos resistentes al litio podrían atribuirse a una entrada disminuida del litio a las células.

Principio del tratamiento:

Se inicia el tratamiento indicando 600 mg. distribuidos en dos tomas, y se esperará por lo menos cinco días antes de pedir la primera litemia. Esta demora es necesaria porque cinco días es el tiempo requerido para que el nivel en sangre encuentre su estado estable, es decir aquel en el que es igual la cantidad de litio que entra que la que sale del organismo. Antes de ese lapso, los valores de litemia van a ser menores porque el medicamento todavía se está distribuyendo por los distintos espacios del cuerpo.

Las litemias se realizan siempre a las 12 horas \pm 1/2 hora de la última toma del medicamento. Si no se respeta esta regla, las litemias serán de escaso valor porque si, por ejemplo, la extracción de sangre tiene lugar a las 15 horas el valor hallado será más bajo que si se hubiese hecho a las 12 horas. El psiquiatra, guiándose por este valor, puede aumentar la dosis en exceso y el paciente puede intoxicarse. Por lo tanto, cada vez que aquí nos refiramos a la litemia daremos por entendido que es la litemia de 12 horas. Se instruirá a paciente y familia para que registren la hora de la toma nocturna y a la mañana siguiente salteen la primera toma del día, extrayéndose la sangre a las 12 horas de la ingesta del medicamento. No es necesario el ayuno para la litemia. La toma que se ha salteado se hará inmediatamente después de la extracción de sangre.

El valor de la primera litemia así realizada puede caer dentro de un amplio rango, entre 0,4 y 0,8 mEq/l. En base al resultado se ajustará la dosis en forma proporcional hasta lograr una litemia de 1 mEq/l. La siguiente litemia se hará a la semana, y luego se pedirán más espaciadamente. Un paciente estabilizado y cooperador, a quien el psiquiatra conoce bien y que no muestra signos clínicos de intoxicación puede ser seguido adecuadamente con una litemia cada tres meses. En general se procura man-

tener el nivel entre 0,8 y 1 pero con el tiempo se encontrará el nivel más adecuado para la estabilidad de cada paciente.(5, 6, 7)

Iniciación del tratamiento en fase maníaca:

El tratamiento del episodio agudo suele requerir la administración de antipsicóticos, debido al tiempo de latencia de 14-21 días que demora la aparición del efecto clínico del litio.

Cuando el comportamiento es especialmente violento, para lograr controlarlo suelen utilizarse dosis altas y frecuentes de antipsicóticos. En este caso es mejor esperar a que el cuadro maniaco se encuentre controlado para entonces 1) agregar el litio a las dosis de mantenimiento (más bajas) de antipsicóticos, o 2) discontinuar los antipsicóticos y comenzar la etapa de mantenimiento solamente con litio.

De este modo evitaremos el riesgo de neurotoxicidad que podría aparecer al asociar dosis elevadas de litio y antipsicóticos.(8) Toxicidad que a veces no es fácil identificar cuando se utiliza esta asociación, porque los signos de intoxicación por litio son fundamentalmente neurológicos y pueden no ser reconocidos por confundirse con efectos secundarios de los neurolepticos (temblor, ataxia, disartria). Además, sus efectos antiemético y constipante enmascaran otras manifestaciones de toxicidad por litio.

Pueden utilizarse distintos fármacos, como la clorpromazina o el haloperidol. Desde hace unos años se recurre a la carbamacepina, el clonazepam o el lorazepam, combinados o no con el litio.(9) Existe evidencia de que algunos de estos fármacos son tan eficaces como los antipsicóticos, pero con menos efectos secundarios y menor riesgo de neurotoxicidad.

Iniciación del tratamiento en fase depresiva:

Antes de que se popularizara el litio, la fase depresiva de los enfermos bipolares era tratada con antidepresivos. El cuadro remitía pero con frecuencia se complicaba con el pasaje a la manía. Por otra parte sabemos ahora que los antidepresivos pueden agravar el cur-

so de la enfermedad, acortando los ciclos.(10)

En la actualidad el tratamiento se inicia buscando el efecto anti-depresivo del litio, tratando de lograr litemias estables de 0,8-1,2 mEq/l. Si después de cuatro a ocho semanas no se observa mejoría, —o antes, si la severidad del cuadro así lo indica— se agregará carbamacepina o antidepresivos tricíclicos, comenzando con dosis bajas.(11) Se ha visto que el litio no protege completamente del pasaje a la manía, por lo que la evolución debe ser seguida cuidadosamente, suprimiendo los antidepresivos ante la aparición de aceleración psicomotriz. Los IMAO pueden ser indicados como segunda elección(12), pero algunos expertos los consideran como los antidepresivos de primera línea en depresiones bipolares caracterizadas por astenia, hipersomnia e hiperfagia.(13)

Litio en depresiones unipolares:

El litio no es de primera elección en el episodio agudo, porque estos cuadros responden bien a los antidepresivos, que son de manejo más fácil y de menos toxicidad. En caso de fracasar los tricíclicos y los IMAO se puede considerar la indicación de litio;(14) se ha demostrado que tiene un buen efecto antidepresivo en un subgrupo de depresivos unipolares que es todavía difícil de identificar. Además hay creciente evidencia de su utilidad como potenciador de los antidepresivos tricíclicos.(15) Es de destacar que su efecto profiláctico sobre las recaídas es por lo menos tan valioso en depresiones unipolares como en el trastorno bipolar.

Mecanismo de la intoxicación con litio:

El litio es un psicofármaco relativamente más tóxico que los demás, porque los niveles necesarios para una adecuada respuesta terapéutica o profiláctica están cercanos a los niveles tóxicos. Por esta razón es importante conocer los factores que pueden determinar la intoxicación.(16)

La intoxicación puede ser causada por un intento de suicidio. Sin embargo, es más frecuente que se produzca como consecuencia

de una disminución de la depuración renal. En enfermedades del riñón como la glomerulonefritis y la pielonefritis, no sólo disminuye sino que varía en forma caprichosa. Por lo tanto estas patologías constituyen contraindicaciones. La reducción de la depuración que sobreviene con la edad, en cambio, es paulatina y puede ser compensada con una reducción proporcional de la dosis.

La deficiencia de sodio puede ser causada por una dieta rigurosa de adelgazamiento o por pérdida de sodio extrarrenal, como sucede en las diarreas, vómitos, deshidratación y estados febriles.

Esto hace que disminuya la depuración de litio, debido al modo en que el litio es excretado y reabsorbido en el túbulo contorneado proximal (TCP). Como allí los mecanismos de reabsorción son comunes al sodio y al litio, al aumentar la reabsorción de sodio también aumenta la de litio, reduciéndose su depuración.

El aumento del nivel sérico de litio, a su vez, impide la reabsorción de sodio en el túbulo contorneado distal, por inhibición de la respuesta del túbulo a la aldosterona. Entre paréntesis, éste es el mecanismo de producción de la poliuria que regularmente se produce como efecto secundario benigno. Pero cuando el balance de sodio permanece negativo, se instala un círculo vicioso en el túbulo contorneado distal, y la reabsorción aumentada de sodio en el TCP lleva a un aumento de la reabsorción de litio.

Además, entre las primeras manifestaciones de la intoxicación se cuenta la aparición de diarreas y/o vómitos, que provocan pérdida adicional de sodio agravando así el círculo vicioso.

El nivel de litemia óptimo se encuentra entre 0,6 y 1,2 mEq/l. Sin embargo, el nivel sérico crítico, por encima del cual comienza el círculo vicioso descrito, no tiene un nivel fijo sino que depende de la ingesta de sodio y de factores que afectan el requerimiento de sodio. Por lo tanto es importante que el monitoreo pueda detectar cambios en la litemia. Todo aumento de la litemia de más de 0,2 mEq/l por encima del nivel esta-

ble, que no se explique por un aumento de la dosis, demanda atención. Se solicitará a la brevedad una nueva litemia, investigando cambios en los hábitos alimentarios del paciente, posibilidad de automedicación y función renal.

Intoxicación:

Los síntomas pre-tóxicos son primordialmente neurológicos, ya que los gastrointestinales aparecen sólo en la mitad de los casos. Sobrevienen con litemias entre 1,5 y 2 mEq/l y deben ser diferenciados de aquellos efectos secundarios que clínicamente pueden ser idénticos pero ocurren con litemias dentro del rango terapéutico.

**TABLA 1.
SINTOMAS PRE-TOXICOS**

- * Enteltecimiento de funciones intelectuales, somnolencia.
- * Pesadez, lasitud.
- * Irritabilidad.
- * Vértigo, zumbido de oídos.
- * Visión borrosa.
- * Síntomas gastrointestinales: dolor epigástrico, náuseas, vómitos, diarrea.
- * Dolor, precordial.
- * Temblor grueso, irregular, disartria.
- * Fasciculaciones y sacudidas musculares.
- * Nistagmus, movimientos coreiformes, síntomas pseudoparinsonianos.

Los síntomas tóxicos se manifiestan con litemias superiores a los 2 mEq/l. Constituyen un grave cuadro neurológico, con piel de color grisáceo, síntomas cerebelosos, trastornos confusionales, alucinaciones, movimientos coreoatetósicos, hiperreflexia osteotendinosa, incontinencia urinaria y fecal, hipertonia que al agravarse el cuadro da paso a hipotonía, hipotensión, convulsiones, fiebre, coma y muerte.

El estado comatoso puede dejar secuelas neurológicas irreversibles: movimientos anormales o síntomas cerebelosos.

La intoxicación más leve se trata solamente con aporte de cloruro de sodio por vía oral: basta con suspender la medicación e indicar que las comidas se hagan lo más

saladas que se pueda tolerar, obteniéndose una mejoría en cuestión de horas. Si la sintomatología es alarmante debe considerarse la internación para administrar solución salina hipertónica.

Como los riesgos del litio han sido sobredimensionados, es necesario recordar que la intoxicación (salvo, por supuesto, en el intento de suicidio) no se produce nunca bruscamente. El paciente y su familia tienen que aprender a reconocer la aparición paulatina, a lo largo de varios días, de los síntomas pretóxicos. La dosificación de litio debe ser revisada ante la sospecha de una intoxicación, sin esperar que la litemia la confirme.(17) El paciente familiarizado con su medicación suele simplemente reducir la dosis o saltar una toma sin necesidad de consultar de inmediato al médico. Muchos pacientes bien estabilizados durante años virtualmente se independizan del médico cuando han aprendido a manejarse, como el diabético con la insulina. Es fundamental la educación del núcleo familiar acerca de la enfermedad, la medicación, sus efectos secundarios y sus riesgos. Por eso juegan un papel tan importante las asociaciones y grupos de autoayuda como nuestra Fundación de Bipolares de la Argentina (FUBIPA). Estos núcleos no sólo brindan información y posibilitan intercambio de experiencias, mejorando el cumplimiento con la medicación, sino que constituyen un valioso lugar de pertenencia.

Efectos secundarios:

Los efectos secundarios aparecen con frecuencia durante el tratamiento y pueden tomarse distintas medidas para contrarrestarlos.(18) Es útil dividirlos en efectos secundarios iniciales y tardíos.

Los primeros aparecen al iniciar el tratamiento y son reflejo de una adaptación del organismo al litio, desapareciendo con el tiempo.

Las náuseas y materia fecal blanda se presentan en algunos pacientes, así como el temblor y un aumento de la sed y del volumen urinario. Además, durante los primeros días o semanas puede que el paciente se queje de mareos, pesadez muscular y de sacudi-

das ocasionales de brazos o piernas. Si el paciente no está advertido, es posible que estos fenómenos lo impulsen a abandonar el tratamiento, por lo que hay que hacerle saber que desaparecen a la primera o segunda semana de iniciado el litio.

Los efectos iniciales tempranos suelen manifestarse dentro de las dos horas de la toma del medicamento, cuando se produce el pico en sangre. Hay diversas maneras de contrarrestarlos:

A- Fraccionar la dosis diaria en varias tomas pequeñas.

B- Administrar una pequeña parte de la dosis durante el día y una dosis mayor por la noche. De este modo el pico en sangre se da durante el sueño y el enfermo no percibe sus efectos.

C- Utilizar preparados de liberación lenta, que se absorben con picos menos pronunciados en sangre.

D- Reducir la dosis total hasta que se haya producido la tolerancia y luego continuar progresivamente aumentando la dosis.

Se pueden combinar los distintos procedimientos. Mediante ensayos se puede ir encontrando, en el balance entre efectos adversos y comodidad de las tomas, si es mejor distribuir el medicamento en una, dos o tres tomas diarias.

Efectos secundarios tardíos:

Estos efectos no aparecen en todos los pacientes, ni están constantemente presentes, sino que suelen oscilar en períodos en que son más molestos y otros en que se atenúan o desaparecen. Hay muchos enfermos que no presentan absolutamente ningún efecto secundario, mientras que otros, por ejemplo, sólo necesitan tomar más líquido porque orinan más.

1. Temblor de manos:

Se manifiesta con una frecuencia del 30-60% de los casos un temblor fino, de reposo e intencional que se agrava cuando el paciente está cansado o ansioso, y con la ingesta de cafeína. Por lo general no es muy molesto, pero ocasionalmente perturba el desempeño profesional, ya que algunas profesiones como odontología o relojería requieren mucha preci-

sión en los movimientos de las manos.

El temblor puede ser socialmente embarazoso por ejemplo al tomar la taza de café, ya que los pacientes se preocupan por que se note que están medicados o que se piense que han tomado alcohol de más.

Para atenuar este efecto, pueden tomarse las medidas recomendadas para los efectos secundarios tempranos, como tomar el grueso de la medicación por la noche. A menudo es posible disminuir un poco la dosis total diaria, mejorando el temblor sin pérdida de la eficacia profiláctica.

Si estas medidas no dan resultado, se intentará medicación correctora. El temblor debido al litio no es del tipo parkinsoniano como el que causan los antipsicóticos y por lo tanto los antiparkinsonianos son ineficaces. En cambio suele dar buen resultado la indicación de bloqueantes beta adrenérgicos como el propranolol en dosis de 40-80mg. que se tomará dos o tres horas antes de la ocasión en que el temblor es particularmente indeseable. Recordar que el propranolol está contraindicado en el asma bronquial.

Aumento de peso:

En algunos pacientes se ve aumento moderado de peso, que en parte se debe a la retención hídrica. Pero en otras ocasiones el aumento llega a los 15 kg. o más, y es posible que el paciente se niegue a continuar tomando litio por esta causa. Advertir tempranamente para que el paciente vigile su dieta previene esta situación. Asimismo se recomendará que la sed aumentada no lleve a un excesivo consumo de bebidas ricas en calorías.

Hay que tener en cuenta que las dietas estrictas restringen el aporte de sodio y pueden elevar el nivel sérico de litio, requiriéndose litemias más frecuentes.

3. Poliuria y polidipsia.

Es frecuente algún grado de poliuria, porque el litio inhibe los receptores a la hormona antidiurética del riñón. La polidipsia es secundaria y compensadora del aumento de la diuresis. Si bien este efecto no suele ser molesto, cuan-

do la diuresis alcanza un volumen superior a los tres litros —y puede llegar a siete u ocho— ocasiona problemas. Esta llamada diabetes insípida nefrogénica no sólo molesta por la necesidad frecuente de ir al baño, que incomoda socialmente porque el paciente tiene que dejar de ir a conciertos o al teatro, sino que además impide un sueño adecuado.

Como con otros efectos secundarios, lo primero que se intenta es disminuir la dosis. De no ser posible, se intentará agregar un diurético como las tiazidas, que en forma paradójal reducen la diuresis. Hay que proceder con prudencia porque los diuréticos aumentan el nivel sérico de litio. Ultimamente se ha preconizado el uso de otro diurético, la amilorida, porque no induce pérdida de potasio como las tiazidas. También la indometacina mejora la poliuria.(19).

4. Bocio e hipotiroidismo:

Un porcentaje del 5% desarrolla bocio e hipotiroidismo durante el tratamiento de mantenimiento, porque el litio inhibe la liberación de hormona tiroidea desde la glándula. Las mujeres tienen nueve veces más probabilidades de sufrir este efecto que los hombres. No es peligroso y fácilmente se trata con dosis moderadas de tiroxina. Es importante que el psiquiatra tenga presente la posibilidad de esta complicación porque sus primeros signos suelen ser confundidos con sintomatología depresiva.

Tanto el bocio como el hipotiroidismo desaparecen completamente a los 2-3 meses de suspender el tratamiento.

5. Edemas:

Ocasionalmente aparece edema en la cara y tobillos, que suele desaparecer espontáneamente. Se impone un estudio renal para diferenciar estos efectos benignos del síndrome nefrótico que raramente complica el tratamiento.

6. Efectos sobre el riñón:

Los temores sobre los efectos renales del tratamiento a largo plazo han sido exagerados: no se ha informado de ningún caso en que se

desarrollara insuficiencia renal.(20) Sin embargo el temor a la nefrotoxicidad —que se mantuvo durante años— hace que todavía se continúe con el tradicional monitoreo de función renal cada seis meses mediante análisis de sangre u orina, y especialmente con determinación de creatinina plasmática. Nunca se consideró necesario el clearance de creatinina como seguimiento de rutina.

De aparecer un aumento de la creatinina, uno debe pensar en patología nefrológica concomitante, más que en la supuesta toxicidad del litio.

7. Varios:

El litio es el responsable de aparición o agravamiento de acné y de psoriasis, así como de caída del cabello.(21) Con frecuencia se ve una leucocitosis que no tiene consecuencia clínica. Existen también cambios inespecíficos del EEG., con ocasionales agravamientos en pacientes epilépticos; en el ECG suele verse depresión de la onda T. Algunos pacientes notan trastornos en la memoria de fijación.(22) Raramente un paciente puede quejarse de descenso del interés y/o de potencia sexual.

Litio y embarazo:

El litio tiene efectos teratogénos: específicamente aumenta en 400 veces el riesgo de ocurrencia de la anomalía de Ebstein de la válvula tricúspide. Se impone interrupción del litio durante el primer trimestre del embarazo. Pasado ese período, puede continuarse el tratamiento con ciertos recaudos, pues la depuración de litio aumenta durante el embarazo, disminuyendo bruscamente después del parto. Por lo tanto se recomienda pedir litemias más frecuentes, que mostraran niveles más bajos y obligaran a aumentar la dosis. La dosis de litio se disminuirá a la mitad en la última semana antes del parto, para evitar una intoxicación puerperal.

El litio se excreta por la leche materna, por lo que debe proibirse la lactancia.

Interacciones medicamentosas:(23)

La literatura informa de algunas

encefalopatías debidas a la combinación de litio con antipsicóticos, en particular con haloperidol y tioridazina. En raros casos se produjeron daños neurológicos irreversibles, manifestándose estos cuadros tóxicos con dosis altas de ambos fármacos.(24) No está clara la relación de estos cuadros tóxicos con el síndrome neuroléptico maligno.

Como contraparte, hay que considerar que existe una expe-

riencia muy amplia en el uso de esta asociación sin que hayan aparecido tales consecuencias adversas. En la práctica debe observarse al paciente de cerca para detectar precozmente la aparición de confusión, cuando se indica el litio asociado a antipsicóticos o carbamazepina. Se utilizarán dosis moderadas, y si el cuadro no responde se discontinuará el litio para poder recurrir a dosis elevadas de antipsicóticos ■

Tabla 2. Interacciones farmacocinéticas con litio.

| Interacciones que elevan el nivel del litio | Interacciones que bajan el nivel del litio |
|---|---|
| Diuréticos Tiazidas Ac. etacrínico Espironolactona Triamtereno | Acetazolamida Teofilina Cafeína (levemente) Diuréticos osmóticos |
| Antiinflamatorios no esteroides Indometacina Ac. mefenámico Sulindac Fenilbutazona | |
| Antibióticos Matronidazol Tetraciclina | |

BIBLIOGRAFIA

- Mood disorders: pharmacological prevention of recurrences. *Am J Psychiatry* 142:4, Abril 1985.
- PERRIS C., The course of depressive psychoses. *Acta Psychiatrica Scand* 44:238, 1968.
- MANDER A. J., Is lithium justified after one manic episode? *Acta Psychiatrica Scand* 73:60, 1986.
- COOPER T. B., Monitoring lithium dose levels: estimation of lithium in blood. En: NEIL JOHNSON F. (ed). *Handbook of lithium therapy*. Lancaster, MIP Press Limited, 1980.
- GELBERG A., The meaning of serum lithium levels in maintenance therapy of mood disorders: a review of the literature. *J Clin Psychiatry* Vol 50:12 (Suppl), 1989.
- GELBERG A., Comparison of standard and low serum levels of lithium for maintenance treatment of bipolar disorder. *N. Engl J Med* 321:1489, 1989.
- PERRY P. J., et al. Prospective evaluation of two lithium maintenance dose schedules. *J Clin Psychopharmacol* Vol 4 N° 5:242, 1984.
- KEITNERG. I., et al. Reversible neurotoxicity with combined lithium-haloperidol administration. *J Clin Psychopharmacol* Vol 4 N° 2:104, 1984.
- SACHS G., Adjuncts and alternatives to lithium therapy for bipolar affective disorder. *J Clin Psychiatry* Vol 50:12 (Suppl), 1989.
- GOODWIN F.K., JAMISON K.R., *Manic depressive illness*. New York, Oxford University Press, 1990, pág 647.
- JEFFERSON J., AYD, F., Combining lithium and antidepressants. *J Clin Psychopharmacol*. Vol. 3, N° 5:303, 1983.
- JEFFERSON J. W., GREIST J.H. *Primer of lithium therapy*. Baltimore Williams & Wilkins, 1977, pág 113.
- QUITKIN F.M., Monoamine oxidase inhibitors in bipolar endogenous depressives. *J Clin Psychopharmacologia psicodinamica II*, Buenos Aires, Paidós, 1988, pág 289.
- LUOIE A.K., Lithium potentiation of antidepressant treatment. *J Clin Psychopharmacol*. Vol 4 N° 6:316, 1984.
- SCHOU M., Preclinical and clinical pharmacology of lithium. En: CLARK W.G., DEL GIUDICE J., (eds): *Principles of Psychopharmacology*, New York, Academic Press, Inc, 1978, pág 349.
- LAGOMARSINO A.J., La utilización clínica del litio. *Acta psiquiatr. psicol. Am. lat.* Vol XXXV N° 1, 1989.
- GELBERG A., Lithium efficacy and adverse effects. *J Clin Psychiatry* Vol 49:11 (Suppl), 1988
- JEFFERSON J.W., GREIST J.H., ACKERMAN D.L., CARROLL J.A., Polydipsia, polyuria and diabetes insipidus. En: *Lithium Encyclopedia for Clinical Practice*. Washington, American Psychiatric Press, Inc., 1987, pág 494.
- SCHOU M., Lithium prophylaxis: myths and realities. *Am J Psychiatry* Vol 146:573, 1989.
- DEANDEA D., et al. Dermatological reactions to lithium: a critical review of the literature. *J. Clin Psychopharmacol* Vol 2 N° 3:199, 1982.
- GHADARIAN A.M., et al. Memory functions during lithium therapy. *J Clin Psychopharmacol* Vol 3 N° 5:313, 1983.
- JEFFERSON J., GREIST J.H., BAUGHN M., Lithium: interactions with other drugs. *J Clin Psychopharmacol* Vol 1 N° 3:124, 1981.
- COHEN W.J., COHEN N.B., Lithium carbonate, haloperidol and irreversible brain damage. *JAMA* 236: 1283, 1974

SERVICIO DE EMERGENCIAS I UN PROYECTO POSIBLE*

N.R. Stingo, C.L. Gatti, M.C. Zazzi, L.N. Avigo



Palabras clave: Emergencia — Organización — Psiquiatría.

Resumen.

En el presente trabajo se describe cómo surge un Servicio de Emergencia Psiquiátrica, luego de una situación común en un Hospital Psiquiátrico, en la cual se pone de manifiesto cómo una salida de las crisis puede dar origen a una modalidad de trabajo eficaz que contempla un abordaje interdisciplinario cuyos resultados son corroborados estadísticamente. Se definen conceptos tales como urgencia y emergencia, que permiten con claridad proyectar tareas psicoterapéuticas.

Abstract

This work describes a Psychiatric Emergency Service as it happens to appear after an ordinary situation in a Psychiatric Hospital. This situation reveals how a way out from a crisis can result an efficient pattern of dealing with situations that may imply a interdisciplinary approach, and which results may be ratified statistically.

Such concepts as Urgency and Emergency are defined as well, thus allowing the possibility of designing psychotherapeutic tasks.

Una historia, cualquiera ésta sea, supone una prehistoria. En algún momento, algo irrumpe y marca un hito, un corte, a partir del cual, pueden ocurrir innumerables hechos. La nuestra es una historia más, una de tantas, una de las que creemos merece ser contada.

Si una Institución padece la patología que dice curar, se trata de una contradicción. Por lo tanto, mantiene la enfermedad.

Síntomas tales como disociación, escisión, fragmentación, ideas delirantes, tabicamientos, bloqueos, omnipotencia, narcisismo, megalomanía, paranoia, entre otros, son los fantasmas que nos reciben, nos acompañan y nos despiden día a día, conviviendo con nosotros.

Nuestro caso específico, supuso dos caminos posibles: el recuerdo de un cuento de Cortázar "La Casa Tomada"(3) o la lección ignorada de Anna Frank (1) como hace mención Bruno Bettelheim en su libro "Sobrevivir", de no tomar actitudes pasivas, que significan la autodestrucción y por consiguiente la muerte. Sólo quedaba un camino posible: reconstruir a partir de un cuerpo (un cuerpo total), un lugar de trabajo, no sólo con palabras, sino con hechos, que sirvieran de sustento y de plataforma que permitiera el despliegue de nuestras inquietudes.

Nosotros pensamos que para que fluya la palabra, en el sentido de que una de nuestras armas psicoterapéuticas, en esta ciencia dialógica por excelencia, debe mediar un espacio que lo posibilite. Un espacio, también terapéutico. Tratándose de estructuras (que es lo que tratamos), pensamos que la

física, la concreta, la tangible (recurso físico en última instancia) es la que constituye el primer escalón en el tratamiento de este "anclado del discurso". Espacio físico digno, espejo en donde el paciente pueda verse reflejado y comience a integrar sus fragmentos.

Aludimos al aspecto especular, por lo menos en un doble sentido.

Darle un lugar físico digno es darle un lugar al paciente. No es ni fue nunca nuestra intención identificarnos con el paciente y perpetuar el sistema institucional sosteniendo de esta manera el deterioro, incrementando el hospitalismo y avalando el abandono.

Por eso es que hablamos de *Un proyecto posible...*

Este proyecto, supone entonces dos estructuras paralelas que necesariamente confluyen en otra (la nuestra, la de los terapeutas). Sostener las tres es el trabajo cotidiano. Sólo a partir de esto, podemos pensar en una modalidad de crecimiento. Un cambio que representa un crecimiento como lo conceptúa Pierre Marris(7).

Nuestro caso en particular, supone una prehistoria: el viejo Servicio 30 de Admisión y Emergencia, que en su momento fue el precursor del trabajo interdisciplinario.

Repentinamente, sufrimos una deportación y destitución a la manera de exilio, produciéndose una expulsión en donde nos vimos proyectados al igual que los pacientes, es decir "sin decir". De la noche a la mañana el trabajo de más de diez años quedaba trunco, sin explicación alguna.

Todo esto operó de manera diferente a lo acostumbrado (más disgregación a partir de la acepta-

* Servicio de Emergencia I, Hospital Nacional "José T. Borda"

Barracas 375, Tel.: 26-2042, Buenos Aires.

Dr. Néstor R. Stingo, Jefe del Servicio de Emergencia I

Lic. Carlos Luis Gatti, Jefe de Sector - Supervisor Clínico

Dra. María C. Zazzi, Jefa de Sector - Supervisora Clínica

Dra. Lilliana N. Avigo, Jefa de Sector - Supervisora Clínica

ción de lo impuesto), movilizándolo a un pequeño grupo de profesionales, a realizar, como dijera años después una autoridad del Hospital, "una Institución dentro de otra Institución".

Padecimos varios duelos paralelos:

- *el del espacio físico* que se perdía sin saber porqué, pero sí por quienes, efímeros representantes de leyes anónimas y a veces anómalas, que distribuyen las posiciones dentro del discurso profesional.

- *el psicológico*, ya que se atentó contra la cohesión de un grupo que con las dificultades de todo grupo, no obstante, daba respuestas efectivas a la demanda social que la patología psíquica implica. El intento de atentar contra la cohesión, afortunadamente, despertó un sentimiento inverso en un grupo que en ese preciso momento, quizás, atravesaba un espacio de crisis. *El Servicio de Emergencia I, como no podía ser de otra manera surgió como producto de una emergencia.* Como tal, la nuestra, supuso un sacudimiento generalizado, que llega (traumáticamente) en el momento menos esperado. El advenimiento de la democracia, en nuestro caso (verano de 1984), trajo consigo tomas de decisiones que oficiaron como síntomas; ya no sólo de los nuestros sino los de la Institución.

Democracia en el marco general, aunque autoritarismo en algunos planos particulares. Nuestro viejo Servicio 30, había despedido recientemente al Jefe y fundador, Dr. Hector O. Fontanarossa, que pasaba a cumplir funciones en la dirección del Hospital, y nos encontrábamos prácticamente acéfalos y con la mitad de los profesionales de vacaciones, incluido el Jefe interino, actual Jefe del Servicio.

- *el moral*, porque corresponde al orden de lo transgresivo que se intente borrar en horas, o con una mera disposición o firma, el trabajo de años, el esfuerzo, el sacrificio, ya no sólo de los profesionales, sino de los pacientes, quienes son en última instancia, los que sostienen el hospital, *son la razón de ser del Hospital.*

Parece que la discontinuidad y

la desmesura a la que hace mención Víctor Massuh es la línea de conducta común y válida concensuada de los argentinos(8).

La opción, para nosotros, era clara; o nos disgregábamos y pasábamos, como se pretendía, a ser la historia común del Hospicio, o trabajábamos para resistirnos a ello.

A través de la construcción, las palabras con las que sostenemos nuestros tratamientos, deben contener un sustento concreto. Así como en un primer momento resulta imprescindible penetrar en el delirio del paciente, para realizar nuestro proyecto, debimos comprender que salud mental y rol profesional también es colaborar con la construcción de este espacio. Por ello es que varios de los logros están directamente relacionados a los esfuerzos de quienes en su mayoría concurrían ad honorem al Servicio.

En nueve meses..... (de Abril a Diciembre de 1984), se puso en funcionamiento real el proyecto. La idea era *empezar algo y terminarlo*, no empezar todo para no terminar nada. Por lo tanto, lo primero fue la construcción de los consultorios. Posteriormente, el equipamiento de la sala y de ahí en más, todo lo demás.

Tratar a un paciente psicótico resulta en cierto modo, aunque no en modo cierto, también reconstruir a partir de las ruinas, algo que siempre será diferente, que abra una vía de crecimiento, tanto para los pacientes, como para los profesionales y la Institución en un juego de interacciones que soporten la salud de todos los involucrados.

Hacer o no hacer...

La situación caótica que vive el campo psiquiátrico, psicológico y psicoanalítico, no sólo refleja el estado social en el cual nos encontramos inmersos, sino también la falta de atención de las autoridades con respecto a la salud en general y al Hospital Psiquiátrico Público en particular.

Si bien estas condiciones son importantes, no pueden de ninguna manera convertirse en excusa para explicar la condición actual.

Es hora de reflexionar y asu-

mir la parte de responsabilidad que nos toca a la hora de hacer.

El hacer no como mero arte mecánico, repetitivo y pragmático, sino como resultado de una estrecha vinculación con el ser, que nos permite plantear objetivos concretos, elementales, pero posibles.

Creemos necesario dejar de lado conductas permisivas, pseudo-comprendivas y ambiguas, que sólo conducen a un desorden.

El esfuerzo debe ser algo más que una palabra, y debe convocarnos a todos. Ya no es posible un enfrentamiento entre distintas escuelas teóricas, no por lo menos en el sentido que implica un desgaste que debilita la puesta en acto que conduce a una asistencia del enfermo mental.

Muy al contrario de lo que usualmente se observa, nuestra posición es la siguiente: hay que partir de lo que se tiene sin borrar las diferencias, posibilitando una acción mancomunada, conjunta, desde distintas disciplinas y posturas teóricas. Trabajar con lo que se tiene, hacer hasta donde uno puede, hasta donde se siente implicado.

Cuando una Institución no premia el esfuerzo de las realizaciones, especialmente a quienes producen en épocas de crisis, corre el riesgo de estancarse, no crecer y propiciar la destrucción y el deterioro.

Por ello, es preciso detenerse aunque sea un instante y reflexionar acerca de la posición individual frente a funciones apremiantes que deben ser revisadas con un apoyo mínimo, pero que deben serlo. Es a través de esta revisión y de este cuestionamiento, que se podrá modificar esta frustrante realidad hospitalaria que nos toca vivir y padecer, significando el respeto por el otro, la valoración del sujeto, el compromiso y la responsabilidad con el trabajo.

La satisfacción de la obra realizada, de aquello que se ha hecho es la única gratificación que se puede obtener en un medio en donde el reconocimiento sólo se expresa a través de críticas y obstáculos burocráticos entre otras situaciones.

Goethe decía "...El hombre es la lista de las cosas que hace". No-

sotros desde un lugar recortado, como un Servicio Hospitalario que trabaja justamente con emergencias, sabemos que la manera de intervenir en una crisis, sea cual fuera su origen, es "el hacer".

Tal vez identificados a nuestra actividad clínica, y no casualmente, hemos elegido tal camino.

¿Cómo? A través de una estructura física que albergue a un sujeto, en condiciones *humanas y dignas*, a través de la asistencia, la docencia y la investigación,(6).

El duelo - Acerca de la depresión

Una de las primeras cuestiones que se trataron con posterioridad a la noticia de nuestro desalojo, fue la convicción de continuar, pase lo que pase, con esta costumbre de los ateneos de los días miércoles.

En toda la situación que vino a partir del mes de marzo de 1984, comenzamos a reunirnos en el estar de Psicología del Servicio 30, último bastión de un grupo de más de cuarenta profesionales apropiados.

Creemos que el hecho de seguir con los ateneos no respondió solamente, al menos en un principio, a un interés teórico - científico sobre el tema en cuestión, sino como forma de cohesión de un grupo, que hay que decirlo, no se hallaba cohesionado. Parecería que el despojo, el desalojo, el sentimiento de nulidad e impotencia, hizo que el grupo, en forma defensiva, intentase la cohesión como medio fantasmagórico y salvador de una situación catastrófica desde lo profesional. El desalojo, entonces, pasa a formar parte de una cohesión, en un grupo que venía trayendo serias críticas por ejemplo a la dinámica de los ateneos, y rara paradoja, intenta la búsqueda de identidad a través de los mismos. Se escuchaban críticas a los contenidos de los ateneos, el bajo nivel científico de los mismos, la escasa o nula participación de los asistentes, que los convertían en simples clases, que a la vez eran meras repeticiones de premisas por todos conocidas.

También se decía que los niveles de conducción del servicio inhibían el desarrollo y la participa-

ción, favoreciendo algo así como una paranoia profesional.

Tales temas fueron enunciados pero no recordamos que se haya hablado en extenso sobre los mismos. Los nuevos aires, parecían, intentarían modificar la situación. Era algo así como *año nuevo, vida nueva*.

Es así que fuimos nosotros, los profesionales del Servicio de Emergencia I, quienes tuvimos la responsabilidad de fijar las nuevas pautas para el desarrollo de la actividad de los miércoles (modalidad, temática, funcionamiento, etc.).

Otra referencia de la búsqueda de identidad grupal, la da el hecho de la propuesta finalmente aceptada de que sea un solo tema, y es entonces que se propone el de *las depresiones*, que surge, supuestamente, a raíz de un paciente que se reinterna con tal patología.

El grupo, o el nuevo grupo, funciona con depresiones en los ateneos, y maníacamente fuera de ellos, o por lo menos con hipomanía. Cualquier lugar era propicio para las reuniones. El tema elegido entonces venía a representar la situación padecida, y la reacción defensiva ante tal estado fue la salida restitutiva por lo contrario, afortunadamente, aspecto que posibilitó que hoy estemos sentados sobre nuestras propias sillas y en nuestra propia aula(7).

La depresión (científica), era superada por la praxis (maníaca).

Organización - Los tres momentos

Organizar un Servicio de Emergencias Psiquiátricas es crear un proyecto, comenzar una historia, que abarque una serie de intentos, de éxitos, de fracasos y de errores.

Para plantear una cuestión como ésta, suele ser útil comenzar por el nombre de las cosas. Como dice Julián Marías: "El uso lingüístico es revelador, nos remite directamente a lo que se entiende cuando se nombra una realidad". Las diversas acepciones, que son mutables de una misma palabra, descubren flancos o aspectos de la realidad en cuestión y el hecho de que se usen diversos nombres, señala otros tantos puntos de vista o

perspectivas sobre una realidad.

En nuestro caso, *Organización, Emergencia y Psiquiatría*, son los términos que conviene delimitar.

Organizar: significa establecer un orden sujeto a reglas, disponer armónicamente las partes dependientes o por depender.

Emergencia: término que utilizamos como sinónimo de urgencia, aún cuando existen diferencias etimológicas. Ambas derivan del latín. Emergencia de "emergentis":ocurrencia, accidente que sobreviene. Y urgencia de "urgencia":necesidad de pronta ejecución, celeridad, rapidez.

Psiquiatría: decimos que es la rama de la Medicina que se encarga de las alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta) en cuanto a su etiología, patogenia, prevención y tratamiento(2).

El objeto de la Psiquiatría es lo psíquico en cuanto alterado, o sea la conducta psicopatológica, la cual, puede ser estudiada desde dos vertientes: como ciencia natural, o como ciencia humana(1). Desde el punto de vista natural, investiga la naturaleza de los procesos psicopatológicos y de los factores biogénéticos relevantes: la investigación es llevada a cabo por el método explicativo causal (observación y explicación). Su ventaja consiste en ser contrastable. La observación y la explicación constituyen un corpus, coherente, exento de contradicciones(9).

Desde la perspectiva humana o psicodinámica, no se interesa por la alteración del mecanismo, que por hipótesis subyace en todo dinamismo psicopatológico, sino por éste exclusivamente, es decir que se ocupa del contenido, que es de carácter psicológico-social y remite a factores individuales y sociales del contexto.

Los métodos son la observación y la interpretación. Lo observable es la conducta a la cual se considera como signo al que se define como el conjunto resultante de la relación de un significante con un significado (Ste/Sdo). El significante remite a un referente que es aquello que significa. En tanto la conducta tiene un sentido, propósito, intencionalidad o significación, será un observable significativo.

Si como axioma aceptamos que la conducta tiene sentido, esto hace que las hipótesis que hayan de construirse acerca de tales observaciones, no sean explicativas sino interpretativas, es decir hermenéuticas.

Al síntoma se lo explica y al signo se lo interpreta. Se trata de una dicotomía epistemológica.

La hermenéutica no puede ofrecer hipótesis unívocas al modo de las explicaciones dadas al nivel científico natural.

La conducta es un acto relacional, la alteración de la misma no puede dirimirse fuera del contexto donde se lleva a cabo y con el cual, la misma se relaciona modificándose.

Las relaciones humanas se oponen de manifiesto en un contexto social, y las alteraciones que surgen, sólo pueden ser comprendidas en el marco de la cultura y de la organización de esta sociedad. La familia, la fuerza social más significativa en el desarrollo humano, específicamente en el de la personalidad, constituyéndose como agente mediador en las alteraciones de conducta.

Sólo raras veces y en condiciones excepcionales, la Psicología Individual puede hacer caso omiso de las relaciones de este individuo con otros... señalaba Freud en su *Psicología de las Masas y Análisis del Yo(S)*.

Los seres humanos deben ser percibidos dentro de un marco social, que es la familia en primera instancia y la Sociedad en general que es la segunda, ambos contextos son realidades que proporcionan finalidades y modelan la personalidad.

Los conceptos mencionados nos permiten emitir los siguientes axiomas que abarcan los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, constituyendo un marco teórico indispensable para favorecer la comunicación intragrupal.

a- La asistencia terapéutica debe basarse en dos modelos: el científico natural y el dinámico. Son dos niveles epistemológicos diferentes.

b- El objeto de la Psiquiatría es la conducta psicopatológica.

c- La conducta psicopatológica es a la que se hace referencia. Se define como tal cuando puede

provocar en el paciente:

1- pérdida de la libertad frente a sí mismo.

2- aparición de estructuras psicológicas cuali y cuantitativamente distintas de las registradas en sujetos sanos.

3- desgarró o rotura psicológica del desarrollo biográfico.

4- descenso del bienestar y/o desadaptación social.

d- La conducta es una actividad de naturaleza biológica, pero a su vez es un observable significativo, es un signo, tiene sentido.

e- la conducta es un acto relacional.

f- la familia y la sociedad son los marcos sociales que modelan la personalidad, favoreciendo, alterando o evitando el desarrollo de las relaciones humanas(9).

Sintéticamente, podemos conceptualizar que organizar un Servicio de Emergencias Psiquiátricas, es establecer un orden armónico, a través de un marco teórico, para dar asistencia a pacientes con alteraciones psíquicas o de la conducta, resultantes del derrumbe de sus defensas yoicas, y cuya desadaptación en el medio social o sociofamiliar provocan una señal de alarma. Exige inmediatez terapéutica pues abarca las psicosis agudas, las psicopatías y las neurosis graves descompensadas.

Planificamos nuestro trabajo sobre la base de tres momentos:

1- Infraestructura.

2- Asistencia.

3- Docencia e investigación.

1- INFRAESTRUCTURA

Las potencialidades terapéuticas de un Servicio están influenciadas hasta cierto punto por su estructura física y el medio que lo rodea. La arquitectura, la distribución y la utilización de los espacios, contribuyen a la comunicación y el bienestar de los pacientes. Las camas, cuyo número no debe ser superior a 30, están emplazadas en habitaciones de 2 y 4.

Se debe disponer de dependencias o espacios para las diferentes actividades terapéuticas:

- Terapia Individual.

- Terapia familiar y multifamiliar.

- Terapia Grupal.

- Sala de recreación

- Sala de musicoterapia y medios

expresivos.

- Salón de estar y audiovisual (música funcional y televisión).

Los espacios, el mobiliario correspondiente, su decoración, así como las actitudes sobre su utilización, son elementos que contribuyen a mejorar la atmósfera terapéutica.

Recursos humanos

El área debe estar integrada por enfermeros (tres por cada uno de los cuatro turnos), psiquiatras, psicólogos (equipo básico de la terapéutica individual), sociólogo, musicoterapeuta, asistente social, acompañantes terapéuticos, para las diferentes actividades. El número ideal está dado por la relación de tres profesionales por cada paciente, cosa con la cual, en este momento, el Servicio de Emergencia I cuenta.

Modelo comunicacional

Es necesario normatizar un modelo comunicacional pues permite el rendimiento del Servicio, al eliminar las barreras y fracturas entre las líneas administrativas formales y las líneas terapéuticas, así como las que pudieran surgir en los distintos niveles de autoridad.

Se debe tratar de evitar alteraciones en la red comunicacional, pues este tipo de conflicto trae como consecuencia interacciones y reacciones antiterapéuticas.

Frecuentemente, los miembros del personal llegan a preocuparse tanto por sus propias necesidades, satisfacciones y contratiempos, que consumen toda su energía y tanto tiempo en sus preocupaciones, descuidando a sus pacientes. El objetivo primario de la unidad es el tratamiento de los pacientes internados, debiendo permanecer siempre como centro o foco de atención.

Los potenciales conflictos o problemas a considerar son:

a- La tensión entre los miembros del personal.

b- La tensión entre grupos de profesionales.

c- La tensión sobre la responsabilidad y los principios terapéuticos.

d- Tensiones relacionadas con el poder, el control y la autoridad.

LINEA PSICOFARMACOLOGICA

Karidium[®]

Karidium[®] 20

(Clobazam)

**SERENIDAD
EN ACCION**

Ansiolítico

- Proporciona tranquilidad activa sin provocar somnolencia diurna.
- Posee un efecto ansiolítico rápido.
- Excelente tolerancia aún en dosis elevadas.
- Posee menor riesgo de dependencia que las 1,4 benzodiazepinas convencionales.
- Tiene propiedades antiepilépticas relevantes.

Información para prescribir

Acción terapéutica:

Ansiolítico.

Presentaciones:

Karidium 10 mg: Envase de 60 comprimidos.

Karidium 20 mg: Envase de 60 comprimidos.

Contraindicaciones:

Debilidad muscular patológica grave (miastenia grave), hipersensibilidad al clobazam.

Para mayor información dirigirse a 25 de Mayo 460 - 3^{er} Piso Tel.: 312-3006/3036.



Hoechst



Todos ellos interfieren en la comunicación y en la posibilidad de crear un ambiente óptimo para el tratamiento de pacientes con alteraciones psíquicas.

Las tensiones del personal y las discusiones como lo demostraron Stanton y Schuartz (psiquiatra y psicólogo) en 1954, son precursoras de la alteración de la conducta en los pacientes.

El factor más conspicuo para facilitar la operatividad asistencial es la normatización de las tareas a realizar, las cuales consisten en: admisión, internación, pre-alta, alta y seguimiento. Cada una de las etapas tiene una finalidad diferente y la actitud y el rol de los profesionales deberán ser dinámicos y plásticos.

Los integrantes de un Servicio con estas características se ven sometidos a diversas tensiones y exi-

gencias, por lo cual necesitan conformar un equipo interdisciplinario, sólido y cohesionado. Por ello, además de la tarea asistencial, se deben realizar actividades que contribuyan al perfeccionamiento. Es indispensable la realización de reuniones semanales del equipo profesional, ateneos, reuniones de los diferentes coordinadores, reuniones del jefe con coordinadores y reservar un espacio para supervisiones y reflexiones.

2- ASISTENCIA

La intervención terapéutica debe cumplir su objetivo en el mínimo tiempo posible, ya que existen razones fundantes en el sentido que una dilatación en el inicio del tratamiento puede conducir a una remisión incompleta de los síntomas.

En los últimos años ha tenido

lugar un gran progreso en el tratamiento de las alteraciones de conducta.

Se han hecho adelantos en materia de técnica y de resultado por medio de los siguientes enfoques.

1- El esfuerzo de la investigación psicoterapéutica basado en la comprensión creciente de los procesos psicodinámicos, comunicacionales e interaccionales; y en una mayor habilidad para influir sobre ellos.

2- Por el progresivo conocimiento de la bioquímica, los neurotransmisores y receptores cerebrales, por un lado y la aparición de nuevas drogas psicotrópicas por el otro, que gravitan profundamente y con efectividad sobre los trastornos psíquicos.

La terapéutica se dirige entonces sobre el paciente y el sistema

ESPECIFICO PARA EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA

ESTIMULANTE FARMACOLOGICO
DE LA
GRANULOPOYESIS

CEGLUTION 300

CARBONATO DE LITIO 300 mg

POSOLOGIA

DOSIS DE ATAQUE: 2 tabletas
3 veces al día.

MANTENIMIENTO: 1 tableta
3 veces al día.

PRESENTACION:

ENVASES CON 20 Y 50
TABLETAS

QUIMICA ARISTON S.A.

familiar considerando los factores bio-psico y sociogenéticos.

El proceso psicoterapéutico, conjunto de operaciones que en forma coordinada y coherente es llevada a cabo por diferentes equipos, tiene la finalidad de obtener la remisión o el alivio sintomático, para permitir el acercamiento psicoterapéutico más conveniente.

En el Servicio de Emergencia es conveniente disponer de un espectro amplio de modalidades terapéuticas: la psicofarmacológica, la terapia individual, la terapia grupal, familiar, la recreativa, la de las actividades corporales y expresivas y el acompañamiento terapéutico.

La terapéutica individual se encuentra delimitada técnicamente por las frecuencias de los contactos (no menos de tres por semana), y la focalización de las acciones sobre las partes potenciales y sanas del Yo. Considerando a éste como un núcleo parte de la personalidad, que se halla inserto en una matriz de procesos y fuerzas que se originan dentro y fuera de aquélla.

La terapia grupal incrementa la interacción que permite comprender y diferenciar las distintas características de la comunicación en grupo, intenta disminuir la ansiedad al producir mayor distribución de la transferencia y posibilita la interacción, identificaciones especulares que permitan la estructuración del Yo.

La terapia familiar trata de promover la participación activa de todos sus miembros y evaluar el grado de interés puesto en el cambio, o el grado de desinterés, lo que revelaría la conformidad o ganancia secundaria con el síntoma conflicto. Trata de definir con claridad los roles dentro de ese grupo, quién tiene el poder y en qué área, para observar la aceptación o rechazo de los mismos, también para observar los roles que entre ellos se asignan y esperan. Favorece las posibilidades de expresar afectos en forma constructiva, estimulando a que manifiesten lo que sienten, imaginan o piensan. Permite aumentar la aptitud para encontrar soluciones, reforzando la capacidad yoica de cada miembro

del grupo, la terapia de familia debe buscar que ésta llegue a un nivel de funcionamiento satisfactorio dentro de sus posibilidades.

En la recreación, a través de la concentración de estímulos materiales (arcilla, pinceles, témperas), cuentos formales, juegos y producciones artísticas (elaboración de máscaras), se espera como respuesta la expresión del paciente motivándolo a que se comunique consigo mismo y con nosotros.

El área expresiva tiene un aspecto de aprendizaje, un aspecto artístico y uno terapéutico. Este último reside en facilitar el acceso al acontecer interior y facilitar la manera de comunicarlo. No se interpretan las subproducciones sino que se alienta a que el paciente descubra por sí mismo el significado de las mismas. En el área lúdica encontramos aspectos recreativos y catárticos.

Actividades corporales y expresivas: consiste en la fusión de tres modalidades de trabajo diferentes: musicoterapia, gimnasia recreativa y expresión corporal.

Desde la gimnasia reeducativa se realizan ejercicios específicos que ayudan al reconocimiento del esquema corporal, se trabaja sobre distintas partes del cuerpo, y el cuerpo en su totalidad. Desde la musicoterapia, mediante la relajación, el paciente puede conectarse con su cuerpo a través de los sentidos, fortaleciendo las sensaciones. Para ello es preciso una adecuada elección de la música y los movimientos que se sugieren, para que ambas se puedan unificar en la actividad. Desde la expresión corporal, permite descubrir el lenguaje del cuerpo y la posibilidad de expresar sentimientos, sensaciones e impulsos. Se utiliza el cuerpo como mediatizador.

El acompañamiento terapéutico tiene como objetivo el establecimiento de una relación terapéutica que va desde el simple apoyo en la realización de distintas tareas que no puede emprender solo y la creación de un vínculo significativo. Facilita la posibilidad de un empleo más creativo del tiempo libre del paciente dentro y fuera de la Institución, contiene las ansiedades, angustias, miedos, ayudándolo a

conectarse menos rígidamente con su realidad.

Ayuda a la comprensión global del paciente en otros ámbitos, y a la organización de tareas y actividades para que desarrolle sus potencialidades.

Para finalizar, podemos decir que así como la organización determina las características del Servicio, los recursos humanos implicados en los diferentes aspectos terapéuticos determinan inexorablemente los detalles del funcionamiento.

Hemos tratado de dar una semblanza sobre la organización de un Servicio de Emergencias, sus recursos físicos, humanos, terapéuticos y un modelo comunicacional. Su instrumentación es de gran utilidad de acuerdo a nuestra experiencia, para afrontar las alteraciones psíquicas agudas, que constituyen sin duda una realidad concreta de nuestra sociedad.

El objetivo final es conseguir la adaptación armoniosa del paciente a la realidad y a los demás, con un máximo de eficacia y felicidad, tal como definiera Menninger a la Salud Mental(4) ■

Bibliografía

- 1 Bettelheim, B. "Sobrevivir" Barcelona Edit. Grijalbo-1981- Cap. La lección ignorada de Anna Frank.
- 2 Castilla del Pino, C. "Introducción a la psiquiatría" Edit. Alianza 1980.
- 3 Cortazar, J. "La casa tomada" Publicado en la Revista Sur bajo la dirección de Jorge Luis Borges. Salvat 1982.
- 4 Freedman, A. Kaplan, H. Sadock, B. "Tratado de psiquiatría" Tomo I. Edit. Salvat 1982.
- 5 Freud, S. "Psicología de las masas y análisis del yo" en Obras Completas Edit. Amorrortu. Bs. As. 1976.
- 6 Kaes, R. y otros. "La Institución y las instituciones". Edit. Paidós 1989.
- 7 Marris, P. "Loss and change" Londres Edit. Rontledge and Kegan Pand 1974.
- 8 Massuh, V. "La Argentina como sentimiento" Edit. Sudamericana. 1982.
- 9 Pollock, G. "El duelo y el cambio creativo en las organizaciones". Conferencia pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Publicación interna.
- 10 Stingo, N. Avigo, L. "Organización de un Servicio de Emergencia psiquiátrica" Revista Emergencias ISSN N° 0327-0823. Año I N° I. Setiembre 1988.



ALICIA CARLETTI
El vestido negro
Oleo sobre tela / 1989./ 100 x 75

ANOREXIA BULIMIA

Fenómenos
en expansión

ANOREXIA NERVIOSA CURIOSO NO COMER PARA VIVIR

Bernardo Luis Rovira*

*¿El cuerpo que soy?
¿El cuerpo que tengo?*

*No "soy" mi cuerpo, ni lo "tengo"
Mi cuerpo está, precisamente,
a mitad de camino entre esos dos extremos.*

Constituye la transición del yo al objeto mundano.

W. Luypen



¿Hay anorexia en la anorexia? Fue la primera pregunta que surgió ante la consulta de la joven mujer, casi niña, que impresionaba por su delgadez, asegurando al mismo tiempo que no estaba suficientemente flaca. Todos sus esfuerzos estaban puestos en conseguir no tener hambre: hiperactividad que incluía quince minutos de gimnasia cada dos horas, reducción de las horas de sueño, ingesta permanente de carotenos con la consiguiente hipervitaminosis A, cocinar para no comer, evitar estar sola en casa para no perder el control, etc. Conductas que se habían ido sumando para suprimir la sensación de hambre. Cuando, a pesar de todo, acontecía alguna ingesta, aparecían laxantes, vómitos, diuréticos y mayor empeño en perfeccionar los métodos de control.

La magnitud de nuestro asombro era sólo comparable con la seguridad con que aquella mujer-niña nos planteaba, como un acto

de amor, el camino que le permitiría vivir: no comer.

Perplejos contemplábamos el curioso pasaje del comer para vivir al no comer para vivir.

ANOREXIA. Del griego: an=privatio y orexis=apetito, que a su vez deriva de oregein=tender hacia. El apetito, forjado por la cultura sobre las necesidades biológicas, había desaparecido; lo que persistía era el hambre, imperativo requerimiento somático, y la lucha se había establecido contra él. El hambre era el enemigo temido y a combatir.

Intentamos poner los límites, aunque sea en forma imprecisa y necesariamente incompleta, de esta patología: descartamos los cuadros clínicos de indudable etiología orgánica, tales como los trastornos endócrinos o neoplásicos. También el no comer del depresivo, donde hay una franca inhibición del hambre. Y la de aquel esquizofrénico que delira con una condición divina que le permite prescindir del alimento, o que teme ser asesinado y la comida puede ser un buen vehículo del veneno amenazante. Dejamos de lado, además los adelgazamientos consecuencia de conductas ascéticas ofrecidas en sacrificio o de ayunos forzados por la falta de alimentos.

En todos estos casos la pérdida

* Médico. Candidato del Instituto de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Psicólogo médico y profesor de la Unidad Académica "Clínicas" del Curso Superior de Médico Psiquiatra. UBA. Santa Fe 926, 5º piso - 1059, Buenos Aires.

del apetito es un elemento secundario, no esencial, dentro del cuadro sintomatológico. Nos encontramos frente a una patología que se da en un medio generoso en alimentos y de difícil ubicación diagnóstica, donde lo nuclear reside en la lucha por contener ese impulso que la paciente identifica como "hambre". Algunos autores la llamaron Anorexia Primaria(7) para diferenciarla de las anteriores, denominación innecesaria y que ha contribuido a incrementar la confusa delimitación de la enfermedad, tal como lo señala Tostrop(36).

Históricamente se pueden encontrar las primeras referencias en *Avicena* (S. XI), o descripciones más completas en Richard Morton (*Physiologica or a treatise of consumptions, London, 1694*) (15), quien indica que "mientras las partes carnosas estaban evidentemente consumidas en estas enfermedades nerviosas, la fiebre, la tos y otros signos de enfermedad médica faltaban". Atribuye los trastornos a "violentas pasiones de la mente" y propone llamarla *Phthisis nerviosa*; señala como características centrales: ayuno con la consiguiente consunción, amenorrea y sobreactividad.

Más tarde, a fines del S. XVIII, Robert Whyt en Inglaterra y Nadeau en Francia hacen una detallada descripción de los síntomas con iguales características a las observadas actualmente.

En 1879, Briquet(15), en su texto sobre Histeria, se refiere a pacientes que terminaban en desnutriciones graves. Algunas se negaban a comer por diferentes pretextos físicos. Otras tenían repugnancia por los alimentos y un tercer grupo comía y vomitaba después. Menciona la amenorrea y la ausencia de alteraciones orgánicas en las autopsias.

Su denominación actual viene de fines del siglo pasado. Gull, en Inglaterra, la llama *Apepsia histérica* primero y luego *Anorexia Nerviosa* y Lasègue, en Francia, la denomina *Anorexia Histérica** en principio y *Anorexia Mental* final-

mente. Describen un cuadro que se presenta en pacientes de entre 15 a 20 años con conflictos emocionales, que disminuyen la ingesta, tienen amenorrea y aumentan notablemente la actividad. Advierten que el síntoma se acentúa en la medida que se transforma en el centro de atención familiar. La paciente muestra satisfacción con su situación y está contenta con su estado. Dos pacientes presentan claros rasgos histéricos, en tanto otros dos casos son obsesivo-compulsivos y, para complicarlo todo, hubo algún caso que comenzó como una anorexia y desembocó en una esquizofrenia(15).

Desde entonces se plantea el problema de hacer una razonable clasificación, lo que lleva a una controversia que continúa en la actualidad.

Las dificultades para encuadrar la enfermedad se acrecientan aún más, cuando se asocia la amenorrea, presente antes del inicio del ayuno en el 30% de los casos de *Anorexia Nerviosa*, con el cuadro de caquexia descrito por Simmonns (1914) por insuficiencia del lóbulo anterior de la hipófisis. Aquí las teorías etiológicas tienden a inclinarse por la vertiente somática y la *Anorexia Nerviosa* es adscripta a la endocrinología. Años más tarde se corrige el rumbo cuando se demuestra la falta de lesión hipofisaria en las necropsias de anoréxicos y que, además, la mal nutrición no era patognomónica de la insuficiencia de la hipófisis (Sheehan 1948). La anorexia retorna al campo de la psiquiatría.

Estas referencias no pretenden ser un detallado recorrido histórico de la enfermedad, sino tan sólo recordar que no se trata de una entidad nueva y que, si bien fue considerada una curiosidad clínica hasta

hace treinta o cuarenta años, su frecuencia ha crecido en forma continua y llamativa en las últimas décadas (1% en mujeres de 14 a 18 años) (9, 14, 30, 31), lo que ha despertado nuestro interés y nos ha obligado a ocuparnos de ella.

Paralelamente al aumento de la frecuencia fue disminuyendo la edad de comienzo y la ubicación social de las enfermas. Con anterioridad era excepcional en pacientes menores de 15 años y, como señalaban todos los autores, privativa de hogares prósperos. Hoy la patología se presenta cada vez más cerca de la menarca y se padece en todas las clases sociales(37).

La *Anorexia Nerviosa* es una enfermedad que se da casi exclusivamente en el sexo femenino, en proporción de 10:1.(5, 9, 12) Es desconocida en el mundo oriental no occidentalizado y de una escásima incidencia en la raza negra(37).

Se trata de una enfermedad de intrincada psicopatología, donde el síntoma más llamativo: no comer sofocando el hambre, viene a ser el resultado final de una compleja interrelación de factores psicológicos, biológicos y socioculturales. Dicho síntoma, principalísimo por cierto, conduce a la anorexia con la consiguiente pérdida de peso y centralización de la experiencia en el cuerpo, tal como se presenta en el período de estado.

Clínicamente, estamos ante "una mujer joven, que se presenta con sus ropas extravagantes colgando de su anatomía, su pulso lento y débil, su temperatura por debajo de lo normal, su intestino cerrado, su pelo similar al de un cadáver (seco y lacio), su cara y extremidades cenicientas y frías, donde lo único vívido en ella es el hueco de sus ojos. Es una criatura que come diariamente cantidades que caben sobre una moneda y está permanentemente ocupada en Dios sabe qué cosas" (*Allbutt, T. C., Rolleston, M. D., "A system of medicine", Mac Millan, London, 1908*)(15).

Siempre es tedioso, y al mismo tiempo imprescindible, andar el árido terreno de la descripción clínica. Hacer el diagnóstico de *Anorexia Nerviosa* es más sencillo que

* Ver esta Revista, Sección El Rescate y la Memoria

5.- Menor de 25 años.

6.- Al menos 2 manifestaciones de las siguientes:

a. Amenorrea

b. Lanugo

c. Bradicardia. Hipotensión. Acrocianosis.

d. Hiperactividad.

e. Episodios de bulimia

f. Vómitos espontáneos o inducidos.

Pudiéndose agregar, como síntomas muy frecuentemente presentes:

- Epigastralgias. Constipación.

- Sequedad de piel.

- Mayor sensibilidad al frío.

- Gran susceptibilidad al comentario acerca de que tienen buen aspecto.

- Reacción hostil ante la seducción.

- Tendencias agresivas, preferentemente hacia la madre.

- Falta de relaciones amorosas propias de la edad.

- Dificultades en la concentración.

- Aislamiento social.

- Imposibilidad de comer en grupo sentada a la mesa.(39)

Se han hecho intentos de diferenciar subgrupos en base a distintos parámetros:

1º Según las conductas alimentarias en: Restrictivas, Bulímicas o Mixtas. Beaumont y cols.(1) distinguen a aquellas que restringen su ingesta ("*Dieters*") de las que vomitan y usan laxantes en forma abusiva ("*Vomiters and purgers*"). Refiere que las del primer grupo corresponde al introvertido de Einseck y no tienen actividad sexual, mientras que las del segundo son altamente obsesivas según el *Leighton Obsessional Inventory*, más histriónicas y las que con más frecuencia presentan una curva de sobrepeso pre-mórbido, además de ser sexualmente activas y con tendencias a la mitomanía y al robo.

2º Según las características de personalidad: sin dudas el primero en abordar este enfoque fue Pierre Janet(25) quien las divide en personalidades histéricas y personalidades obsesivas, remarcando que este último grupo reconocía siempre la existencia de hambre.

Lo cierto es que los esfuerzos clasificatorios a partir de los rasgos de personalidad no son aun exito-

definirla y fue la necesidad de contar con criterios unificados lo que llevó a la elaboración de distintos parámetros(9, 13, 19). Siguiendo a Fieghner(13) podemos decir que existe consenso en que se trata de Anorexia Nerviosa cuando:

1.- Hay una disminución constante o periódica del peso como consecuencia de una restricción voluntaria y consciente de la ingesta de alimentos. Con o sin vómitos o autoadministración de laxantes y/o purgantes. Con o sin intenso miedo a engordar o recuperar el peso perdido.

2.- Hay una actitud distorsionada hacia la ingesta, hacia el alimento y hacia el peso, que desatiende el hambre, las advertencias y las amenazas. Por ejemplo:

a. Negación de la enfermedad y desconocimiento de las necesidades nutritivas.

b. Complacencia con la pérdida de peso y manifestación de agrado ante el rechazo de alimentos.

c. Distorsión de la imagen corporal, con ideal de extrema delgadez y permanente desagrado con el peso actual.

d. Contradicción entre la negativa de comer naturalmente y, al mismo tiempo, estar permanentemente leyendo y pensando en alimentos, calorías, regímenes. La Anorexia Nerviosa se preocupa intensamente por la comida: colecciona recetas, libros de cocina e inventa platos con mezclas inusuales.

3.- Ausencia de enfermedad médica que explique la disminución de la ingesta y la pérdida de peso.

4.- Ausencia de trastorno psiquiátrico conocido: psicosis maniaco depresiva, esquizofrenia, neurosis fóbica-obsesiva.

sos, en parte por la ausencia de instrumentos de evaluación válidos y confiables y, en parte, por la variedad de características que presentan estas pacientes(29). Así Schütze propone dividir las en Histéricas, Obsesivas, Esquizoides, Depresivas y Mixtas según las características de personalidad dominante, aunque aclara que resulta difícil encuadrar a la mayoría de las enfermas a causa del gran número de formas intermedias y de la ambigüedad de las definiciones.

Por cierto que nuestro intento no debe limitarse a la exposición de un conglomerado de síntomas; es necesario postular, a través de reducciones y categorizaciones, la alteración nuclear de la cual parten cada una de las manifestaciones que conforman el cuadro. No nos preguntamos aquí por las causas de la enfermedad, por la génesis de ésta, sino por la ausencia de las alteraciones que conducen a esta patología.

El acceso a la **ubicación nosográfica** de la Anorexia Nerviosa puede hacerse, y en efecto se hace, dentro del marco de múltiples enfoques. No es imposible que cada uno de ellos ofrezca un caudal de informaciones susceptible de integrarse en una imagen más compleja y abarcadora con cierta docilidad.

En un principio se consideró a la Anorexia Nerviosa como un síndrome adscrito a una enfermedad psiquiátrica conocida y de la que constituía una variante sintomática: la histeria, la enfermedad maniaco-depresiva, la esquizofrenia, los cuadros psicósomáticos, los trastornos borderlines, las perversiones, fueron las entidades más frecuentes en ocupar el decorado de la escena donde se desarrollaba la anorexia.

Ninguno de estos enfoques satisfacía plenamente el marco requerido y, lentamente y en forma paralela, fue dominando la idea de que la Anorexia Nerviosa era una entidad autónoma, bien individualizada y con reglas psicopatológicas propias(7, 8).

Un buen ejemplo de la dificultad que el cuadro ofrecía para el diagnóstico lo podemos encontrar en el "caso Ellen West", impecable estudio de Binswanger(2, 27, 34) quién nos describe "una paciente de 20 años con temor a engordar y que tenía acentuados impulsos a comer, cosa que no podía satisfacer en presencia de otras personas, sino exclusivamente sola. Que llegó a odiar su cuerpo, por entonces ya convertido en centro de su atención. Ella, que había sido tan activa, tan sociable. Ella, inteligente escritora, brillante estudiante y exitosa deportista. Ella, que ahora sólo pensaba en su cuerpo, la comida y los laxantes". Fue estudiada por Kraepelin, quien hizo el diagnóstico de melancolía. Un "psiquiatra extranjero" (desconocemos su nombre) que fue consultado, no logró decidirse por una esquizofrenia, pues faltaba el defecto característico, y se refirió a una constitución psicopática de mala evolución. En tanto que E. Bleuler y L. Binswanger enfatizaron el quiebre en la línea histórico-vital y la consideraron un proceso polimorfo de esquizofrenia simple.

Más adelante, Hilde Bruch primero asimila el cuadro al grupo de las esquizofrenias, luego a las enfermedades psicósomáticas, para considerarlo, últimamente, como una entidad autónoma, "una enfermedad con derecho propio, con sus factores psicológicos y somáticos interactuantes en una fuerte imbricación. Psiquiátricamente menos similar a los estados borderline, narcisistas o esquizoi-des, que a la neurosis"(5, 6, 7).

Dentro de las psicosis es ubicada por Mara Selvini Palazzoli, como una "paranoia intrapersonal"(26) o como una "psicosis"(33), aclarando que utiliza este término en forma amplia e indefinida, como sinónimo de enfermedad mental grave, más allá de su específico diagnóstico clínico. Se maneja con

los ejes I y II del DSM III-R, precindiendo de los ejes III, IV y V.

Incluir a la Anorexia Nerviosa en el campo de la esquizofrenia implica ampliar excesivamente el concepto de ésta al apoyarse en:

a. La edad de comienzo

b. La analogía que se puede establecer entre el período prodrómico con marcada ansiedad, tal como aparece en la anorexia, y el período de tema esquizofrénico.

c. Considerarla un proceso, aunque restrictivo y no modificativo, que provoca un quiebre en la línea histórico-vital.

d. Describir el aislamiento como autismo. F. Tustin(38) nos ilustra sobre la similitud entre estados experimentados por niños autistas y algunas anorexias, considerando que éstas tienen una "cápsula de autismo" resultando de una defensa frente a un conflicto neurótico donde la anorexia fue su expresión física.

Hoy nos mostraríamos reacios a ese diagnóstico, pues el aislamiento de la anorexia no corresponde al autismo esquizofrénico, ni la evolución, al buen rapport, la actividad viva y el pensamiento sin fallas, a dicho cuadro. Confirmando esto, los estudios psicodiagnósticos administrados no revelan elementos del registro psicótico.

La depresión es otro cuadro que acepta con cierta facilidad a la anorexia.

Recordemos que en la mayoría de las pacientes se encuentran antecedentes en familiares directos de trastornos depresivos mayores y que, siguiendo la evolución de las anoréxicas recuperadas, se comprueba que un alto porcentaje ($\pm 20\%$) presenta trastornos depresivos alrededor de la cuarta década de la vida(37).

Varios estudios sugieren que la

depresión es el más común acompañante de la anorexia, combinación encontrada entre el 66 y el 77% de las pacientes estudiadas(11, 22, 23).

Freud ya señalaba, en el manuscrito G., que "la anorexia nerviosa parece representar una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. La pérdida del apetito equivale a la pérdida de libido(16). Nos vemos tentados a agregar que el esfuerzo contra el hambre busca el nivel cero y que, salvando alguna distancia, la anoréxica trata a su cuerpo de forma similar a como trata su yo el melancólico,

Podemos considerar que, si bien hay síntomas depresivos frecuentes en la anorexia, lo que llevaría a describirla como una variante clínica de la fase depresiva; su actividad, los deseos vivos, la ausencia de autoreproches y la evolución crónica, nos invita a considerarla una enfermedad psíquica especial(39).

Como **enfermedad psicósomática** fue descrita la anorexia por la intrincada interacción de factores psicológicos y somáticos en toda su evolución(5, 21, 31, 32, 36).

Tolstrup propone ubicar la Anorexia Nerviosa en el extremo opuesto de un mismo plano, a la obesidad (hiperorexia) y llamar al conjunto: disorexia(36).

Algunas características psicológicas fueron remarcadas para posibilitar su inclusión en el modelo psicósomático: dificultades asociativas, ausencia de recuerdos infantiles, pobreza de fantasías, trastornos en la asociación entre procesos primario y secundario, carencia del rol preconiente, todo lo que nos aproxima al pensamiento operatorio descrito en los enfermos psicósomáticos(26).

En oposición a este enfoque debemos señalar que los trastornos somáticos presentes son de orden funcional y no lesional, tal como en la afecciones psicósomáticas clásicas. Siendo el síntoma somático más espectacular: el adelgazamiento, secundario a la restricción voluntaria de la ingesta y no a un trastorno fisiológico. El hambre misma, conservada, es objeto de control a punto de partida puramente psicológico.

disfagia, dolores abdominales, etc. con los que fundamentan las racionalizaciones que justifican el no comer.

Algunas se nos presentan más obsesivas, rumiando acerca de la comida y el peso, oscilando entre la inanición y la bulimia, utilizando el ayuno como castigo y el vómito como purificación. Aquí domina el temor a la pérdida de control. Las fantasías oral sádica y canibalística predominan.

La amenorrea sería el trastorno psicossomático *sensu strictu*, tal como señala Jeammet(16), pero ella es funcional y, por otra parte, también se encuentra en las amenorreas psicógenas secundarias sin adelgazamiento, donde el contexto francamente neurótico es habitual.

Dentro del marco de la neurosis encontramos a la Anorexia Nerviosa desde las primeras descripciones. Gull, Lasègue, Janet y el mismo Freud, en sus primeros trabajos refieren a la anorexia como una forma de conversión por sofocamiento del erotismo oral, tesis que es retomada frecuentemente.

Israël(24) señala que existen tantas pautas en común con la histeria que puede admitirse que se trate de una variedad, de una histeria hasta cierto punto especializada. No es una histeria pública, que moviliza a todo el medio, es privada y sólo concerniente a la enferma y su entorno más próximo. Señala que el agujoneo del interés de la familia por la comida mantiene el infantilismo y permite que todos, enferma y familiares, puedan evitar los problemas adolescentes, en particular el enfrentamiento de una sexualidad "normal".

Lo que convierte a la anorexia en un histeria "localizada" es la particularidad del objeto en juego: objeto alimentario, objeto oral.

Un grupo de anoréxicas se comporta en forma fóbica frente a los alimentos, el miedo manifiesto es a la obesidad. La virtud "Inherente" a las personas es proporcional a la flacura. La restricción es la defensa. La comida, que se ha de evitar, es el representante externo del peligro.

Otras enfermedades manifiestan distintos y mal definidos síntomas somáticos: epigastralgias,

En algunos casos el adelgazamiento es una defensa frente a las fantasías de impregnación oral y temen el embarazo fantasma. En general, en estas pacientes, la hiperactividad no es lo predominante.

En todas podemos ver la combinación de las formas anteriores en proporciones variables(15, 19).

Retomemos la historia de la paciente cuya consulta nos inspiró el interrogante con que empezamos este artículo. Por entonces ella tenía 16 años, pertenece a una familia de clase media integrada por Madre (41 años), Padre (48 años) y un hermano (14 años).

Cursa el 4º año bachillerato en colegio privado, mixto, laico, presentando un excelente rendimiento escolar hasta la fecha. Sin antecedentes de trastornos de conducta, ni del desarrollo psicomotor. Brillante estudiante, era la abanderada de su división, y buena deportista.

Refiere que hace un año comenzó a sentirse ansiosa sin motivo, inquieta, intranquila, comía más de lo normal "por la ansiedad" que la lleva de 54 a 56 kg. Pensó "que tenía unos kilos de más", preocupación "normal", que compartía con compañeras de colegio, donde los temas relacionados con: regímenes, calorías, dietas, flacura, etc., eran cotidianos. Por entonces decidió cuidarse eliminando los hidratos de carbono innecesarios y realizando largas caminatas diarias y dos sesiones de gimnasia semanales.

Poco a poco su interés por las "dietas" crece y compra libros sobre el tema, disfrutando de esas lecturas. Al mismo tiempo su actividad física se hace más intensa.

En un viaje de vacaciones conoció a un chico que la besa y, a pesar

de haberlo ella consentido, le despierta una sensación de asco que termina en un vómito. Desde entonces se siente más intranquila, más irritable y riñe con facilidad con sus familiares.

De regreso, una tía le dice: "qué linda, qué gordita que estás", frase que la decide a perfeccionar la restricción alimentaria a pesar del intenso hambre que tenía y que calmaba aumentando la actividad.

Tiene su primera falta menstrual, amenorrea que durará nueve meses, conjuntamente con una gran dificultad para conciliar el sueño por temor a una pesadilla que se repite: "mi madre me deja encerrada en un pasillo de casa y, por una puerta, aparece el hombre de la bolsa que quiere tocarme".

Consulta con ginecología donde es medicada con anovulatorios y derivada a nutrición al advertir lo desordenado de la dieta, que no cumple.

Decide perfeccionar la restricción alimentaria, elimina grasas, carne, salsas y lácteos. Se alimenta con verduras hervidas, sin sal, con limón y vaselina líquida como condimentos.

Comienza con extrañas conductas en el ámbito de la comida: come sola, sin que nadie la vea, parada, en la cocina. No se sienta a la mesa sino para alentar a sus familiares a que coman para no debilitarse.

La paciente se impone metas relacionadas con el peso y el talle que, una vez alcanzadas, no brindan la satisfacción esperada, obligándola a fijar un renovado objetivo en unos kgs. menos. El malhumor se incrementa, aparece el temor a recuperar lo adelgazado y todo su mundo se reduce a gramos, calorías, gimnasia, laxantes; desaparecen amistades, proyectos

y actividades que sean ajenas al fin de perder peso.

La paciente, creyéndose propietaria de su cuerpo, llega a ser poseída por la imagen de éste, que se convierte en centro de su experiencia.

El agrado conque la madre veía los primeros esfuerzos por "embellecerse" de la niña, se torna preocupación, reproches, consejos, amenazas, mimos, que sólo consiguen enojar a la hija y sumar diarias peleas familiares a las dificultades ya existentes.

Pocos meses después es internada compulsivamente en una clínica general con un peso de 40 kg. Se intentó tratamiento vitamínico con abierta negativa de la paciente quien escupe la medicación y se encierra en el baño para hacer ejercicios.

Nueva internación, ahora con un peso de 31 kg. Ingresó con mal estado general, trastornos tróficos en piel, además bimaleolares, piel seca y áspera, fascias de momia seca donde se dibujan los músculos por ausencia de tejido adiposo, cabello quebradizo y sin brillo con zonas de alopecia. Marcada acrocianosis. Aumento general del vello, tipo lanudo, en cara, extremidades y espalda. Pérdida de los caracteres sexuales secundarios. Y, si bien hay una cierta disnea de esfuerzo, llama la atención la fuerza muscular que está conservada.

Presenta una abierta negativa a realizar tratamiento, con una llamativa claridad de conciencia y un pensamiento sin fallas en el curso relata su historia sin autocrítica alguna. Hay un evidente trastorno en la valoración de su cuerpo y refiere que aun le sobra un poco en los muslos, o no tiene la "panza chata" como quisiera, aunque sí ve bien dibujadas las clavículas, lo que la tiene contenta.

No hay sintomatología depresiva franca, sí una marcada ansiedad permanente y una cierta labilidad afectiva.

Llama la atención la falta de proyectos vitales, como si todo estuviera postergado para luego de haber logrado alcanzar ese peso ideal siempre buscado.

La historia no difiere en esencia, de lo clásicamente señalado

en la Anorexia Nerviosa.

Comenzó con un período prodromico, que dura semanas, donde lo que predomina es una ansiedad creciente. Coincide con las primeras fiestas y los primeros acercamientos al otro sexo. Nacen fantasías de "noviazgo" que ocupan su mundo por las noches y no comparte con nadie. En el punto más elevado de su inquietud aparece su primer beso, la reacción tenida resulta inevitable.

Llega el "momento clave", señalado por McLeod(28), donde la palabra significativa de un tercero, de una persona de peso, produce un impacto y marca el comienzo de la enfermedad. Para esta autora, ante el "momento clave", la adolescente adopta la única estrategia posible para preservar su propia identidad, que le permita constituir su autonomía. Surge el cuadro como una solución de compromiso, como una transacción de un yo frágil y amenazado que es incapaz de integrar, a través de su función cinética, los impulsos "originados en el cuerpo". su primer intento fue controlar si fracasa: extinguir y, por último, prescindir del cuerpo. Aparece el horror por los apetitos humanos y la desestimación del hambre. Ya sabe lo que debe hacer: no comer.

El excelente rendimiento intelectual y los éxitos deportivos, caminos por los que conseguía asegurar el cariño del otro, no eran suficientes para encontrar la paz perdida. Anteriormente la vanidad, ese sentirse orgullosa a partir del orgullo que su buen desempeño despertaba en el otro, bastaba para sentirse a gusto consigo misma. Pero el rendimiento es un factor objetivo, que se da en el mundo de relación, y hoy aparecen elementos que surgen de su inte-

rior y que son imposibles de integrar a la imagen de sí esperada.

Huye de la seducción del otro, ese idioma destinado a hacer sentir la perturba. Cualquier comentario favorable sobre su aspecto recibe una respuesta hostil y prefiere aislarse.

Desaparece la menstruación. Amenorrea funcional atribuida a la tensión psíquica que acompaña a la ansiedad, a la hiperactividad y a la menor ingesta de lípidos esenciales.

Los controles aumentan. La ansiedad difusa se transforma en ansiedad fóbica y es su propio cuerpo el punto de partida de los estímulos fóbicos.

Aparece la huida del peso actual y siempre el anhelado está unos kgs. más abajo, independientemente del número, que ha perdido su sentido, y de la imagen corporal que nunca es suficientemente delgada como para no sentir.

Se opera una especie de torsión violenta, que nace en el interior de un sentimiento de miedo, cuyo origen se adjudica al cuerpo.

Se inicia una especie de exorcismo desesperado que la lleva a invertir el sentido del tiempo, aún a nivel somático, y "ser de nuevo, como en su infancia, también en lo que atañe a las tendencias sexuales, su propio ideal, he ahí la felicidad buscada"(18).

Su autoexigencia aumenta, se vuelve escrupulosa, es decir: apasionada por una perfección cada vez mayor, cuidadosa de observar todos los mandamientos, otorgando la misma importancia a las cosas pequeñas que a las grandes. El escrúpulo señala la entrada de la moral en su propia patología. Como nos dice Green(20) se hace de la moral un goce autoerótico, donde el goce mismo está destinado a censurarse. Es el narcisismo intelectual que busca razones que sirvan de fundamento contra una vida pulsional que es necesario extinguir, no superar o reprimir. En el narcisismo moral el infierno no son los otros, sino el cuerpo. El cuerpo es limitación, servidumbre, finitud. Es un amo absoluto y su vergüenza.

El ideal del yo, respecto del cual el yo se evalúa y procura alcanzar la perfección, se mide con el pa-

que surge en la adolescencia. Creemos sí que las diferencias entre unas y otras pacientes se deben a la falla yoica, que puede ubicarse en un amplio horizonte que va desde las que originan cuadros cercanos a las psicosis hasta las que presentan conflictos en la identidad, pasando por el falso self.

No tenemos elementos para brindar respuestas incontestables, mucho menos para agotar el tema, ni lo uno ni lo otro era nuestra intención de partida.

Nos sentiremos muy satisfechos si hemos logrado despertar interrogantes que puedan conducirnos a nuevas respuestas ■

trón de la demanda que el cuerpo hace al espíritu. Atribuye un valor mayor al renunciamento. El orgullo se ha vuelto una meta más elevada que la satisfacción.

No se trata de hacer de la necesidad una virtud, como de hacer de la virtud una necesidad. Y la virtud la mide por la aptitud para controlar sus impulsos, incapaz de encontrar el camino para integrarlos.

Por cierto que hay una dificultad para diferenciar sus impulsos, los que quedan englobados en el rótulo hambre.

Creemos que dicho trastorno fue favorecido, en su infancia, por una incapacidad de la madre para decodificar los sentimientos del bebé en el comunicarse sin palabras de M. Mahler, son madres que lo abrigan cuando tiene hambre, o le dan de comer cuando hay que cambiarlo, o lo bañan cuando tiene frío. Madres que, por otro lado, muestran orgullosas los logros en las destrezas primero, y en el aprendizaje escolar, más tarde.

Se nos hace difícil frenar la tentación de dar al cuadro un diagnóstico absoluto. Sabemos que es nada más que un punto de vista y que, dicha tentación, esconde la amenaza de no ver aquello que no esté clasificado en determinada categoría. Al igual que varios estudiosos del tema, con mayor autoridad que nosotros, pensamos que es una entidad independiente, autónoma, con sus regla propias y psicopatología característica, aunque hoy por hoy la enfoquemos como un cuadro histérico que aparece en una personalidad con trastornos en la conformación del yo.

No nos atrevemos a catalogarla de Borderline porque no reúne la totalidad de los requisitos para dicho diagnóstico y, sobre todo, porque estamos ante una patología

BIBLIOGRAFIA

1. Beaumont, P. J., George, G. C. y De Smart, "Dieters" and "Vomiters and purgers" in anorexia nervosa, *Psychol. Med.*, 6: 617-622, 1976.
2. Bibswanger, L., en "Existencia rollo may", Ed. Gredos, Madrid, 1972.
3. Birksted-Breen, Dana, Working with anorexic patient, *Int. Journal Psycho., Anal.*, 70: 29-40, 1989.
4. Boone O'Neill, Ch., *Starving for attention*, Dell Publishing Co., N. York, 1983.
5. Bruch, Hilde, *Eating disorders*, Routledge and Kegan, London, 1973.
6. Bruch, Hilde, *The Golden Cage: The enigma of anorexia nervosa*, Cambridge, Ma: Harvard Univ. Press, 1978.
7. Bruch, Hilde, *Four decades of eating disorders*, Cap. II *Hand-book of Psychotherapy for anorexia and bulimia*, The Guilford Press, New York, 1985.
8. Bruch, Hilde, *Conversations with anorexics*, Basic Books Inc., New York, 1988.
9. Crisp, A., Palmer, R., Kalucy, R. S., Howcommons, I. S., *Anorexia nervosa, A prevalence study*, *British Journal of Psychiatry*, 218: 549-554, 1976.
10. Doertz-Zeggars, O., Petrasic, J., Morales, E., *El rol de la familia en la patogénesis de la anorexia nerviosa*, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de Amer. Latina*, Vol XXXIV N° 1: 33-40, 1988.
11. Eckert, E., Golberg, S., Halmi, K., Casper, R., Davis, J., *Depression in anorexia nervosa*, *Psychological medicine* 12: 115-122, Great Britain, 1982.
12. Eckert, E., en *Anorexia and bulimia, diagnostic and treatment*, James Mitchell Ed., 1986.
13. Fieghner, J. P., Robbins, E., Guze, S., *Diagnostic criteria for use in Psychiatric Research*, *Arch. General Psychiatry*, 26, N° 1: 57-63, 1972.
14. Fischer, Newell, *Anorexia nervosa and unresolved rapprochement conflicts a case study*, *Interna Journal Psychoanalyse* 70: 41, 1989.
15. Freedman, A. M., Kaplan, H. I., Sadock, B., *Tratado de psiquiatría*, Salvat Edit., Barcelona, 1982.
16. Freud, S., *Manuscrito g.*, *Obras Completas T. III*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
17. Freud, S., *Esquema de psicoanálisis*, *Obras Completas t. III*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
18. Freud, S., *Introducción del narcisismo*, T. XIV, Amorrortu Ed., Bs. Aires, 1984.
19. Garner, D., Garfinkel, P. E., *Anorexia nervosa and bulimia*, The Guilford Press, New York, 1985.
20. Green, Andre, *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Amorrortu Edit., Bs. Aires, 1986.
21. Halmi, K., *Anorexia nervosa and bulimia*, *Psychosomatics* Vol. 24, N° 2:11-119, Chicago, febrero 1983.
22. Hendren, R., *Depression in anorexia nervosa*, *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 22: 59-62, 1983.
23. Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. H., Yurgelun-Todd, D., *Phenomenologic relationship of eating disorders to mayor affective disorders*, *Psychiatry Research*, 9: 345-354, Elsevier Science Publishers, 1983.
24. Israël, L., *La histeria, el sexo y el médico*, Toray-Masson Ed., España, 1979.
25. Janet, P., *Les obsessions et la Psychasthenie*, F. Alcon, París, 1919.
26. Jeammot, Ph., *L'anorexie mentale*, *Enc. medico-chirurgicales*, París, *Psychiatrie*, 37350 A10-A15, 2, 1984.
27. Lopez Ibor, J. J., *La angustia vital*, Paz Montalvo, Madrid, 1969.
28. McLeod, S., *L'anorexic, L'evolution*, *Psychiatrie*, Vol. 1, N° 49: 209-215, 1984.
29. Mitchell, J. E., *Editor, Anorexia nervosa and bulimia*, Univ. of Minnesota Press, Minneapolis, USA, 1985.
30. Moley, V. Scalanger, K., *Tratamiento interaccional de los trastornos conductuales de la alimentación*, *Acta Psiquiátrica y Psicológica para Amer. Latina*, Vol. XXX: 220-228, 1984.
31. Roth, Gennen, *Breaking free from compulsive eating*, Bobbs-Merrill Co., New York, 1986.
32. Schütze, G., *Anorexia mental*, Herder, Barcelona, 1983.
33. Selvini Palazzole, M., Stefano, C., Selvini, M., Sorrentino, A. M., *"Los juegos psicóticos en la familia"*, Paidós, Bs. Aires, 1990.
34. Speier, A. Silvina, *Psicoterapia familiar de un caso de anorexia nerviosa*, Nueva Visión, Bs. Aires, 1986.
35. Stein, P. M., Uwell, B. C., *Anorexia nervosa finding the life line*, Comp. care Minneapolis, Minnesota, 1988.
36. Tostrup, K., *La anorexia nerviosa una enfermedad psicósomática típica de la pubertad y la adolescencia*, *Triángulo* Vol. XXI, N° 2/3: 85-88, Sandoz S. A., Basilea, Suiza, 1982.
37. Toro, J., Villardel, E., *Anorexia nerviosa*, Martínez Roca Edic., Barcelona, 1987.
38. Tustin, F., *Barreras autistas en pacientes neuróticos*, Amorrortu Edit., Bs. Aires, 1989.
39. Zutt, J., *Psiquiatría antropológica*, Ed. Gredos, Madris, 1073.

La figlia che piange

Pablo Zöpke*



Hace unos años se afirmó, imprudentemente la muerte de la histeria, su fin o su final.

Contengamos nuestra lágrimas.

Es un suceso tan poco creíble como el sepelio de la filosofía o el fallecimiento de dios.

Siempre habrá una mujer que asuma con su cuerpo el fracaso de la relación sexuada, y siempre habrá un hombrecito de la ciencia boquiabierto ante la dama del columpio.

Porque en verdad, Priapo olvidada: la histeria se desconoce cada vez más.

Primero aspiró como psicosis los casos de las histéricas que delirán, excesivamente confiado en la pluma de Bleuler.

Después separó como anorexia los casos de las vanidosas de su esqueleto, es decir, histéricas sin síntomas de conversión.

Pese a Gull, pese a Lasegue...!

Pero es inútil.

Priapo siempre estará entre los arbustos, resoplando.

I

Nosotros somos los últimos clínicos. Ya nadie se queda sentado junto a la cabecera de un paciente.

Estamos completamente solos. Tan solos como los poetas o los tullidos.

La epistemología nos aborrece, ay!

Hemos sido expulsados de la ciudad científica.

Y de la Ciudad también.

Somos un puñado de sospecho-

*Médico psiquiatra y psicoanalista. Profesor de Psicopatología. Fac. de Psicología, Universidad Nacional del Litoral. Córdoba 2392. Rosario. Tel. 60612

sons siempre al este del paraíso.

¿Por qué? ¿Por qué?

Porque hemos osado cambiar la dirección del síntoma.

Que el inconsciente hacía signo es algo que supieron muy bien los clínicos de antaño, los mejores.

Pero el síndrome es la idea más opuesta al síntoma.

El síndrome es un perfil de signos abonados a la ley de los grandes números y a la biblia DSM III.

El síntoma, en cambio, no representa algo para alguien; es un fallido del dominio del sujeto.

Ahora bien: ¿qué es lo que hace tan verdadera a nuestra práctica?

El genio de la clínica analítica se mide, en primer lugar, por su disciplina de casos, por su casuística.

Que no es médica. Que no le debe nada a la inducción.

Por de pronto, nosotros vamos de caso en caso, atentos a los efectos de sentido propios de cada caso, y hasta podemos hacer de un caso, un paradigma. Pero, de hacer serie, y en el tránsito de lo singular a lo universal, nuestros casos convergen, finalmente, en el conjunto de los castrados y en aquellos que no tienen filiación.

Más simplemente: histeria y psicosis el lazo social y la excepción.

De donde se deduce que la mentira no se opone a la verdad sino a la certeza.

Digo que el sujeto psicótico falta a la verdad.

Cae un viejo mito...

Entre la verdad y la alienación, no hay nada, lo que se dice nada.

El borderline existe tan poco como la enfermedad única de Pichón Riviére.

Pero también es cierto que nuestra disciplina de casos desafía a la filosofía, a la filosofía que tiene a la ciencia como objeto fetiche.

¿En qué?

Nuestros casos no son objetivos, ni chatos, ni neutros. Sin analista, no hay caso.

Sólo el maldito deseo de Freud explica la nulidad epistemológica de nuestra práctica.

Pese a la opinión de Abraham, el caso no tiene fuerza experimental; no es un apoyo empírico; no se inscribe en el movimiento santo de la ciencia, en su dialéctica feliz.

Nuestros casos clínicos son casos éticos y tal vez estéticos.

Me detengo sobre un rasgo de la clínica analítica que la distingue sobradamente de cualquier otra, sea cognitiva o sistémica: su doctrina del síntoma.

Tenemos dos versiones del síntoma.

En tanto que sentido, como embarazo natural del sujeto con una metáfora del padre, nos decimos que el síntoma es único, cualquiera que sean sus estados (síntoma histérico, o fóbico); y, al mismo tiempo, nos decimos que el síntoma no es la única psicopatología, como Freud lo advirtió con la célebre triada de inhibición, síntoma y angustia.

Normalmente, la praxis del analista completa el síntoma; en cambio, en un hospital general, excede su acto o lo prepara: hacemos el síntoma (papel de las entrevistas preliminares con un enfermo psicósomático, por ejemplo).

El mismo síntoma analítico no es un síntoma cualquiera: el sujeto cree en él, viene a quejarse, lo supone legible.

En tanto función, como señal y sustituto de la relación vacía entre los sexos, el síntoma es ininterpretable; anuda lo inconsciente a lo real y también al cuerpo, como ímago; no se distingue de la llamada realidad psíquica; pero sólo los hijos de la fría histeria de Freud se dedican a la perfección del síntoma: un final de análisis es un síntoma consumado.

II

El devenir de la niña es un largo lento duelo.

Deja caer la madre, odiosamente, y se vuelve hacia el padre.

Jones anotó con sutileza, que una mujer tenía que elegir, finalmente, entre su padre y su sexo.

Tratándose del padre, es preciso perderlo.

Sin embargo, Freud suelta a la niña en el agua blanda del puerto edípico, mecida, estremecida en la felicidad de este descanso que sólo abandonará "tardíamente y de manera incompleta".

Como su hija Anna.

Hacer un duelo, verdadero, y no un síndrome melancólico, es el cometido final de la niña, normal-

mente un poco perdida a fuerza de tanta pérdida.

Un cambio de objeto en vez de una sustitución.

¿O siempre se descifra un padre detrás de cada hombre?

El devenir mujer de la niña es un camino embrollado, difícil de asir, con recodos y paradas. Pero es Lógico, dado el precoz descubrimiento de la castración de la madre, es decir de su deseo.

De allí Freud deduce la "penisneid" y su solución, el fruto fálico de sus entrañas.

Así, la patología de las mujeres es sumamente simple: tristeza, histeria, paranoia y mujeres normales.

Conocemos la afinidad de la histeria con las mujeres: es su dificultad.

Siempre hay que poner en primer plano su vocación de macho.

Por eso se convierte en la esposa ideal de un obsesivo.

Pero, ¿cuándo sucede la elección de la neurosis?

Mi hipótesis es que el sujeto neurótico afirma su "elección" durante el período de latencia.

Intervalo todavía enigmático entre la declinación de los edipos y el comienzo de la pubertad.

Todavía en el Abris, el autor expresa su asombro por una sexualidad que se re-anuda.

Esta discontinuidad no es una etapa o una fase, pero tampoco es un tiempo muerto, un transcurso; el Latenzzeit no se allana a la topología elemental de la recta.

Ha comenzado con la decepción de la niña, con la innere Unmöglichkeit, y termina con la elección adulta de objeto. Es un tiempo de represión, de sublimación y de duelo.

Es un tiempo para comprender. ¿Qué? Que la madre está castrada.

Que es un tiempo lógico y no cronológico se verifica en los casos donde el mismo programa biológico de la pubertad experimenta una alteración profunda.

La niña histérica puede diferir o prorrogar la metamorfosis "natural" de su cuerpo con un retraso considerable de los caracteres sexuales secundarios y también de la menarca.

Pero allí también donde se dibujan los primeros contornos del

cuerpo maduro, la anorexia debuta con la amenorrea y la pérdida desproporcionada del tejido mamario.

Es lo que todavía la medicina no comprendió: que la fisiología llamada normal depende en sus menores detalles de la constitución parlante del sujeto.

En mi serie de casos existe un continuum entre el libreto edípico de la niña histérica y la clínica de la vanidad de la osamenta.

Singularmente, la pequeña exhibe su defecto, se hace "carne" de la relación vacía entre los sexos.

La seducción ha sido desplazada.

La fortuna de los encuentros, la Tujé de la vida, ahora tiene otras voces y otros ámbitos.

Se conserva la ferocidad de la provocación, la vivacidad de la sustracción.

Sólo la lógica de la estructura histérica explica la ley de este deseo: "¿Soy amable?".

El encuentro entre el deseo y lo sexual siempre es traumático.

El padre es el síntoma por excelencia de la enfermedad de las mujeres.

¿Por qué?

Freud nos lo musita: porque la niña, en verdad, al padre, nunca lo deja.

III

Afección poco conocida en el mundillo de Hipócrates, la histeria se alimenta del eterno desconcierto de los médicos.

Primero fueron los neurólogos y los cirujanos; unos se despistaron con la mentira y los otros con el vientre.

En este sentido, el pitiatismo y la histerectomía son las páginas



más célebres de la antipatía entre ciencia e histeria.

Digamos que los incautos de hoy son los clínicos, los nutricionistas y los profesores de endocrinología.

Señores: el síntoma histérico es el síntoma social por excelencia.

Varía y desvaría de acuerdo con los apetitos del Amo, se aloja en su inconsistencia, en su dominus, en su domus, a título de cáscara de banana, de tropiezo.

Un síntoma jamás es intempestivo.

Es lo que se pone de través a la horma macho.

Sería en vano esperar hoy en día una histeria como las que florecían generosamente en los martes de Charcot.

Pero en el polimorfismo de los síntomas histéricos subyace una interpelación que anotamos $S \rightarrow S_1$, es decir, una exigencia.

La histérica exige, pues, la verdad del Otro y el papel de un padre que venga a remediar sus males es algo dado a leer, con elocuencia, en la expresión somática, en la queja o en la actuación.

— ¿Cómo? No. Sócrates, el torpedero, no hacía nada para corregir el índice de la impotencia del Amo.

Pero ante el odor di femina, los médicos, son sus antenas fosforescentes, bailan en la oscuridad.

No están enterados, aún, que el deseo es el deseo del Otro —*toujours, toujours*.

Sospecho que la misma anorexia cambió, de Lasegue hasta aquí.

En primer término, se propaga con una velocidad de epidemia o de peste, con un ritmo casi desconocido en las descripciones clínicas de antaño. Pero, cuál es el modelo de esta psicología colectiva? ¿Se difunde como los fenómenos de posesión en los conventos? ¿Como el tarantelismo? En todo caso, es una tontería que depende de los valores culturales relacionados con la silueta.

En segundo lugar, me parece, de acuerdo con mi serie de casos, que existe un desplazamiento, un adelanto, que la anorexia es una patología que toca cada vez más de cerca a la niña de pálido fuego al término de su latencia, en la edad secreta y demasiado breve que precede a la erupción sexual.

También creo que se percibe ahora, menos que antes, la participación del asco y de la náusea como barreras levantadas frente al riesgo de la saciedad o de obstrucción, tal y como se observa en los

casos más típicos; se ha perdido, por decirlo así, la defensa histérica contra el acto de comer, la dispepsia.

Por último, son cada vez más frecuentes los casos de gula, de apetito animal, de voracidad canina. La bulimia era un síntoma más bien raro en la anorexia nerviosa del siglo pasado. Pero, desde el notable informe de Binswanger (Der Fall Ellen West, 1944), estos casos han ido en aumento.

La histérica-amo cruza con su dolor de existir las bellas páginas que el psiquiatra consagra al Dasein que le tocó en suerte, un caso fatal de anorexia que el maestro tomó equivocadamente por una psicosis.

Ellen no tiene síntomas de conversión en el sentido clásico y nosográfico del término, y su apetito tampoco aparece amenazado por la repulsión y las arcadas.

Pero la gula o voracidad, y sus períodos de ayuno y de inanición, acreditan la erectibilidad labial de Ellen West en detrimento del falicismo habitual de la sintomatología histérica.

La oralidad no es la nutrición, y su clínica excava la máxima distancia posible entre la necesidad y la demanda.

Que el síntoma haya perdido sus colores es también una consecuencia de la chifladura analítica. La invención de Freud, el analista, ha cambiado la clínica, como se refleja en la histeria y también en la psicosis.

¿O no se observó que la erotómana lo elige ahora como hombre de bien?

IV

Recordemos a Nadia, la paciente de Pierre Janet, las ridículas porciones de su dieta: dos tacitas de caldo, una yema de huevo, una cucharadita de vinagre y una taza de té muy fuerte con limón.

Come Nada.

Mide su vida con gajos, fetas y sorbos. Y se volvió media loca con su pubertad y su pubis sombrío.

Allí reside el asunto.

Malestar que sorprende a la niña que fotografió tantas veces el pederasta Carroll.

Punto exquisito y doloroso del devenir mujer de la niña, punto

Lolita, punto Alicia.

Hizo cuanto pudo para parecer un muchacho. Quería ser asexual y, si fuera posible, acorporal.

Pero ese vellón! Y esos pechos!

La niña ha colocado su destino en el platillo de la balanza y poco a poco se inclina hacia el lugar del desperdicio.

Presión sobre el entorno, llamado ahora a proteger a ese dios herido que corre el peligro de licuarse. ¿Dónde está el Padre susceptible de doblegarse frente a la miseria de su criatura que dibuja con su cuerpo emaciado las últimas imágenes de la gran histeria?

Perfecta, entonces, la anamorfosis de la Muerte, esos huesos indecorosos que ofrecen el espectáculo de una materia ligera, evanescente.

Es la geometría de los ángeles.

Pero a la vez, punto de equilibrio, de éxtasis, de milagrosa duración.

Y así está ella, la parca, cabellos ralos, fino esqueleto que se sostiene malamente en camión, de pie, bajo la ventana, derrengada, los globos oculares enormes, extrañamente duros, como los de un pez, casi sin párpados.

— Cuando mi padre murió... era fuerte, grande— añade con un hilo de voz, y siento que esa voz me busca, lentamente, ávidamente, en la declinación oscura de la luz, y mientras tanto pienso en una lejana niña devastada en su génesis ética.

Entiendo que la emaciación o la caquexia no es una consecuencia lineal de la restricción alimentaria sino una poderosa mimesis de la Muerte.

Decorado, caricatura de una obra de arte, diría Freud.

La imago es un efecto testigo de la función de la mirada, más que de las cosas oídas.

Tiene una estructura de cebolla, apta para la fisión, la fusión y la confusión.

La imago es una camisa que siempre te queda un poco floja.

Te levantas y te asomas, como todos los días, al espejo del cuarto de baño; de repente, un rostro te mira; no eres tú.

No sospechas que en el fondo del salón hay un enorme espejo; reconoces una figura que te in-

quieta; eres tú.

En 1923, Capgras describió un extraño cuadro clínico que bautizó como "ilusión de los sosias".

Es el tema del doble, de indiscutible prevalencia en las mujeres; el síndrome nos revela un asombroso punto de defección en lo imaginario, en el alter ego, un rasgo de extrañeza que normalmente dormita en el fondo de nuestras imágenes.

Está totalmente probado el predominio de la imago sobre la forma real de nuestro cuerpo.

Lo imaginario tiene efectos en el plano neuro-fisiológico.

Todos los clínicos sabemos que la histérica tiene una pésima relación con la imago; desasistida de ella y tal vez amenazada por el riesgo de una dislocación de las partes de su cuerpo.

Cómo olvidar la línea de dehiscencia, horizontal, que separa la cabeza de su cuerpo si el filo de una botella rota lo repasa en la tentativa de suicidio?

Debemos a los trabajos de Hilde Bruch el primer estudio riguroso de la imagen corporal en la anorexia, y de sus partes más temidas: abdomen, caderas, nalgas.

Me detengo, sobre todo, en el vientre, su superficie o su perfil, su peso o su curva, en vez de las profundidades encajonadas de la cirugía. Las mujeres quedan desventradas, ahora, una vez más, sin el concurso de la mano hábil, rapaz.

V

Después de la mirra y el incienso, con un levísimo temblor de su cuerpo ensimismado, La Pitia dicta la cifra de su fábula oscura.

"los hombres, todos lo mismo, sólo quieren eso..."

Estamos avisados. Ya sea en el fantasma, ya en la realidad, seduce y escapa; tiene la cabeza en otra parte.

El goce es asqueroso.

Polimorfismo, protón, pseudos, plasticidad, lo que ustedes querrán.

Pero la histeria es contagiosa.

También los analistas se reproducen, claro está, pero no por identificación con el suyo; de todos modos, somos una peste para la Salud de la comunidad.

Lo que suena entre ellas, la identificación, recae sobre el deseo, es decir, sobre la falta tomada como objeto.

Comprendemos que la histeria, como tipo clínico, tiene una posición envidiable: por un lado, sólo ella encuentra su matema, su escritura-pase; además, se propaga más rápido que una asociación de alienados y que la chifladura analítica.

En este sentido hago notar que la histérica puede hacer suyo el síntoma de un psicótico cabal (folie à deux).

Esta identificación, tercera, que pone en acción al síntoma y al yo, es el reporte mismo del contagio, de la epidemia psíquica.

Imaginemos el cuadro: un cielo incoloro, un follaje medieval, un olor de agua y de hierbas marchitas; en primer plano, por un camino de campo, avanza una larga procesión de mujeres, vacilantes, dando traspiés, animadas por la contorsión excesiva de una corea falsa.

Una escena de Bruegel.

Potencia arrolladora de la falta que se conoció como baile de San Vito.

No hay sentido común entre un obsesivo y otro; menos todavía, entre un psicótico y otro; pero entre una histérica y otra existe un lazo, no digo de sentido sino de síntoma, que eleva la histeria a la dignidad de una peste.

Sucedió en los conventos. En el país de la tarantela. En los martes de la presentación de enfermos de Charcot.

No será ella, la anorexia nerviosa, ¿el baile de San Vito de nuestra época? ■

Mejor sigamos.

La identificación, como se sabe, es algo que le sucede al Ich.

Por eso su aura de pasión y de olvido. Es el órgano de la fidelidad extrema: el índice de tus muertos toca las tardes del domingo.

Lo esencial de la identificación se juega en el plano del objeto.

Es mala para la niña, cualquiera que sea.

La identificación, primera, con el objeto como tal o con el padre muerto, responde por su tristeza, su melancolía. Silencio de mujer que sentada a la mesa de la manducación del resto deshalla la lengua y tanto más si conoce la subjetivación furiosa de la elación maníaca.

Siempre se verifica lo que la clínica nos enseña, a saber, que la melancolía no tiene nada que ver con el duelo patológico y que Abraham halló en el síntoma obsesivo su punto de equilibrio.

La identificación, segunda, nos es conocida porque no toma del objeto edípico sino un único rasgo. El "misterioso salto" de la psiquis al soma, el mecanismo de Conversion, es una retórica que enlaza un trazo de identificación al síntoma físico.

Es la identificación que se produce, sobre todo, en el luto histérico: un rasgo del difunto se transporta la misma noche del velorio.

Si nos interesa la identificación histérica, tercera en Freud, es porque no se refiere a un objeto de la pulsión sexual. Es la identificación "de pensionado", la relación entre mujeres, la cadena de cuerpos excitados por el golpe de batintín.

Observemos que la analogía de yo a yo, se apoya en una falta.

Es un Rasgo Común.

LA PERSPECTIVA ENDOCRINOLOGICA

SUSANA LEIDERMAN*

Integrada en el grupo amenorreas hipotalámicas para la ginecología; para Yen(2), la anorexia nerviosa, es una alteración psiconeuroendócrina mientras Forshan(Cit. 2) la considera un severo desorden de conducta con cambios endócrinos secundarios tanto al disturbio psicológico como al nutritivo.

La curación espontánea es del 62% vista en 6 años (según estadísticas de EE.UU), aún cuando regularizan el peso, el 30% permanece en amenorrea. Las influencias psicológicas son estímulos naturales y potentes que afectan la regulación de la función endócrina, en especial del sistema reproductor(1). Que este sistema sea vulnerable puede ser entendido como un mecanismo *psiconeuroendócrino* donde la *reproducción* se suspende o inhabilita cuando una potencial madre (entiéndase una mujer) está bajo un estrés psicológico severo y un déficit nutritivo,

El cerebro controla la secreción endócrina "corriente abajo" e integra un mecanismo de retroalimentación con las hormonas periféricas. Un campo crucial entre conducta y cerebro es la intercomunicación endócrina y del sistema nervioso autónomo.

Este sistema integrado funciona para mantener la vida y perpetuar la especie y coordina diversas respuestas a estímulos del medio ambiente y a los propios estímulos internos (psíquicos).

El sistema límbico está relacionado a las experiencias emociona-

les y a su expresión. Este sistema se conecta a un circuito comprendido por la amígdala, hipocampo, neocórtex, cerebro medio e hipotálamo. Entonces, el estado funcional del hipotálamo es inseparable de la actividad neural del circuito límbico.

Si consideramos a la anorexia nerviosa desde la perspectiva neuroendócrina, será necesario aclarar algunos conceptos.

La integración neuroendócrina requiere de un amplio ordenamiento de variables psicológicas, sociales y de señales neuroendócrinas. Estas variables hacen que existan distintas respuestas a un mismo estímulo estresante. La expresión del sistema neuroendócrino depende de la experiencia y de la capacidad de hacerle frente al estímulo. Cuando se ha estado expuesto recurrentemente a estrés ya sea externo o interno de suficiente intensidad, puede producirse la descompensación y así se llega a la conducta psicopatológica. Estos conceptos son extensiones del síndrome general de adaptación descrito por Selye. La respuesta neuroendócrina al estrés activa al sistema nervioso simpático y a la liberación de hormonas: prolactina, somatotrofina y ACTH. La respuesta del eje ACTH-adrenal con la secreción de glucocorticoides y catecolaminas constituye la más importante respuesta neuroendócrina al estrés.

Lo central de esta respuesta es la liberación de factor u hormona liberadora de corticotrofina (CRF o CRH) por el núcleo paraventricular. La CRF o CRH dentro del cerebro participa junto con vasopresina y ocitocina en la modulación del humor, el aprendizaje y el

comportamiento; estimula la secreción central noradrenérgica que a su vez activa la liberación periférica de noradrenalina y la secreción adrenomedular de adrenalina. El CRF es liberado a la circulación portal donde estimula la secreción hipofisaria de ACTH y B-endorfina.

Volvamos a la clínica: la anorexia nerviosa es más común en adolescentes, aunque en la actualidad se extiende más allá de los 25 años. El deseo de adelgazar es obsesivo, tiene un gran temor de perder control sobre la dieta y el peso, podría ser por eso que se dan episodios de sobrealimentación y vómitos. Esto se asocia con otro deseo, que es el de mantener o regresar al hábito corporal prepuberal. No pueden diferenciar para sí mismas delgadez de obesidad. Tienen sensibilidad al frío y más aún al calor. Son hiperactivas, presentan amenorrea antes o durante el periodo de adelgazamiento. Estos últimos datos vinculan esta enfermedad a funciones conocidas del hipotálamo. Para delinear la fisiopatología debemos separar dos alteraciones de conducta alimentaria: la restrictiva, que reconoce un patrón permanente de no ingerir; y la de las bulímicas que presentan periodos de "ataques". Se estima en EE.UU. que el 50% de las restrictivas asocia bulimia y se las llama bulimorexias. Las bulímicas en general comienzan a edades más tardías y se les reconoce más síntomas de ansiedad, depresión y culpa.

Vamos a enfocar la fisiopatología de la anorexia nerviosa restrictiva o combinaciones, que mantiene el peso bajo. La asociación permanente a tener en cuenta es:

* Médica endocrinóloga - Subjefe del Servicio de endocrinología del Hospital Francés Rioja 951. Buenos Aires

pacientes crónicamente estresadas, más delgadez.

• Eje hipotálamo-hipofisario-ovárico

La amenorrea es una constante de la anorexia nerviosa; se debe a una marcada reducción de la secreción de gonadotropinas hipofisarias, comparable a la que tienen las niñas prepúberes. Las anoréxicas pierden los pulsos de gonadotropinas, tanto en frecuencia como en amplitud no súbitamente, sino recorriendo hacia atrás el mismo camino que necesitaron para madurar sexualmente. Este camino parte de pulsos casi inexistentes en la etapa prepuberal a pulsos que se dan en el sueño nocturno, y luego a partir de la menarca, son constantes cada 90 o 60 minutos según la fase folicular-preovulatoria o post-ovulatoria.

¿Por qué se inhiben las gonadotropinas? Porque existe aumento de la secreción CRF y por lo tanto de opiáceos y estos, a su vez, inhiben el factor hipotalámico liberador de gonadotropinas. El perfil de gonadotropinas dependerá del momento evolutivo de la enfermedad y del grado de pérdida de peso. Se restablece siempre siguiendo los escalones de maduración transitados durante la enfermedad, en sentido inverso. Según Yen(2), el cese de la función reproductiva en este síndrome debe ser visto como una estrategia protectora en el momento del déficit psicobiológico y nutritivo de la mujer. El restablecimiento de una secreción apropiada para la edad de gonadotropinas, requiere del logro de un peso correcto y de la remisión del estrés psicológico.

• Eje hipotálamo-hipofisario-adrenal

En la anorexia nerviosa el cortisol plasmático está elevado, pero se mantiene el ritmo circadiano. Los primeros estudios se deben a Boyar y colaboradores. Las anomalías del eje son las siguientes: el número y duración de los episodios de secreción de cortisol durante las 24 horas está aumentada y se correlaciona con el estado clínico de agravamiento o remisión de la enfermedad. Aumenta la vida media del cortisol en plasma. La produc-

ción diaria de cortisol en la anorexia nerviosa es un 30% mayor que en los controles normales (24 versus 18 mg por 24 horas). El cortisol libre urinario es tres veces mayor que en los controles (225 ug versus 65 ug en 24 horas). El cortisol elevado se explica no sólo por descenso del "clearance" metabólico, sino también por el aumento de la secreción adrenal. El cortisol no se inhibe o lo hace parcialmente, en la prueba con dexametasona, comportándose igual al de los pacientes con depresión y con enfermedad de Cushing.

Otro dato importante que muestra la regresión ontogénica es el descenso de producción de andrógeno adrenal: dehidroepiandrosterona. Otra vez se tienen datos prepuberales de secreción esteroide androgénica, similares a los que vimos con las gonadotropinas. En el perfil hormonal suprarrenal nos sorprende la hipersecreción de cortisol, con supresión de la secreción androgénica. Resulta de estos hechos que las pacientes con anorexia nerviosa tienen suprimida no sólo la secreción de hormonas femeninas, sino también las masculinas. Se considera que el aumento del cortisol se debe a un aumento del CRF hipotalámico.

La demostración de que en la anorexia nerviosa los receptores a glucocorticoides (por ej. en músculo, piel, grasa, etc.) están disminuidos explica la ausencia de síntomas clínicos de Cushing. Todas las anomalías de este eje se revierten con la ganancia de peso. Aunque algunos mecanismos necesitan de meses para restablecerse, aún con la corrección del peso (por ej. la respuesta de ACTH al CRF).

• Eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo

Las hormonas tiroideas en la anorexia nerviosa son más bajas que en las mujeres normales; en especial la T3(triiodotironina). La razón por la cual desciende la T3 no es clara, pero se sabe que T3 desciende en la desnutrición y en el descenso de peso, así como se eleva en la sobrealimentación. En la anorexia nerviosa el descenso de peso y la hiperactividad están paradójicamente asociados a un

hipotiroidismo bioquímico (descenso de T3), a baja temperatura corporal y a bradicardia. No hay aumento de TSH (Tirotrofina) como se da en el hipotiroidismo primario y se reconoce una respuesta retardada de TSH y al TRH (hormona liberadora de tirotrofina). Estos dos últimos elementos reconocen una alteración de la regulación endógena de TRH como una parte del componente generalizado de alteración hipotalámica. La presencia de severa desnutrición acompañada de la reducción de la acción hormonal tiroidea pueden servir como un *hipometabolismo* protector funcional para poder sobrevivir en este estado catabólico.

• Otras asociaciones dependientes del hipotálamo

En la anorexia nerviosa está elevada la somatotrofina —igual que en la desnutrición—. Las pruebas de estímulo de secreción de somatotropinas son hiperreactivas. La alteración se corrige con el aumento de peso. Más del 50% de las pacientes tienen diabetes insípida parcial como manifestación de la secreción de hormona anti-diurética. No hay alteración del balance electrolítico y se restablece lentamente con el aumento de peso. La alteración de la termoregulación (sensibilidad al frío y al calor) también obedece a una disfunción hipotalámica, correlacionada con el descenso de peso. La anorexia nerviosa es una alteración multidimensional con una amplia variedad de síntomas y signos endocrinológicos que hemos desarrollado. Aunque la causa de la alteración de la conducta alimentaria es desconocida, se acepta al conflicto psicológico como el componente más importante de la enfermedad.

Dado el correlato psiconeuroendócrino de los desórdenes alimentarios, es lógico y ventajoso considerar a la obesidad psicógena y a la anorexia nerviosa como extremos opuestos de una sola enfermedad. Esto se ha estudiado en distintas revisiones y muchos autores han propuesto que la obesidad y la anorexia nerviosa se desarrollan a partir de un síndrome de estrés con fallo de la adaptación psicosocial del individuo al medio ambiente.

• **Control del apetito en la anorexia nerviosa**

Se hallaron en líquido cefaloraquídeo β -endorfinas elevadas, pero no en plasma. En animales de experimentación se observó que si el opioide se eleva en SNC, se inhibe la secreción del factor liberador de gonadotrofinas y se inhibe también el sistema simpático de alimentación.

La activación del sistema opioide y del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, junto con la supresión del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal puede representar un importante campo de investigación entre psicobiología (mente, conducta, humor) y la neuroendocrinología. Este correlato psiconeuroendócrino, aunque preliminar, sostiene la tesis de que la anorexia nerviosa es un síndrome de estrés.

A la luz de la hipótesis adrenérgica de los trastornos de la conducta alimentaria, se observó la disfunción del sistema nervioso simpático que disminuye la ingesta.

Las fluctuaciones de la actividad α -adrenérgica en el núcleo paraventricular hipotalámico podría explicar el patrón de conducta alimentaria que tiene la anoréxica con bulimia. En la anorexia nerviosa desciende la noradrenalina del SNC: se observó descenso de noradrenalina en líquido cefaloraquídeo y de su metabolito 3-metoxi-4-hidroxifeniletilenglicol (MOPHEG). Hay correlación del MOPHEG y el porcentaje de peso ideal. El MOPHEG desciende en episodios agudos de anorexia nerviosa y se eleva en la realimentación. También se observa aumento del MOPHEG en la recupera-

ción de algunas depresiones. No se sabe si el aumento del MOPHEG en la remisión de la anorexia nerviosa es debido a la realimentación (esto aporta mayor sustrato de tirosina para sintetizar catecolaminas) o a una mejoría en el grado de la depresión.

En resumen: la multiplicidad de neuropéptidos y catecolaminas comprometidos en la regulación de la ingestión de comida, hasta el presente, impide construir una teoría adecuada sobre la patogénesis de los desórdenes de la conducta alimentaria y de la anorexia nerviosa en particular ■

Bibliografía

1. Smith, M. A. y et al., "Corticotrofin-Releasing hormone: from endocrinology to Psicobiology"; *Horm. Res.*, 1989, 31: 66-71.
2. Yen S., Jaffe, R., "Reproductive Endocrinology", W. B. Saunders Co., 1987.



UN ABORDAJE DIFERENTE

Entrevista a Mabel Bello

por R. D. Spiguel

La Dra. Mabel Bello se formó como psiquiatra en aquél Servicio, recordado y polémico, del "Lanús" que dirigió el Prof. Mauricio Goldemberg. Luego hubo un largo itinerario, donde no estuvo ausente el paso por el exterior, "aprendizajes, ensayos y nuevos modelos, hasta formular un nuevo sistema biomatemático" que se aplica bajo su dirección en el Instituto Nacional de Gastroenterología, para el tratamiento de la Anorexia y la Bulimia, y donde poseen registros de más de 3.000 pacientes.

En el transcurrir de los momentos previos al encendido del grabador, conversamos acerca de la labor desarrollada en su Institución de la avenida Córdoba al 700. Allí se utiliza un enfoque, dice Bello, diferente a lo acostumbrado. "No tan psiquiátrico, ya que se han perdido sus límites y no se sabe bien qué es"; sino pretende una institución donde los pacientes "puedan adquirir nuevas herramientas relacionadas con lograr su propia autoayuda frente a un mundo tan cambiante". Se sabe polémica, y se afirma creadora de nuevas aproximaciones. "Pero me siento dolida y desilusionada con la actitud de muchos participantes del Congreso de Rosario". (Recordemos: Congreso Argentino de Psiquiatría organizado por APSA en agosto de este año. Allí hubo una Mesa sobre Trastornos de la Alimentación, muy concurrida, donde al promediar la exposición de la Dra. Bello, un grupo numeroso de asistentes se retiró). "Pasa con muchos, que ni siquiera escuchan lo que traigo. Si no se es escuchado, ¿cómo van a polemizar, a intercambiar ideas?" En aquel momento muchos hablaron de "ortopedia psicológica", manipulación de los pacientes. Y otros de la "excelencia del enfoque", medidas prácticas y concretas para lograr la curación.

Es evidente la dificultad del tema: las nuevas históricas, enfermedad que la cultura arroja sobre los adolescentes, crisis de identidad adolescencial donde las figuras de identificación se hundieren en una explosión informativa. Estas consideraciones marcan el desasosiego que se produce al enfrentarse ante estas patologías.

Mabel Bello comienza la entrevista: "Hay muchas formas de tratar el problema. Soy un hacedor de soluciones y un estratega. A veces uso medicación, a veces la persuasión de la palabra y otras veces, soluciones prácticas, pragmáticas. Pienso que hay que observar los problemas con un concepto distinto de la Psiquiatría".

Vertex: "¿Cómo entiende la anorexia nerviosa? ¿Una forma actual de la histeria? ¿Un trastorno alimentario? ¿Una nueva patología en aumento?

Porque de acuerdo a la forma de considerar las posibles etiopatogenias, surgirá el encuadre terapéutico.

Bello: Veo a la anorexia como una de las dos grandes patologías alimentarias. Que no se pueden ver por separado porque forman parte de un mismo todo. Las veo como una incapacidad del individuo de superar el estrés de la adolescencia. Este concepto es más abarcativo. Si no existiera la anorexia, existiría otra enfermedad, que muestra que ese individuo fue incapaz de superar el desafío que es la adolescencia. Entonces... en este momento, las razones de la publicidad, la publicidad sobre un cuerpo muy delgado, los medios de comunicación sobre determinadas formas de ser o hacer, hacen o tiñen de anorexia esa incapacidad. Evidentemente hay que separar algunos anoréxicos que son históricos o procesales, que vienen de familias con mayor tendencia a la depresión y donde se repite la patología alimentaria por generaciones; de otros, que son simplemente culturales, que por falta de un proyecto propio, copian el proyecto ajeno, que tiene también patología.

Vertex: En relación a los 3.000 pacientes que han pasado por su Servicio en el Instituto Nacional de Gastroenterología, ¿cuál es el porcentaje de eficacia terapéutica, de altas y recaídas?

Bello: Esos 3.000 pacientes son de nuestro Servicio y de otros Servicios del país, pero los tenemos todos registrados. Es muy difícil el diseño de nuestro trabajo, donde nosotros damos el alta a los 4 años, para tener la seguridad de que el paciente pasó de verdad por el desafío de crecer. Entonces hay un 20%, un 30% de pacientes que cumplieron los 4 años.

Porque históricamente, al principio fueron menos, porque al principio se tomó un menor lapso de tiempo. Había más deserciones, porque éramos más inexpertos. Del episodio salen absolutamente todos. Si alguien entra con 20 kg, 20 años de enfermedad, sale del episodio. Del episodio, repito, salen todos. De la enfermedad, de la enfermedad total hay una recuperación que estimo en el 40 a 50%. Lo demás son deserciones no por razones del tratamiento, sino en razón de la crisis económica, de la necesidad de volver a trabajar. Pero yo creo que el porcentaje de eficacia es altísimo en cuanto al episodio y menor en cuanto al alta total, que es como un ideal que pusimos nosotros: del alta total en 4 años.

Vertex: Se conoce su trabajo con los pacientes, los grupos de autoayuda, los grupos de familiares, etc. Pero si la familia no es continente ¿cuáles son las articulaciones posibles para ayudar a estas adolescentes?

Bello: En base a lo que decía de buscar todas las soluciones posibles, si la familia no es continente, nosotros tratamos de educarla, de enseñarle el proceso curativo. Pero si todo esto no es posible, buscamos en el concepto familia, a todo el entorno afectivo: los vecinos, los amigos, a todos aquellos que le pueden dar apoyo, un soporte afectivo para que el paciente crezca. En los casos en que tampoco esto es posible buscamos una familia sustituta de la misma comunidad; es decir adoptamos al paciente. Si él es sincero en su deseo de curarse. De todas maneras siempre le damos el entorno afectivo para crecer. Ya sea de manera sustituta o ampliando el círculo hasta los propios vecinos.

Vertex: ¿Qué significa que el paciente sea sincero?

Bello: Que esté comprometido. Es un sistema donde privilegiamos la honestidad. Un sistema donde la honestidad sea parte de su propósito de cura. Si está solo, viene un día y cinco no; hace transgresiones y no las cuenta, entonces nosotros le enseñamos que tampoco somos magos, que no hay posibilidades. Y que es mejor que él se hunda en la enfermedad, sin nuestra intervención, hasta que toque la necesidad de curarse. Poque ahí sí lo vamos a poder ayudar. Pero no le creamos falsas expectativas.

Vertex: ¿Sería un proceso de proponer nuevas posibilidades de identificación? ¿Generar otros sistemas de referencias o significaciones?

Bello: Nosotros pensamos que la enfermedad no está en el individuo sino en la cultura en este momento. Lo que tratamos es de producir una cultura sin enfermedad, una cultura basada en otros principios. Hay una escuela americana que dice: no hablamos de comida, hablamos de sentimientos. Y nosotros estamos en ese estilo: está prohibido hablar del cuerpo, de la comida, o de todo aquello que sea autoreferencial. Sí se puede hablar de los sentimientos, de los proyectos, del futuro. Pero eso lo hacemos nosotros, lo hacemos con los pacientes, lo hace su fa-

milia. Entonces se cambia un mundo pequeño, de autoreferencia, por un mundo más amplio, en donde al futuro se le tiene menos miedo, donde hay proyectos, hay planes.

Vertex: Conversando con el Dr. Rovira(*), nos contaba que en partes del Japón no occidentalizado, en la India y zonas de Indonesia, no existe la anorexia nerviosa. Por lo que puede aceptarse que la cultura imperante modela e induce sintomatología. ¿Qué sucede cuando las pacientes salen del sistema terapéutico? ¿Cómo se vuelven a reinsertar en esta sociedad cargada de significaciones que pueden denominarse perversiógenas?

Bello: Esto no es una isla. Desde el principio se parte de un régimen abierto. El paciente está en el Hospital de Día. No queremos criar al paciente en un internadero. Vuelve a su casa y vuelve al mundo que lo enfermó. Siempre está en el mundo que lo enfermó. Pero el mundo que nosotros le damos, es un mundo fuerte en vínculos afectivos y de inserción social. Porque dentro de la comunidad se trabaja activamente, no sólo por la salud de uno sino de la salud de todos, entonces encuentra los medios para insertarse en el otro mundo pero sin la enfermedad. Es un puente que lo lleva de vuelta de la enfermedad al lugar donde estuvo pero sin la enfermedad ■

(*) Ver este número de Vertex

BULIMIA: UN MODELO ADICTIVO

Benito M. López*

Introducción

Investigar la bulimia y la anorexia significa recorrer un periplo de extrañas singladuras. Se trata de un derrotero con múltiples entradas, salidas y desvíos en el que, salvo algún accidente afortunado, por extenso que sea el millaje recorrido siempre se vuelve al puerto de Palos. La dirección adecuada dependerá, en gran medida, de la guía teórica que se utilice; se sabe, según el rumbo de la aguja en lo atinente al narcisismo, así cambiará la repercusión en nuestra práctica. Nuestro abordaje será por el "raptus bulímico": lo escogimos no solamente en estos pacientes, sino porque lo consideramos el punto de partida de preferencia para el estudio de los fenómenos adictivos. Habida cuenta de que,

en tanto se trate de organizaciones narcisistas, sea cual fuere nuestro inicio, transitaremos ilimitadamente por una circularidad finita.

En los trastornos de la ingesta, los rasgos adictivos pueden comprender toda la personalidad ocupando el primer plano de la clínica y del proceso, (se trataría de una adicción cristalizada); o bien, pasar casi inadvertidos ocupando distintos sectores de manera alternativa y pendular. En este último caso, la fugacidad del fenómeno,

presente en mayor o menor grado en todos los análisis de adolescentes, junto a su remisión sintomática casi "espontánea", y por tanto, no del todo teorizada, dan cuenta de una cierta despreocupación por la descripción de los "observables" y su posible conceptualización desde la experiencia analítica. En el primero, por el contrario, el desinterés estaría justificado por su difícil accesibilidad al encuadre y al trabajo interpretativo. Por una u otra razón, lo cierto es que, la adicción en general y la bulimia adictiva en particular han despertado una enorme atención entre los psicoterapeutas y no han recibido, en apariencia, la misma dedicación por parte de los analistas. Esto se traduce en un crecimiento interesante de demandas de tratamiento que no concuerdan con las correspondientes investigaciones psicopatológicas. Acaso, sea la inevitable consecuencia de la vacilante aceptación de una noción

*Médico psiquiatra. Psicoanalista, miembro titular en función didáctica de APdeBA. Las Heras 3745 - 10° C, 1425 Buenos Aires, Tel. 801-9275



Duan Hanson Woman with a Shopping cart (1969) Escultura en poliéster

tan importante y ambigua como es la de "perversión de la transferencia" (17, 2). Conspiran también contra una clara definición del fenómeno adictivo, los encasillamientos en la clasificación; a saber: la utilización de las propiedades del objeto adictivo como organizador de la parcelación nosológica. Desde la perspectiva psicoanalítica, es de sobra conocido que, el objeto externo, si bien tiene una gran importancia para las teorías genético-evolutivas, es de escasa relevancia para su teorización metapsicológica y "a fortiori" psicopatológica. La presunta actividad adictógena del objeto que desde el modelo médico (etiología, patogenia, terapéutica), explicaría de una manera sencilla la asistencia y la prevención de la adicción, no llega a dar cuenta de las exentas de efectos farmacológicos que, de acuerdo a ciertas corrientes de pensamiento, ni siquiera estarían incluidas entre las adicciones. De este tenor, no se definirían como adicciones, ni la bulimia, ni el juego, por citar sólo dos ejemplos incontrovertibles. Desde nuestro punto de vista, por el contrario, la ausencia de efectos psicotrópicos le confieren a las adicciones no tóxicas el privilegio de constituirse en un trastorno adictivo sin efectos farmacológicos, vale decir, sin interferencias en la investigación del fenómeno adictivo.

Si con el fin de presentarnos el fenómeno adictivo, casi en estado de pureza, adoptamos a la bulimia adictiva como paradigma, debemos, a renglón seguido, ocuparnos de otro obstáculo que ha cobrado la forma de una postura reduccionista. Adelantamos, no creemos que se trate de pacientes que por alguna razón "constitucional" presenten una aumentada cuantificación pulsional que, frustración mediante, haría regresar a estos pacientes con extrema facilidad a puntos de fijación. En la práctica, ésta es una verdad tan general como inútil. No obstante, a pesar de estas conocidas actitudes (nosologismo y reduccionismo), contamos con el conocido modelo de las escisiones del yo, radar que nos brinda diferentes posibilidades en virtud de las que no nos

extraviaremos en esta densa neblina, podremos ordenar la ruta correctamente y discriminar sus atajos y recurrencias. Así pues, mediante esta guía conceptual, detectaremos en el paciente una particular heterogeneidad, a saber: la presencia sucesiva o simultánea de una parte que incorpora y otra que expulsa, las diferentes calidades de incorporaciones y expulsiones, y en ocasiones el vínculo narcisista que las organiza.

Definición

Desde nuestro punto de vista conceptualizamos a los fenómenos adictivos intrínsecos a la perversión, la que a su vez, la consideramos vertebrada, aunque no exclusivamente, por el eje sadomasoquista (7, 11, 17). Esa sucinta definición no nos exime de introducir la difícil conjunción que se da en la perversión y por ende en la adicción, pues, en tanto llevan el sello de la monótona repetición, no importa cuáles sean sus exóticas retóricas, aparecen escasamente imaginativas en sus expresiones. Ahora bien, tropezaremos por otra parte con que a pesar de su aparente simplicidad, ofrecen serias dificultades para su teorización psicopatológica. Valga un simple ejemplo: la bulimia es una forma encubierta de anorexia, así como esta última incluye necesariamente a la primera y más allá de supuestas formulaciones verbales se impone una articulación conceptual que suponga nociones instrumentales. Por ello, además de contar con definiciones precisas y con un campo operacional claramente delimitado en el encuadre analítico, es menester, si intentamos adentrarnos en esta abigarrada patología, (simple en su expresión sintomática y de difícil acceso metapsicológico) construir herramientas conceptuales y, sobre todo, ordenarlas conforme a prioridades no excluyentes. Según nuestro criterio, antes de interesarnos en el objeto (8), (fetiche) y la alteración yoica (8, 10), (escisión, desmentida) creemos de valor heurístico iniciar nuestra indagación interrogándonos acerca de la naturaleza del superyó. Guiados por estas reflexiones, no nos apartaremos demasiado del itinerario

privilegiado que supone la investigación de la adicción en la misma experiencia analítica, esto es, acercarnos a la indagación de la crisis bulímica en el marco de lo vivido en la relación transferencia-contratransferencia.

Superyó y perversión

El aparato psíquico, al que preferimos conceptualizar como una internalización del discurso comprende, desde sus orígenes, una complejidad que abarca a todos los integrantes de la conversación: los sujetos-personajes, sus discursos interiores, el texto que los vincula y/o la atmósfera-escenario-escenografía-vestuario.

El desarrollo del superyó, que según Freud, puede culminar en la "impersonalidad", contiene en este resultado de "texto" una doble faz; por un lado, uno de los rostros de Jano nos presenta en el superyó no personificado la más elaborada expresión del desarrollo psíquico; el otro, se sabe, nos enseña que la abstracción de lo vivido puede rozar peligrosamente la enfermedad mental. Cuando la fractura entre el texto y el personaje se profundiza lo suficiente debemos encarar los problemas inherentes a la psicosis o a la prepsicosis; en otras palabras, un texto sin sujeto, puede devenir un extraño personaje al que encontraremos tanto en la "normalidad" del superyó, cuanto en sus más notorias perturbaciones. No intentaremos ahondar esas ideas que han sido tan fructíferas para la teorización del delirio y las alucinaciones, apenas queremos subrayar que esa fractura, es una de las características del superyó en las perversiones y adicciones, a saber: "un superyó prealucinatorio", semejante al que Freud descubriera para las complejas transacciones en el área del narcisismo. Curiosamente, a pesar de sus groseras alteraciones, en tanto los efectos queden confinados a los límites del yo, sea mental o corporal, conserva en apariencia sus funciones. Pues bien, la naturaleza de este superyó, la encontraremos expuesta inequívocamente en la conocida actividad y pasividad provocativa, que da lugar a maltrato "de todo orden" que suelen ocupar

prolongados períodos del análisis en los pacientes con tendencia adictivas. En cuanto despejemos la atmósfera transferencial, nos encontraremos con un mandato impersonal que exige consumir: supuesto goce autodestructivo. Para facilitar su intuición necesitaremos situarlo como una antesala del esquizofrénico consumo de ideas, que (ya en el campo alucinatorio), provocaría un aparato de influencia con su consiguiente "lavado de cerebro". En cualquiera de estos modelos, es evidente que el adicto deja de ser, como pretende serlo, un agente activo del consumo para transformarse en un mero receptor pasivo. Tal como lo señalara Freud(4) para la melancolía, pasa de sujeto a objeto

Mandato adictivo

Prosiguiendo esta línea de pensamiento nos limitaremos al ciclo bulímico presentándolo como un modelo de lo esencial de la actitud adictiva. Señalaremos, en particular, algunas de las razones que dan cuenta de la insaciabilidad, a saber: el estado de dependencia y tolerancia que junto al de abstinencia constituyen las características definitorias con que el pensamiento psiquiátrico encuadra a la adicción.

Como todas las adicciones, la bulimia adictiva llega a capturar casi por entero a la personalidad, lo que resta, es casi un pretexto o una disculpa. Así, la mente de estos pacientes gira en exclusiva alrededor de la ingesta y las excretas. Conviene agregar que además de los trastornos de la ingesta, todas y cada una de las expresiones de vida pueden tornarse adictivas o, en su defecto, la manifestación de una defensa contra la adicción. Prácticamente, ningún aspecto de la existencia queda librado de esa esclavitud: los tratamientos, incluido el analítico, no podrían ser una excepción. Acuden al auxilio terapéutico desesperanzados, después de haber claudicado en su lucha obsesiva contra la adicción o en un estado de complacencia casi suicida con la misma. Suelen hacerlo acompañados por algún familiar, mantienen escasa conciencia de enfermedad y una mínima esperanza de curación. Casi siem-

pre, se acercan con el propósito de continuar con un "consumo compatible"; es obvio, para lograr esta transacción exigen que el analista modifique su técnica o su panorama teórico.

La aproximación psicoanalítica efectuada en tales condiciones, toda vez que ha sido posible su pervisión, (entendiéndose aquí por pervisión el burdo o sutil traspase en sus fundamentos del método analítico), de inmediato se vislumbra la característica de insaciabilidad que la distingue: un modo "sui generis" de iniciación del tratamiento, a una resistencia por parte del analista a detectar impasses, la proclividad a mantener análisis interminables y la tendencia a las interrupciones tan pronto como se alcance el umbral de la posición depresiva. La necesidad de incrementar la dosis, sea de lo que fuere, (lo que se ha denominado desde la perspectiva psiquiátrica estado de dependencia-tolerancia) puede, sin menoscabo, ser entendida desde la teoría psicoanalítica como un particular ingreso en el circuito sadomasoquista. La insaciabilidad, la imposibilidad de controlarse y detenerse, que por cierto, no es patrimonio de la bulimia, se expresa en el análisis por una interminable demanda del analista en detrimento de sus interpretaciones; constituyendo esta, la manera más habitual de instalar la escena perversa en la transferencia. La magnitud de ese fenómeno, su manifestación en la transferencia y en la contratransferencia, nos permite detectar los efectos de un superyó muy particular, en el que no deja de ser llamativo su similaridad con lo que Bion(1), había denominado objetos bizarros. Es bien conocido que nuestro autor denomina con ese término a un confuso conglomerado de objetos del mundo externo, partes del self y del superyó (incluyendo sus respectivas funciones). Si bien la naturaleza confusionante del funcionamiento de esa seudointegración compromete todos los niveles, en el caso de la bulimia adictiva, afecta en especial las transacciones que se llevan a cabo entre el cuerpo y el mundo externo; para decirlo de un modo más apropia-

do y preciso, entre el hambre y el alimento. De esta manera, se lleva a cabo una vuelta contra sí mismo que da lugar a una verdadera inversión pulsional: el objeto (el alimento) se transforma en la fuente (el hambre). El cuerpo deviene objeto de la pulsión y el que incrementa su demanda sin cesar. Como podemos apreciar, estamos en plena relación sadomasoquista de la que podemos entrever sus efectos en la transferencia. Careciendo de la sensación subjetiva de hambre, cuanto más come, más "ganas de comer tiene", pues contrariamente a lo que sucede objetivamente, lo que incorpora, no es otra cosa que hambre proyectada. Diversos autores han descripto genéricamente estos hechos, pertenecientes, como es sabido a las perturbaciones en la reintroyección. Aún así, esta teorización sobre la inversión pulsional, (vuelta contra sí mismo y transformación en lo contrario), si bien describe aspectos fundamentales, no incluye la total complejidad del fenómeno adictivo; de ahí, que para una buena práctica, sea imprescindible distinguir entre transferencia perversa (en tanto la desviación del fin y objeto es común a todas las transferencias) y "pervisión de la transferencia". Esta última es propia de la organización perversa y siempre comporta un sutil o burdo Acting Out que, indefectiblemente, conlleva efectos contra-transferenciales con las consiguientes actuaciones del analista.

Fragmentación del Aparato Psíquico

La bulimia, incluyendo el "raptus adictivo", es un segmento particularmente propicio para la investigación de los fenómenos adictivos en el marco de la transferencia-contratransferencia. Desde ahí, se nos hace evidente que, contrariamente a su apariencia de producto egosintónico, está conformado por un conjunto heterogéneo de ingredientes de extrema conflictividad, baste un ejemplo: siempre coexisten el mandato de consumir anudado con acusaciones superyóicas por haber consumido. Esta heterogeneidad, incluyendo a un superyó, con quien el yo ha establecido una relación

masoquista, sitúa a estos pacientes en la compulsividad, da cuenta de sus transiciones desde y hacia la obsesionalidad, y aleja definitivamente esta categoría con su particular manejo de la culpa, de la mera impulsividad; explicando, a su vez, el fácil deslizamiento desde la obsesionalidad hacia el vertedero sadomasoquista de la ciclo timia.

El mandato adictivo, es una orden superyóica que al exigir un consumo insaciable, da lugar a fenómenos de dependencia y abstinencia. Dependencia, en tanto la relación sadomasoquista, por definición, esta incluida en la circularidad, recordemos el criminal por sentimiento de culpa(3). Abstinencia, porque si el yo rehusa su castigo las demandas del Superyo se tornan incoercibles: reacción terapéutica negativa(6). En el caso de la bulimia, este particular superyo es un extraño producto, resultado de que el registro de las funciones del yo corporal: hambre, sed, sueño, etc. han sido fragmentadas y atomizadas junto a sus objetos internos. Como lo ha señalado Bion, una vez expulsados, penetran y se confunden con su objeto "natural"; de esa manera, dejan de ser "apetecibles", para transformarse en "mensajeros" de un imperativo: ¡Tengo hambre de ti! Esta expresión ominosa, en que lo concreto se animiza, no es otra cosa que el cortocircuito perverso adictivo. Naturalmente, la ingesta deviene altamente conflictiva y confusionante. El paciente es obligado a consumir y acusado por el consumo. Este "pattern", al que consideramos común a perversiones y a las adicciones, requiere su pronto reconocimiento para un adecuado manejo terapéutico y preventivo.

En un tono menor, y a contraluz, se suma esta fragmentación, la organización narcisista(17, 20), con sus tiránicas amenazas de muerte social y corporal. Los efectos confusionales de esta fábrica de discursos hiperbólicos, se sabe, conducen a la auto y heterodescalificación, difamación y desprestigio, o a su converso de exaltada admiración. Lo que para algunos autores es el representante interno del instinto de muerte (parte del

self destructivo fusionada e indistinguible de un objeto persecutorio), si bien no ejerce el protagonismo del "raptus" adictivo, controla, a reglón seguido a la personalidad con la consiguiente producción de acusaciones y autoacusaciones. De este modo, puede llegar a prevalecer con el fin de mantener el "statu quo" en el eje sadomasoquista de la organización perversa. Dicho de otra manera y resumiendo: la fragmentación provoca el cortocircuito perverso, la organización narcisista, el "statu quo" del mismo. La primera, es la responsable del "raptus adictivo", la segunda del descontrol de la ingesta que "previene" la sensación de hambre.

Perversión de la transferencia

El proceso analítico pervertido se caracteriza por una adicción al análisis, más bien, por un particular ligamen con el analista como persona. La ausencia de emocionalidad en la atmósfera analítica, produce una suerte de calma nirvánica, alterada por diversos niveles de agresividad y/o erotización. La neurosis de transferencia brilla por su ausencia (19) y es sustituida por un intenso compromiso del analista. Como es bien conocido, constituye una formidable resistencia a la iniciación genuina del tratamiento, acaso sea el más claro exponente de lo que Freud denominó resistencia de transferencia.

Toda vez que la situación edípica, y el objeto combinado femenino-masculino, ha sido escindido y degradado, la posesividad adquiere grandes proporciones. Se instala así, una relación sadomasoquista en la que el objeto materno, despojado de sus características masculinas es utilizado como un mero depósito de las identificaciones proyectivas; en cambio, la figura paterna, separada de su "locus" en el objeto combinado, deviene un falo cruel que fustiga con sus interpretaciones(17, 12). Como resultado, tenemos un fluctuante y esterilizante sistema sadomasoquista: por un lado, un objeto permisivo, que tolera casi todo, por otro, una madre fálica cruel que castiga lo que aquel permite. De esta suerte, se anudan, aquí en la

Situación transferencial la desmentida(10) y el fetiche(8). La primera es la madre fálica, la segunda el objeto complaciente. La droga, representa alternativamente ambas situaciones. Este complejo fenómeno clínico, situado en el horizonte de cualquier estructura sintomática, se aviene especialmente con la obsesionalidad, y asimismo, da cuenta de sus proximidades, hacia el triunfo maniaco o el reproche melancólico.

La idea de excepcionalidad y objeto único, epicentro narcisista de la perversión de la transferencia, remite invariablemente a la de paciente único. La intensidad de la exclusividad con su consabida secuela, el par de opciones imprescindible/descartable, provoca el consiguiente desgaste en la creatividad del objeto combinado pues no se admite otra cosa que no sea la fuerte presencia del analista en su cualidad no psicoanalítica. La tenacidad con que el paciente se adhiere a la figura del analista en detrimento de su relación con el método, conduce a la situación analítica hacia el despeñadero perverso en el que la norma es la oscilación entre la calma apaciguadora cuando la actuación es aceptada y la provocación que puede llegar al velado chantaje criminal cuando se la esclarece. Denuncias, calumnias y, en última instancia, la apelación al suicidio, afloran junto a la intensa erotización, ante el atisbo de la puesta en marcha del análisis genuino como proceso. Naturalmente que, si el tiempo transcurriera vale decir, si hipotéticamente se encontrara fuera del tiempo oscilante del sistema sadomasoquista, desde su comienzo tanto analista como analizado, tendrían que aceptar las ansiedades inherentes a la natural posibilidad de su terminación.

Dependencia e insaciabilidad

Si el proceso analítico continúa y la organización perversa es severa, la conmoción que origina la fragmentación del aparato psíquico, produce una multiplicidad de objetos y partes del self mental y corporal aglomerados. Por esta razón, la transferencia fluctúa entre la tenacidad y la fragilidad. El "acting-out", desbordando la situa-

ción analítica es la nota predominante; el analista, a menudo, es acosado (del mismo modo que el paciente por su superyó) por llamados exigentes de diferentes personas que cuestionan, ponen en duda y acusan al analista por todo lo que hace y, sobre todo, por lo que no hace. En la bulimia, tampoco es infrecuente que se lo acuse de ser extremadamente voraz y se pongan en tela de juicio sus honorarios, el número de sesiones, el tiempo de análisis, lo poco que hace o interpreta, etc. A menos que se cuente con un oportuno apoyo paraterapéutico, la intervención de la parentela, amigos, policía, tribunales, tornan casi imposible la prosecución del proceso.

Por otra parte, no podemos pasar por alto un hecho trascendente. Estos burdos "acting-out", que ocurren necesariamente en todos los análisis de adictos, son importantes como indicadores de cambio, pues, demuestran que el paciente ha pasado del mundo inanimado antinatural, para ingresar en un mundo animado y temporal.

Caracterizada por la escalada de la dosis, la turbulencia en el proceso terapéutico no es fácil de sobrellevar. Cuanto más se lo apacigua, más recrudece en intensidad. El sesgo adictivo de la perversión, el raptus bulímico, ha pasado al primer plano de la transferencia. El analista, deviene el receptáculo pasivo de fragmentos de la experiencia analítica representada por una plétora de "personajes", cargados de persecución culposa. El protagonismo del proceso ha sido asumido por lo medular de la situación adictiva: los objetos bizarros, ahora animados como "personajes" invaden la situación analítica, transformándola en una experiencia particularmente frágil. La posibilidad de contener el cataclismo sin actuaciones grotescas es decisiva para el futuro del paciente. Obsérvese que, si se conserva la estrictez del método, tanto el síndrome de dependencia como el de tolerancia, encuentran una explicación y una posible continencia dentro de las clásicas coordenadas del psicoanálisis.

Abstinencia e insatisfacción

Cuando parte de la fragmenta-

ción ha pasado a una real integración y las mejorías han sido notorias, es posible que surja el síndrome de abstinencia.

Si bien el conglomerado de confusión continúa, merced a la decantación contratransferencial y a los sucesivos esclarecimientos sobre la función del analista, el método y las interpretaciones; en suma, en virtud de las limitaciones que lo definen, se han articulado integraciones significativas. Sin embargo, la ingratitud y el superyó envidioso (ahora menos fragmentado), prosigue amenazando con respuestas paradójales y reacciones terapéuticas negativas: verdaderos síndromes de abstinencia. El aislamiento del paciente en su "bunker sacrificial", mundo marginal en el que habita, se ve seriamente cuestionado. Hay "figuras" generosas que con intensiva ambivalencia son rechazadas de diversas maneras. La imposibilidad de aceptar las limitaciones del método y de la persona, condicionan un verdadero desideratum entre "seguir muriendo" o seguir viviendo, clamando por momentos con desesperación por el mesianismo del "gurú" o de la droga "salvadora".

Es en estos momentos cuando, la organización narcisista tiránica perpetua el "impasse" repeliendo toda ayuda del mundo externo y del interno, en tanto afloran ajenos a su propia voluntad, vale decir, excéntricos a su obsesionalidad. Son despreciados por igual sus objetos externos auténticamente protectores, como las producciones más elevadas de su mente. El paciente produce duelos pero no es fácil analizarlos. Venera su imprudencia, dice ser un hombre de suerte o un "jetta", y disfruta de la adicción cercana a la muerte como si fuera un acto de arrojo. Observamos, otra vez, la confusión superyóica aplicada al dominio de los valores éticos y estéticos, encontrándose inmersos en el área de la ingratitud envidiosa con su consabida secuela de daños mentales y corporales. La esclavitud tiránica, tiene aquí su verdadera aplicación.

Para concluir, repetiremos lo que hemos señalado más arriba: la investigación de cualquier organi-

zación narcisista, en su sesgo sado-masoquista, especialmente la circularidad adictiva, puede efectuarse desde distintos vértices, con la condición de que no se considere el ingreso a esta circularidad como el "primum movens". Es inoperante afirmar prioridades, cada punto de partida del ciclo sado-masoquista es, a su turno, un explicandum.

Trataremos a continuación de incluirnos en otra perspectiva vinculando los trastornos del esquema corporal, con un particular modelo discursivo, para ello nada mejor que una ilustración clínica.

Fragmento clínico — Prólogo

La Señora A, una esbelta y atractiva mujer, en la cuarentena, pidió análisis aparentemente motivada por su impotencia frente a la rebeldía de un hijo adolescente. Descubrí a poco de comenzar, que sostenía una ideología vegetariana, entre hinduista y teosófica. Las sesiones transcurrían sin particulares sobresaltos, pues durante un largo período había concurrido y cumplido con todas las "reglas" del contrato analítico que transcurría en un marco de rígida obsesionalidad. Cada interpretación que se le brindaba, no era discutida "acaloradamente" en la sesión, todo lo contrario, la pensaba cuidadosamente para descartarla al por menor. Sus sesiones comenzaban con: "Ud. me dijo ayer...", "Estuve pensando este fin de semana en la última sesión, ... en una interpretación suya equivocada", frases que enhebraban el proceso analítico como las cuentas de un rosario. Hasta aquí, diría esquemáticamente, que me enfrentaba con una neurosis de transferencia de una paciente obsesiva: las cavilaciones de la Sra. A. se internalizaban en la transferencia, cuestionando una por una, las interpretaciones que formulaba. Las dudas, sus discusiones intrapsíquicas, se habían convertido en una detallada discusión de cada interpretación. Podrían sin duda ser mejores, mejor pensadas, mejor formuladas, etc. Yo no le contradecía, pues la Sra. A. tenía razón en todo lo que aducía, simplemente para completar la obsesividad, era algo porfiado: "insistía en

interpretarle". Lentamente, fue acercándose a la sesión misma, una actitud de intensa provocación, en la ya no sólo las interpretaciones, sino todo el análisis era puesto en cuestión (recuérdese su hijo adolescente).

Silencios y argumentaciones intentaban convertir la experiencia analítica en una tarea altamente mortificante. Era casi imposible entenderla y sobre todo conseguir que la Sra. A. entendiera, que si continuaba discutiéndolo todo, su preocupación apremiante (su verdadero deseo), de que el análisis no terminara se vería indefectiblemente cumplido.

Pocas cosas hay tan torturantes en la interlocución como la de no ser escuchado, cuando se tiene algo que decir. Del mismo modo, mortifica sobremanera que se le exija a un oyente pronunciarse acerca de lo que no puede decir. ¿Podría saber yo cuando terminaría el análisis? Apenas podría conjeturar que no podía comenzar, pues eso significaría que alguna vez habría de terminar. Por otra parte, convenía no mencionar semejante hipótesis so pena de entrar en una discusión inacabable. Es cierto que previamente la obsesionalidad empantanada en un maremagnum de encrucijadas, rompecabezas, imposibilidades, había dejado entrever más de una vez una muda acusación: éramos incompatibles. Ella quería un analista distinto (mejor) y pensaba que yo deseaba otra paciente (mejor). Esta acusación mutua, cobró un amplitud exponencial, y llegó a su "climax" con una actuación en la transferencia que remitía históricamente al nacimiento de una hermana cinco años menor.

Lo corruptible

Como antecedente señalaré que la Sra. A., mantenía separados sus alimentos de acuerdo a ciertos rituales en los que se destacaban un envoltorio de papel celofán; además los alimentos tenían asignados en la heladera lugares para cada uno v. gr., los lácteos en la parte superior del habitáculo, las carnes en la inferior. No podían cambiarse de lugar, sin que se contaminaran. He aquí, entonces, la

que considero una secuencia significativa de sesiones.

Primera Sesión. (Llega inusualmente treinta minutos tarde). Destaca que salió de su oficina (que regentea con mano firme) con poco tiempo, que es probable que haya pasado un semáforo ámbar o rojo, que la detuvo un patrullero; le exigió de varias maneras que lo sobornara, a lo que la Sra. A. después de algunos titubeos accedió "para no llegar tarde a la sesión". La impresión contra-transferencial que tuve (bastante intensa) fué de que nos acusábamos mutuamente de corrompidos. No le interpreté.

Segunda Sesión; la Sra. A. aporta un sueño: "Estaba en un lugar en el que había una camilla inclinada como un tobogán, sobre la camilla había una jovencita sin pelo en el pubis que me recuerda, a mi amiga G. (hija de un analista), en otro lu-

gar yo estaba sentada junto a una persona grande y gorda como un Dios, tal vez Buda, sacaba una moneda no sé si era de metal o de chocolate y se la introducía por una ranura que tenía en el vientre, el Dios era algo parecido a una alcancía". La paciente prácticamente no asoció y cualquier referencia a esta dificultad despertaba violencia, por lo que decidí escuchar pasivamente su relato que aludía (con pormenores) a la corrupción en la Argentina. El patrullero la irritaba (a mí también).

Tercera Sesión y Cuarta Sesión. (Continúa enojada con el policía), prácticamente no me deja intervenir salvo para ganarme para su causa: la indignación por la corrupción.

Segunda Semana: En la primera sesión, a partir de dos o tres referencias al sueño que llamaré "lo corruptible", se sucedieron en las



Lindner - Grabado

tres sesiones siguientes una serie de llamadas telefónicas por parte del marido, parientes, el hijo "rebelde", alertándome sobre la gravedad de una situación que no alcanzaba a percibir y que culminó uno o dos meses más tarde cuando la Sra. A., me comunicó su pesadumbre por haberse largado a comer sin límites, había ingerido carne y pescado en abundancia y también había consumido bebidas alcohólicas. Después de tantos años había aumentado diez kilos de peso, algo desconsolador para ella. Mi perspectiva era de un análisis mucho más interesante que el anterior aunque tampoco era cuestión de discutirlo con la Sra. A. Nos detendremos aquí.

En sesiones anteriores a la crisis, la Sra. A. se refería a dos de mis pacientes, motejándolos de "obesos", le recordaban los "raptus bulímicos nocturnos", de su adolescencia y el análisis, entiéndase bien, el análisis tenía la culpa: los engordaba. Se sentía fea, deforme en realidad a consecuencia de los laxantes que comenzó a ingerir, no era difícil conjeturar que se sentía una bolsa de mierda, ni organizar este material, vinculándolo con su período de anorexia a las interpretaciones y al peligro de escucharme. Lo cierto era, que sea lo que fuera lo que dijese, la Sra. A. lo sentía inequívocamente como una acusación. Estos reproches más implícitos, que manifiestos se constituían en un circuito infernal, excepto, claro está, que existiesen severas restricciones tanto en la comunicación como en las ingestas. Nótese, que el problema además de existir en su relación con el mundo externo, se torna crucial en el momento de la ingesta, esto es cuando se atraviesa un esfínter sea esta la boca en la ingesta o la oreja en el escuchar. Pienso, que lo "no dicho", prevalece con una fuerte presencia en la comunicación humana, condicionando la posibilidad de una interlocución; ocurre tanto en la situación analítica, como en la ordinaria, el privilegio de la primera reside en la posibilidad de su explicación.

Estas reflexiones apuntan al mismo universo de hechos que describieran y conceptualizaran

Freud y Abraham durante la segunda década del siglo y que continuarán, entre otros autores, Klein y seguidores.

No quiero ahondar en detalles que nos sacarían del tema, pero era indudable que me encontraba frente a un delirio somático, una paciente esbelta y atractiva, se sentía como un cuerpo obeso y deforme. Cualquier evidencia externa de adiposidad por mínima que fuera, era vivida como materia fecal, acompañada de la sensación de desprender mal olor, el que era compensado con un uso excesivo de perfume (exquisito). El ciclo comienza a establecerse con la adicción o repulsa a cierto tipo de alimentos y sobre todo con su equivalente: la decidida preferencia, la idealización de las órdenes acusatorias. Una verdadera adicción, una trampa coprofágica (se transforman en excremento al atravesar el esfínter, como lo demuestra el paso del semáforo) de la que le era muy difícil escapar. Lo corruptible y las acusaciones pertinentes, (a diferencia del melancólico que instala una paranoia intrapsíquica) se dirigen, en un primer plano, desde la mente como "objectora" hacia la interioridad del cuerpo. A contraluz, y si el despliegue transferencial lo permite se vislumbra una relación paranoica con el discurso interno de los otros, tal como lo demuestran los dos meses de análisis. En ese caso, otra vez, estamos atrapados en pleno circuito adictivo.

Epílogo y Conclusiones

Podemos preguntarnos; ¿Es esta paciente una adicta? ¿Qué relación tiene este material clínico con la adicción?

Intentaré despejar el primer interrogante. La Sra. A. durante su pubertad y adolescencia padeció, durante tres años, de un trastorno bulímico, semejante al que se repitió durante tres semanas en su análisis, que como es fácil inferir, vaciló entre la continuación y la interrupción. Tengo que confesar mi incapacidad para describir el clima que ante mi sorpresa se estaba desarrollando en este análisis. La Sra. A., por supuesto, a mis ojos era una paciente bastante más atractiva, inclusive físicamente.

No me he de ocupar de sus ansiedades edípicas y su posesividad, porque configurarían un capítulo aparte y porque a mi entender, si bien tienen importancia en el desencadenamiento de la adicción, no son lo esencial de esta comunicación. Creo de especial interés, destacar en este período adictivo la imposibilidad de detenerse, el súbito incremento de peso, la atmósfera de las sesiones, la inoculación de culpa; por otra parte, la relación perseguido-perseguidor comienza a ser externalizada, expresada "mentalmente" y mudada de ese lugar particularmente inercial: la cronicidad del cuerpo. En efecto, ya no era su cuerpo el que debía ser cuidadosamente "vigilado" por ese patrullero sobornable al acecho de infractores que justificaran su "coima". La experiencia se actualizaba entre los dos y, tal como lo evidencia el sueño era yo el acusado de ineficaz y corrupto. Este clima, se reiteró, alcanzando cierta verosimilitud, cuando la Sra. A., me pagó los honorarios; me entregó un sobre lo suficientemente abultado para que le preguntase: ¿Qué es esto? La Sra. A. respondió que correspondía a los honorarios. Comprobé que sumaban casi el doble de lo reajustado. Cuando le restituí el dinero, la Sra. A., me dió a entender que lo había hecho para "arreglar" mi conciencia fingiendo un presunto error en su escucha. Sin duda, mi paciente consumía vorazmente comida como reproches, en tanto, yo le reprochaba por ser reprochado y así hasta nunca acabar. El superoico patrullero, animado como un personaje, entra en escena con su capacidad de cebarse en la culpabilidad de sus víctimas mediante la exacción, perpetuando la insaciabilidad con sus paradójicas demandas. En suma, era preciso infringir las leyes para que la policía comiera.

Mi impresión es que el consumo excesivo, la dependencia, la tolerancia, están estrechamente vinculadas a este tipo de interlocución apenas alusiva, que, si no se interpreta, pocas veces se manifiesta explícitamente. El problema de la Sra. A., era diferente cuando organizaba su mundo, su heladera, o mi mente, (lo que no decía),

que cuando tenía que vigilar y culpabilizar lo que ocurría en su esquema corporal. En el primer caso una rígida obsesionalidad, una suerte de control omnipotente frente a la paranoia. En el segundo, la amplitud de la escisión era tan escasa, que no sólo eran ideas sucias las que habitaban en la mente de los demás, lo peligroso, era lo que se encontraba alojado en su cuerpo una vez que hubiese traspasado el límite: la boca, la oreja, etc., adentro todo se pudre: Buda, remitía a Buda-pest y a los pollos de Mazzorín.

De todo esto entresacamos algunas inferencias. En la bulimia, se ingiere, se incorpora, a consecuencia de una re-proyección compleja y forzada que redundará en una "extraña" internalización, mediante la que, se sitúa al vigilante corruptor en la mente y al reo corrupto en el cuerpo; corolario: cuanto más se vigila, más delincuentes hay. Esta extraña reversión convierte, indefectiblemente, a las exigencias de este particular superyó en adictivas.

No es atrevido aventurar la íntima vinculación que mantienen estos hechos con el reproche melancólico, me animo a decir que es un grave error considerar a la bulimia como una defensa frente a la persecución intrapsíquica, pues lo mismo podría señalarse a la inversa, ya que en lo esencial, confusión y persecución son esenciales a la bulimia. Por otra parte, insisto una vez más, no es un simple maniaco consumo coprofágico, se torna excrementicio una vez que en la femtoría del paciente ha sido internalizado, en la fantasía del paciente. Esto ocurre tanto en el analista como en analizando, de modo que, este tipo de fenómenos son compatibles con anorexias y bulimia transferenciales y, a fortiori, con una obesidad y una delgadez extremas.

Es posible que lo que conjeturamos en la bulimia se repita en el alcoholismo y en otras adicciones. En las adicciones, el control obsesivo de la relación paranoide con la subjetividad del otro, en vez de transformarse en la incorporación en una melancolía (paranoia intersíquica) deviene una relación paranoica entre mente y cuerpo,

con las ya consabidas consecuencias. En tren de continuar con las hipótesis alrededor de este conjunto de hechos, propio del funcionamiento de la parte psicótica de la personalidad, podríamos arriesgarnos a subrayar sus articulaciones y vaivenes. De este modo, la melancolía sería una relación sadomasoquista desplegada en el escenario de la mente, perseguidor-perseguido se instalan en la subjetividad, en la autoconciencia; la perversión funcionaría con el perseguidor-perseguido entre la mente ocupada por el superyó corrupto enfrentado con la superficie del cuerpo incluidos los esfínteres; la adicción se instituiría entre la mente y la interioridad del cuerpo, (o la superficie interior del cuerpo). Este vínculo perseguidor-perseguido común a varias estructuras psicopatológicas, que sólo se diferencian por la predominancia de excitación o ansiedad y por el espacio que ocupan, acaso expliquen la gran facilidad con que la relación paranoide toda vez que es mitigada por la tarea interpretativa, se traslada y cambia de lugar ■

Bibliografía

1. Bion, Wilfred R., (1957) "Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 38, págs. 266-75; también en *Second thought...* cap. 5.
2. Etchegoyen, R. Horacio, (1978a) "Some thoughts on transference perversion", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 59, págs. 45-53; (También en Jean Bergeret, ed. *La cure psychoanalytique sur le divan*, París: Tchou, págs. 177-91).
3. Freud, Sigmund, (1916) "Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo analítico", en *AE.*, vol. 14, págs. 313-39. (SE. vol. 14)
4. — (1917c) "Duelo y melancolía", en *AE.*, vol. 14, págs. 235-55 (SE., vol. 14).
5. — (1919b) "Pegan a un niño" (Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales"), en *AE.*, vol. 17, págs. 173-200. (SE., vol. 17).
6. — (1923a) *El yo y el ello*, en *AE.*, vol. 19, págs. 1-66 (SE., vol. 19)
7. — (1924a) "El problema económico del masoquismo", en *AE.*, vol. 19, págs. 161-76 (SE., vol. 19).
8. — (1927a) "Fetichismo", en *AE.*, vol. 21, págs. 141-52, (SE., vol. 21).
9. — (1933) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, en *AE.*, vol. 22 págs. 1-168, (SE., vol. 22).
10. — (1940b) "La escisión del yo en el proceso defensivo", en *AE.*, vol. 23, págs. 271-8, (SE., vol. 23).
11. Joseph Betty, (1971) "A clinical contribution to the analysis of a perversion", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 52, págs. 441-9.
12. — (1975) *The patient who is difficult*

to reach", en Peter L. Giovacchini, ed. *Tactics and techniques in psychoanalytic Therapy*, Nueva York: Aronson, 1975, vol. 2, cap. 6, págs. 205-16 (Leon Brinberg ed., *Prácticas psicoanalíticas comparadas en las neurosis*, Buenos Aires: Paidós, 1977, cap. 7).

13. López B., (1969) "Aportes al estudio de la adicción, Consumo de drogas y alternativas del proceso terapéutico", trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina (inédito).
14. — (1984) *Espacios Mentales-Criterios Clínicos* (en prensa).
15. — (1987) *Síndrome fronterizo: cuerpo, encuadre y discurso*, vol. IX, Psic.
16. Meltzer, Donald, (1967) *The Psychoanalytical process*, Londres: Heinemann, Buenos Aires, Paidós, 1968.
17. — (1973) *Sexual states of mind*, Perts-hire: Clunle Press.
18. — (1978) *Teoria della perversione sessuale*, *Quaderno di psicoterapia infantile*, Roma Editore Borla.
19. Navarro de López, Sheila, (1980) "Tres formas de resistencias iniciales: pseudo-identidad, reversión de la perspectiva y relación adictiva", *Psicoanálisis*, vol. 2, págs. 1137-65.
20. Rosenfeld, Herbert A., (1952a) "Notes on the psycho-analysis of the superego conflict in an acute schizophrenic patient", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 33, págs. 111-31, también en *Psychotic...*, cap. 4.

“Les indomptables figures de l'anorexie”

Entrevista a Ginette Rimbault

Ginette Rimbault posee la doble formación de psiquiatra y psicoanalista. Poco después de aprobar su tesis, en 1956, pasa a ser alumna de Jacques Lacan en la Sociedad Francesa de Psicoanálisis y lo sigue cuando, luego de su exclusión, él funda la Escuela Freudiana de París.

Comenzó a trabajar como psicoanalista en servicios hospitalarios de niños en un época en la que esa tarea constituía una experiencia excepcional. Simultáneamente trabajó también como psicoanalista con el equipo pediátrico y comenzó desarrollos de investigación igualmente novedosos. Vertex, representado en la ocasión por Dominique Wintrebert, la entrevistó, en París, el 28 de setiembre de 1990 a propósito de su último libro “Les indomptables figures de l'anorexie”.



H. Elmut Newton
Modelo en el gimnasio (1974)

Vertex: Dra. Raimbault, la invito a presentarse a nuestros lectores.

Ginette Raimbault: Yo funciono como psiquiatra y psicoanalista en el Instituto Nacional de la Salud e Investigación Médica (INSERM).

He dirigido una unidad de investigación psicoanalítica y sociológica que fué la primera de su tipo en Francia entre los organismos estatales de investigación.

Vertex: ¿Qué razones le hicieron abandonar esa dirección?

Raimbault: Abandoné mis funciones administrativas pero no las de Director de Investigación. El reglamento pide que el director no permanezca más de 12 años a la cabeza de su unidad y yo ya había estado 10 años. Por lo tanto estimé que había sido suficiente; sobre todo por que habiendo partido de un pequeño núcleo de psicoanalistas nosotros habíamos ampliado nuestro campo de acción. Actualmente disponemos en esta unidad de investigación de sociólogos, epistemólogos e historiadores lo cual la convierte en la más amplia de las existentes en nuestro medio en el dominio de las ciencias humanas y sociales.

Vertex: El recorrido como investigadora está ligado a su práctica como psicoanalista en medio hospitalario, ¿podría relatarnos esa experiencia, al menos en sus grandes lineamientos?

Raimbault: Comencé en 1965 a pedido del Prof. Royer quién luego adquirió renombre mundial y que actualmente dirige el Centro Internacional de la Infancia. En esa época él tenía un Servicio de Nefrología Pediátrica. No existiendo aún la diálisis ni los trasplantes, los niños afectados por nefropatías incurables, estaban condenados a corto plazo. El equipo de médicos y enfermeras estaba así confrontado a fracasos terapéuticos y duelos repetidos, y hablo de duelos porque más allá de los cuidados físicos se anudaban entre los miembros del equipo y esos niños verdaderos lazos de afecto.

Vertex: Hace 25 años no era común que se le pidiera a un psicoanalista intervenir en un Servicio de Medicina. ¿El profesor Royer tenía alguna relación particular con el psicoanálisis?

Raimbault: No con el psicoanálisis sino con su trabajo. Jenny Aubry* tenía un servicio en esa época y eso también jugó un rol. Hostilizada por otros pediatras Jefes de Servicio en el Hôpital d'Enfants Malades Aubry pidió al Profesor Royer que le enviara a unos de sus asistentes como garante de buen nivel en el trabajo pediátrico. Así comenzaron una serie de intercambios. Yo trabajaba entonces con Aubry y tenía una formación hecha con Balint en grupos de formación psicoanalítica con médicos. Cuando el Prof. Royer le pidió a Jenny Aubry que le recomendara alguien mi recorrido le interesó mucho.

Vertex: Quiere decir, entonces, que durante todo

un período Ud. trabajó con el equipo de pediatría para intentar metabolizar lo insoportable de la muerte de esos niños.

Raimbault: Así es, mi asistencia a tiempo completo en el Servicio me permitió estar presente en los momentos de crisis y hacer un trabajo individual y de grupo, no solamente con los miembros del equipo, sino también con los niños y sus familias. De allí provino el libro "El niño y la muerte" que es esencialmente una colección de diálogos con esos niños, quienes, en situación analítica podían decir sus pensamientos, sus deseos, sus miedos, sus fantasmas. El equipo y la familia pueden así comprender que ante la enfermedad y la muerte el niño no difiere del adulto, sino, por su preocupación de proteger al otro, y al otro del cual sabe que le va a causar daño con su muerte.

Vertex: Se ve cómo su función de psicoanalista en el hospital era ya la de interesar a los médicos por otro cuerpo que el de los órganos. Me refiero a un cuerpo subjetivizado. Encontramos aquí la traza de su último libro "Les indomptables figures de l'anorexie". Esto se precisó en 1982, cuando publicó "Clinique du Reel",** en el cual consagra un capítulo entero a la anorexia bajo el título: "Sans faim, sans amour et sans treve"***. Allí se encuentran la mayor parte de los temas que desarrollaría en "Les indomptables..." tales como la problemática del duelo, el secreto de familia, la dimensión del sacrificio, la oposición entre deseo y necesidad, etc...

¿Por qué abandonar allí la clínica por el estudio de personajes literarios o históricos?

Raimbault: Luego de haber presentado casos de anoréxicos en "Clinique du Reel" pasé por una fase intermedia. Hice un paralelo entre esos casos clínicos y Antígona. Yo me enganché con ella por que, en tanto fiel de Lacan, Antígona representó para mí un punto fundamental, en la ética del psicoanalista. Luego para "Les indomptables..." que es una obra de vulgarización, nos ha parecido, con Caroline Eliascheff, que era más interesante buscar figuras capaces de ilustrar esas hipótesis que tomar el material del que disponíamos: es una cuestión de orden ético. Podríamos haber hecho el trabajo con casos clínicos por que por otra parte en un primer momento ya había pedido a esas jovnecitas y a sus familias la autorización y me la habían acordado.

Vertex: Antígona ya está presente en "Clinique du Reel" ¿Podríamos decir que Antígona y el comentario de Lacan sobre ella como encarnación del deseo es la figura literaria bisagra de vuestro último libro?

* Hermana de Louise Weiss y madre de Elizabeth Roudinesci-Aubry fue analizada por Cenal y luego por Nacht participando luego en la formación de conocidos psicoanalistas franceses (R. Lefort, D. Widlocher, G. Rimbault, etc.)

** El psicoanálisis y las fronteras de la medicina. Edit. Ariel, Barcelona, 1985.

*** Sin hambre, sin amor y sin tregua.

Raimbault: Exactamente.

Vertex: ¿No hay riesgo al tomar un personaje de ficción utilizado por Lacan, no para poner en evidencia la clínica, sino en un registro conceptual? ¿No hay allí un hecho de que se toca la dimensión del deseo algo que podríamos alimentar cuadros clínicos variados y no solamente la anorexia?

Raimbault: Puede ser. Alimentar viene bien a propósito. Eso me sirvió para poner en relieve la distinción deseo, necesidad, que es fundamental hacer entender. Es necesario decir que si bien, yo escribo por placer, también lo hago como un mensaje dirigido a los médicos y a las familias; intentar mostrarles que la teoría es importante, que permite descifrar, entender quizás de otra manera lo que esas jovencitas quieren decir.

Entonces, escribiendo, encontré que finalmente el personaje de Antígona era una ilustración de todos los temas que había señalado en esas jovencitas, de lo que había escuchado especialmente con sus historias de duelo, de secreto, de querer restablecer la memoria, de necesidad imperiosa de que el ser humano no sea rebajado al rango de animal.

No sé si esto fue entendido por todos ya que el tipo de críticas que recibí fue: "¿Es que vería a Antígona alimentarse de algunas aceitunas negras?!". Sin embargo, ese capítulo era esencial por que sacaba la descripción clínica del punto de vista comportamentalista que tenemos tendencia a poner en primer plano a propósito de la anorexia. Lo encontramos nuevamente en Sissi, Isabel de Austria, que se agotaba con ejercicios físicos.

Describimos muchos comportamientos sorprendentes, mientras que con Antígona justamente no tenemos la noción de lo que ella pudo hacer a su cuerpo, como no sea el hecho de haberse hecho emparedar viva. Pero me parece mucho más interesante entender lo que pudo llevarla conscientemente y también a pesar de ella a su acción.

Vertex: Escuchándola, uno siente que Ud. le presta a Antígona una existencia, la convierte en un personaje de carne y hueso.

Raimbault: En efecto, la puedo imaginar muy bien.

Vertex: entonces, la anorexia existe desde antes de Lasègue...

Raimbault: Seguramente. Es lo que quisimos hacer comprender hablando de Catalina de Siena. Existió bajo otra forma que es la que vemos en ciertas místicas. Algo sorprendente es que en la Edad Media, ante esos personajes tan testarudos, tan fuertes, tan "one-minded", el problema era saber si estaban movidos por Dios o por el diablo. Si eran místicas verdaderas o brujas. Ahí hago referencia a un libro muy interesante de R. M. Bell "Holy, Anorexia". Este autor estudió a las místicas santas del siglo XIV, en la Toscana.

Es interesante que haya elegido ese título de anorexia santa.

Vertex: Esto nos lleva a la dimensión de mortificación presente en toda anorexia. ¿No encontramos acaso esta dimensión de la mortificación a través de los siglos al mismo tiempo que, más allá de la anorexia, uno estaría tentado de ligarla a la captura en lo simbólico del ser humano?

Pensemos sino en los primeros cristianos como ejemplo.

Raimbault: Lo que se me ocurre al escucharlo es que se podía poner todo eso en relación a una persecución que apuntaría a anular la existencia deseante. Los primeros cristianos combatían por una causa, la causa de un orden místico. La mortificación viva, la del cuerpo fisiológico, del cual pueden satisfacerse las necesidades, sin que por ello haya existencia del sujeto.

Vertex: Ud. dice que el texto de Lasègue de 1873 es la mejor descripción clínica. El se demuestra no sólo un excelente clínico, sino también un notable terapeuta. Pienso especialmente en sus recomendaciones contra los excesos, esperar la tercera fase de la enfermedad para intervenir. El señala que nunca vió a una anoréxica morir de inanición.

Vista la relativa frecuencia que tienen ese tipo de deceso hoy día ¿piensa que puede haber alguna iatrogenia moderna ligada a un cierto encarnizamiento terapéutico?

Raimbault: El término de iatrogenia me parece completamente justificado. Tomaría como ejemplo a Valerie Valere*. Ella se suicidó. Fue quebrada, llevada al suicidio. La manera en que fué tratada desembocó en un suerte de desierto. Si uno mira sus libros, nota que el segundo es menos bueno. Se la ve perder progresivamente su calidad de escritora como si hubiera sido sometida a duras pruebas. Creo que se debe a los tratamientos que recibió, a la terapéutica que se le impuso. Aún en la actualidad se es muy agresivo.

Hace poco he visto a una jovencita que estuvo internada en un servicio cuyo nombre me callo. El Jefe del Servicio coloca a las jovencitas desnudas ante un espejo y les pregunta: "¿Te encuentras bella?". El está muy contento de sus resultados por que ellas se apuran para engordar. Luego él no quiere verlas más. ¿Qué pasa con todo eso después?

Vertex: Es decir un forzamiento equivalente a un atiborramiento alimentario por la fuerza?

Raimbault: Sin duda es evidente que uno puede hacer vivir una anoréxica como cuerpo mientras esté bajo perfusión, pero ¿qué ocurre para ella durante y después de ese lapso de tiempo? Ese tipo de medidas terapéuticas son frecuentes actualmente y pueden conducir a lo peor.

Vertex: Pasemos al tema del aislamiento del medio familiar. Tal como lo reivindicó Charcot aparece como modo terapéutico para romper lo que parece

* Escritora, enferma de anorexia nerviosa.

insoluble en la dinámica familiar. Lasègue no lo menciona. ¿Qué es lo que hace que ese tipo de medida se use aún?

Raimbault: Tendría tendencia a relacionarlo con la posición médica tradicional que consiste en decir: "Yo, el médico, puedo curar y aparto todo lo que pueda interferir". En parte está ligado a eso que llamamos encarnizamiento terapéutico. Por otro lado, es cierto que cuando uno ve esas jovencitas con sus familias no puede permanecer insensible a la dimensión del enfrentamiento imaginario entre ellos. Aislar sería, en suma, introducir un límite, una ley, en eso que aparece como diada.

Vertex: Ud. dice que Lasègue se orienta en su trabajo más bien hacia el lado de la perversión que de la histeria. Esta última, la histérica, se reivindica enferma, lo cual no ocurre con la anoréxica. ¿Debe entenderse en el sentido de una perversión de la conducta alimentaria?

Raimbault: Así es. Yo no diría perversión en el sentido de estructura perversa.

Vertex: Sin embargo, uno podría hacer referencia al masoquismo en tanto goce encontrado en el sufrimiento. ¿No hay un goce del hambre que podría inscribirse como rasgo de perversión?

Raimbault: En eso estoy completamente de acuerdo con Ud. Eso podría ser tema para otro artículo. No me explayé en esa dirección para no manchar la lectura de nuestro libro con todo el imaginario que hay alrededor del término de perversión. Ud. hace muy bien en plantear la pregunta. Pero que haya goce buscado sin saberlo el sujeto ¿significa que haya perversión?

Vertex: Si consideramos la anorexia que encontramos en la psicosis debo agregar una pregunta ¿la anorexia constituye un cuadro clínico particular o un simple síntoma que podemos encontrar en cualquier estructura?

Raimbault: Más que un síntoma. Mi posición es simple (para retomar sus términos de "simple síntoma"). El síntoma es un modo de existencia para un sujeto que no ha podido y no puede decir, más aún, saber, mientras no lo haya reconocido.

Vertex: Sin embargo, en el caso de la histeria, una joven inscrita en esa vertiente ¿no puede revelarse indomable sin sufrir de anorexia, simplemente plantándose en una posición de desafío? Por otro lado Ud. dice que una pregunta que se hacen las anoréxicas es qué es ser una mujer, pregunta que Lacan nos ha enseñado a situar como paradigmática de la histeria.

Raimbault: No sé si es una respuesta a su pregunta pero la anorexia me aparece en relación con una historia de genealogía.

No sé si podemos decir eso de la histeria. Por otra

parte Lacan no habla de histerias de genealogía.

Vertex: Sin embargo ¿no abandona Freud la versión histórica de los trastornos cuando él arma su teoría del fantasma inconsciente?

Raimbault: El abandona la vertiente de la historia del individuo pero ya sea Freud, Lacan o Melanie Klein ninguno fué más allá de la generación de los padres y me parece que son necesarias tres o cuatro generaciones para fabricar una anorexia. Yo pongo aquí en primer plano para la anorexia lo que encontramos en Antígona: por un lado el secreto, por otro la ruptura en la transmisión. Yo encuentro esto en estas jovencitas. Y hablo más gustosa en términos de transmisión de la cadena significativa con sus rupturas, su secreto y el deseo de restablecer el orden propio a lo humano, al sujeto hablante (parlêtre) para citar el vocabulario de Lacan..

Vertex: ¿Y en el caso de los varones?

Raimbault: Vemos más anorexia que antes en los muchachos. Es un hecho. ¿La explicación?: Los casos que encontré en el hospital estaban, sea en una crisis delirante, sea afectados de una patología orgánica, tumores de cerebro, por ejemplo.

Vertex: ¿Qué opina Ud, de la aproximación que algunos hacen entre anorexia y melancolía o bien entre anorexia y estados límites frecuentemente explicándola como patología del narcisismo?

Raimbault: Ud. se habrá percatado que en nuestro libro hemos evitado la palabra narcisismo como lo hicimos con perversión. Probablemente por que quién dice narcisista, fuera del medio psicoanalítico, introduce una nota peyorativa. Tengo en cuenta en lo que se convierte el vocabulario del psicoanálisis para el gran público.

Vertex: Pero ¿si no escribiera para el gran público?

Raimbault: Gran público es: las familias, los médicos, la sociedad, es decir, todos aquellos con quienes la joven anoréxica está confrontada, aquellos por quienes intenta hacerse reconocer. ¿Quién, en esas condiciones no presenta una patología del narcisismo?

Vertex: ¿Y la relación anorexia-toxicomanía?

Raimbault: Lo que me interesa en eso es esa atadura a un objeto necesario en el toxicómano. En la anorexia vemos lo inverso. Igualmente ese goce que va más allá.

Vertex: Se cuenta del uso forzado que la emperatriz Sissi hacía del ejercicio físico. ¿Qué relación se puede establecer entre la anorexia y las prácticas culturalistas que van casi hasta el sufrimiento corporal?

Raimbault: Es uno de los componentes en el caso de Sissi. Pero es un caso particular en el sentido que esa conducta comenzó después de la muerte de su hi-

ja. Es una suerte de agotamiento. Yo sigo un caso análogo actualmente.

Vertex: ¿Se trata de un modo de tratar el duelo o de una manera de descargar toda la libido por esa vía?

Raimbault: Cuando están hospitalizadas ¿en qué pasan el tiempo estas anoréxicas? en circular, saltar, gastar su energía, como en una puesta a prueba de su supremacía sobre el cuerpo. No pueden hablar claro de ello. Es un criterio, no sé si de curación pero al menos de retomar una pequeña vida, de que asuman algo. Uno no se cura de la anorexia mental; no consideramos, de todas maneras, que sea una enfermedad.

Vertex: En efecto todo el mundo habla claramente de recidivas. Lasègue decía no observarlas. No tiene Ud. la impresión de que en su época las anoréxicas se las arreglaban mejor.

Raimbault: Si.

Vertex: ¿Por qué no hay anorexia en Africa negra?

Raimbault: Eso me ha sido confirmado. Si miembros de esas etnias son trasplantados a países civilizados desarrollan anorexias.

Me parece entonces que hay una pérdida de rituales y por lo tanto una modificación en el campo simbólico. Sería esa modificación que vendría a traducir la anorexia.

Vertex: ¿Ud sitúa entonces eso del lado de la cadena significativa no del objeto?

Raimbault: Pensándolo me parece que ese sería el punto de partida; ser arrancado de la tierra familiar, de las tradiciones.

Vertex: Saltando a otra cosa, ¿de dónde procede esa referencia a Brillat Savarin conocido como el príncipe de los sibaritas?

Raimbault: Es una tradición familiar. Mi madre es de la región de Brillat Savarin y para mí es una referencia casi cultural.

Vertex: ¿Por qué su interés particular por la anorexia?

Raimbault: Es un tipo de historia que conozco. Sin manifestar los síntomas de manera tan evidente se trata de una patología que me es familiar.

Vertex: Para concluir ¿qué es una anorexia sin síntomas?

Raimbault: Un intento desesperado de decir lo que es el orden humano, hombre y/o mujer ■

Introducción al texto de Charles Lasègue sobre la anorexia histórica

Georges Lanteri-Laura*

Por más límpido que pueda aparecer en una primera lectura, el texto de Charles Lasègue sobre la Anorexia Histórica no puede comprenderse sin alguna referencias a su autor y a la evolución de la psiquiatría francesa en la época en la que él desarrolló su obra. Es por esto que en las líneas que siguen, sin pretender esbozar una biografía ni desarrollar un comentario filológico intentaremos poner en orden ciertos datos de su vida y situar sus trabajos en relación a algunas obras mayores del siglo XIX.

1. Charles Lasègue y su época

Nace en 1816 en París y allí muere en 1883. Es decir que conoció gran parte del S. XIX, desde la Restauración hasta la Tercera República, pasando por la Monarquía de julio de Luis-Philippe (1830-1848), la Segunda República (1848-1852) y el Segundo Imperio de Napoleón III (1852-1870).

Sus orígenes lindan con el Siglo de las Luces y su fin, con la época de la industrialización. Sus primeras lecturas fueron los románticos y las últimas las novelas naturalistas. Remontándose así, a Lamartine y V. Hugo para terminar en Flaubert, de Maupassant y Zola. En filosofía, en un comienzo el eclecticismo de Víctor Cousin y luego el positivismo de Comte con el enfoque de E. Littré y E. Renan; en medicina la prestigiosa escuela de París, desde Corvisart hasta Laënnec, y luego Claude Bernard, los discípulos de Pasteur, así como los comienzos de la bioquímica con Berthelot. Veremos

más adelante las influencias psiquiátricas.

Sus primeros estudios fueron literarios. Licenciado en Letras en 1838, se propone llegar a ser profesor de filosofía pero entre sus amigos más próximos se encuentra Claude Bernard quien siendo interno de J. P. Falret lo ha llevado al Servicio de su Jefe en la Salpêtrière. Era costumbre de la época permitir la concurrencia a los servicios parisinos de psiquiatría (Bicêtre de hombres, Salpêtrière de mujeres, Charenton para los enfermos que pagaban) a personas que sin ser médicos se interesaban en la patología mental.

Falret, alumno de Esquirol, practicaba en su servicio la enseñanza regular de clínica mental: demostraba la inexistencia de las monomanías y, contra la entonces comunmente aceptada hipótesis de la unidad de la alienación mental, defendía junto con otros la necesidad de admitir la pluralidad de las enfermedades mentales. El primer paradigma, el de Pinel y Esquirol, cederá así su lugar al segundo, de mediados de siglo.

Lasègue se apasionó rápidamente, y comprendió que para interesarse en la patología mental, los estudios de filosofía no eran suficientes. Se inscribe entonces en la Facultad de Medicina de París en 1839, donde se recibe de doctor, en 1847. Desde 1848 hasta 1850 es Inspector General adjunto de los asilos de alienados, junto a Ferrus y Parchappe. Desde 1850 hasta su fallecimiento, ejerce las funciones de médico para los alienados en la Prefectura de Policía de París. Llega a ser agregado de medicina en 1853 y médico de los hospitales de París en 1854 (jefe

del Servicio en Lourcine, la Salpêtrière, Saint-Antoine, Necker y la Pitié), profesor de Clínica Médica en 1869 y miembro de la Academia de Medicina en 1876.

Un recorrido tal no es extraño en esa época, y muchas otras biografías, como la de su amigo B. A. Morel, nos revelarían aspectos comparables. Al principio, estudios de orden muy diferente, luego un contacto de aficionado con la patología mental, la seducción intelectual ejercida por ese maestro incomparable que fue Falret y, por fin, la decisión de pasar de aficionado a profesional, realizando los estudios de medicina.

A partir de allí, lleva a cabo, paralelamente, dos actividades médicas muy diferentes, de las cuales sólo la primera concierne a la patología mental. Es, en efecto, por un lado médico de la Prefectura de Policía para los alienados, y por otro lado, médico de los hospitales de París y profesor de Clínica Médica. Precisemos un poco el significado de estos dos roles, que resultaría ininteligible sin algún comentario.

París, sin intendente desde el Consulado, tenía su administración garantizada por el Prefecto del Sena y por el Prefecto de Policía, encargado éste último, con la ayuda de sus comisarios, de mantener el orden público. En cumplimiento de esta misión, encerraban en el "Depôt"* a todos los que, en la víspera, habían perturbado el orden público y que un tribunal correccional iba a juzgar en la mañana del día siguiente, durante una audiencia denominada de delitos flagrantes.

* Hôpital Esquirol .94229, Saint-Maurice CEDEX. Francia. Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales.

* N. de T. Lugar de encierro provisorio que poseía la Prefectura de París.

Dado que entre los encerrados en el "Depôt", había heridos, una enfermería le estaba anexa. Como algunos parecían sospechosos de trastornos mentales, un médico competente en ese terreno debía examinarlos. Y, al concluir dicho examen proponer, o bien su compareción ante el tribunal de delitos flagrantes si no eran reconocidos como alienados, o bien su internación obligatoria en caso contrario. En 1872 será organizada la Enfermería Especial cerca de la Prefectura de Policía y la Jefatura médica será ocupada luego de Lasègue por Le Grand du Saulle y De Clérambault entre otros. Ella fue y es todavía un puesto de observación psiquiátrico muy particular, ya que las personas a examinar están allí por trastornos del comportamiento que han puesto en peligro el orden público. Permaneciendo estas personas en situación aguda, era necesario separar aquellos que adolecían de una patología mental de los que no la sufrían, y entre los primeros a los que podían volver a su casa respecto de los que era necesario hospitalizar en forma autoritaria. Esta función consituirá, durante treinta y tres años el vínculo principal de Lasègue con la psiquiatría.

En calidad de médico de los hospitales de París, de profesor agregado y más tarde de profesor de clínica, Lasègue tenía un servicio y una responsabilidad en la enseñanza de la medicina general en los cuales la patología mental no tenía, por así decir, ningún lugar salvo quizás durante su pasaje por el Hotel-Dieu. Durante todo este período y hasta la Segunda Guerra Mundial, en París, las únicas distinciones que se hacían en los hospitales y en la facultad eran las que existían entre medicina,

cirugía y obstetricia. Los Servicios de Medicina debían recibir toda la patología interna y ser médico de los hospitales de París comportaba la obligación de saber toda la medicina, lo mismo que enseñarla toda, si se era profesor de clínica.

Las especializaciones aparecían mucho más como una reducción de las áreas de competencia que como una profundización y la oftalmología como la otorrinolaringología eran menospreciadas en tanto un saber instrumental más propio de un practicion que de un espíritu especulativo. Cuando, hacia 1879, fué creada la cátedra de enfermedades mentales sus dos candidatos, tanto el triunfador B. Bull como su oponente V. Magnan, tuvieron la preocupación de mostrar que su saber y su práctica, englobaban la medicina en su totalidad no restringiéndose exclusivamente a la patología mental.

La situación de Lasègue era, por lo tanto, una de las posibilidades institucionales para practicar psiquiatría en la medicina parisina. No era sin embargo la única, existían también los puestos de Alienista de los hospitales de París, en la Salpêtrière y en Bicêtre, que recibían en sus servicios pacientes bajo el régimen de la ley 1838, puestos en Charenton provistos directamente por el ministro del Interior y, desde 1867, puestos de médicos de los asilos públicos del Sena (St. Anne, Vaucluse y Ville Evrard).

Sin embargo, a pesar de que no existía una jerarquía indiscutible entre todos éstos servicios y de que en cada uno de ellos había profesionales conocidos mundialmente en esa época, el lugar ocupado por Lasègue era destacado.

2. Charles Lasègue y su obra.

Lasègue llega a la patología mental en un momento en el que se desata una triple crisis. Recordaremos lo esencial de ellas porque sin situarnos en relación a esos debates no comprenderíamos nada de su obra.

Es el momento en el que se pasa, no sin tropiezos, del paradigma unitario de Pinel, Esquirol y Georget, pero también de Heinrich, Ideler y Griesinger de la alienación mental: proceso único a expresiones clínicas múltiples (manía, lipemania, monomanía, idiocia, demencia), lugar de tratamiento único (el asilo) y terapéutica única (el tratamiento moral de la locura) a un paradigma plural: el de las enfermedades mentales, procesos diversos y dispares que debían volver a entrar en una medicina que la escuela de París había revolucionado con la invención de una semiología activa y la investigación de correlaciones anátomo-clínicas.

Pero esta mutación no se opera sin dificultades: Pinel y Esquirol siguen siendo personajes de referencia reverenciados por todos y algunos hombres tan eminentes como Morel y Moreau de Tours se mantienen fieles hasta el fin a la vieja ortodoxia. A pesar de su temperamento pacífico, Falret deberá sostener duras polémicas.

Segundo litigio: Pinel y Esquirol exigían la erección de establecimientos totalmente específicos que, aunque distintos de las instituciones penitenciarias, los fueran también de esos hospitales de París que el Primer Consul había reorganizado. Tales instituciones se situaban en la lógica indiscutible de la alienación mental y del tratamiento moral de la locura; pero en su época ninguna institución

fue efectivamente realizada: la última cadena de presidiario salió de Bicêtre en 1834 y la reconstrucción de Charenton en 1849 se hizo según los planos del arquitecto Gilbert, completamente distintos a los de Esquirol.

Esos asilos fueron edificados, pero recién a finales del Segundo Imperio y comienzos de la Tercera República, es decir, en un momento en el que todos aquellos que contaban en psiquiatría no acordaban más algún valor ni al concepto de alienación mental ni al tratamiento moral de la locura. Toda la psiquiatría francesa quedará marcada por un siglo.

Tercera aporía: mientras que se creyera en el concepto de alienación mental, se debía delimitar lo que le pertenecía de lo que no y, por ejemplo, los trastornos ligados a las intoxicaciones o a las infecciones (las frenitis de los antiguos y el delirio agudo de los modernos) quedaban excluidas. Pero tratándose de enfermedades mentales ¿dónde poner los límites de la patología mental?

En esta difícil coyuntura, Lasègue se plegará a la noción de alienación mental al publicar en 1844 y 1845 en los "Annales médico-psychologiques", junto a su amigo Morel, excelente germanista, una serie de artículos de historia de la psiquiatría consagrados a la escuela psíquica alemana para la cual la *Einheit* psicosis era una de las referencias esenciales. Pero con el paso del tiempo terminará ilustrando la concepción de enfermedades mentales de J. P. Falret con esos artículos monográficos que en 1884 sus alumnos reunirán en los dos volúmenes de los "Études médicales": le délire de persécution (1852), l'anorexie histérique (1873), l'exhibicionisme

(1877), le vol aux étalages (1880), le délire alcoolique (1881).

3. La anorexia histérica

La anorexia histérica es para él una enfermedad mental en el sentido que daba a esta locución J. P. Falret. Es decir, un cuadro clínico preciso, con una evolución bastante típica y un tratamiento propio, según el modelo propuesto a fines del siglo XVI por Sydenham (y no tal como el anacronismo erigido en método nos lo hace atribuir al trabajo de Bayle de 1822).

Lasègue trata las afecciones histéricas como susceptibles de estudios aislados, los que por su rigor clínico, permitirán hacerse una justa idea de la histeria tomada en su conjunto. Se ubica así, lejos de Charcot que partía de la gran crisis y la desmembraba. Por el contrario, él comienza por un tipo semiológico bastante delimitado como para poder ser objeto de una investigación, limitada por cierto, pero rigurosa. Señala sí, al lado de la anorexia histérica, la tos histérica, la catalepsia pasajera como otros han estudiado las hemiplejías, las contracturas o las anestias.

Entre todos los trastornos digestivos que la caracterizan, Lasègue aísla "una de las formas de histeria a foco gástrico" que estima bastante frecuente y constante en numerosos casos. En los que él retiene, el apetito está disminuído, existe convicción de que la alimentación será dañina y hay una indocilidad que conduce a la enferma a abstenerse de comer.

Al comienzo, una jovencita, contrariada en sus sentimientos en forma neta u obscura, sufre una molestia postprandial. Luego de varios días decide reducir la ali-

mentación y varias semanas después rehúsa alimentarse. La enfermedad está ahora instalada y el médico debe tomarla muy en serio porque con tales pacientes dice Lasègue: "el menor error médico es irreparable".

El examen minucioso encuentra una gastralgia mal localizada acompañada de una inquietud muy especial. Los remedios habituales no la calman. La sensación de apetito ha desaparecido. La enferma es activa y se torna alegre pudiendo prolongarse este estado sin daño evidente. Amenazas y ruegos, recursos habituales de la familia, no sirven de nada pero monopolizan la atención del entorno mientras la paciente goza de "una quietud, yo diría casi un contento verdaderamente patológico". "No sufro, por lo tanto estoy sana, tal es la fórmula que ha reemplazado a la precedente: no puedo comer porque sufro".

Después aparecen las reglas y sobreviene la sed; el adelgazamiento se torna notable con debilidad generalizada y agotamiento. El entorno se inquieta mucho y la considera una verdadera enferma. Pero salvo algunos casos en los que se trata de una tentativa de suicidio disfrazada, se opera poco a poco, lentamente, una mejoría a veces puntuada de algún sobresalto. Una vez establecida la curación, completa o parcial, se mantiene sin recaídas.

Ese texto ilustra muy bien cómo se caracterizaba una enfermedad mental en la época en la que Charles Lasègue lo publicó: evolución típica, atenta abstención terapéutica, consideración de los sentimientos sucesivos que presenta el entorno. Es por ello que conserva un interés a la vez histórico y actual ■

La anorexia histérica*

Charles Lasègue



Tengo la impresión de que no arribaremos a constituir la historia de las afecciones histéricas sino estudiando aisladamente cada uno de su grupos sintomáticos. Luego de ese previo trabajo de análisis, reuniremos los fragmentos y recompondremos el todo de la enfermedad. Mirada en su conjunto la histeria tiene demasiados fenómenos individuales e incidentes azarosos como para que uno llegue a aprehender lo particular en lo general.

Este procedimiento, más que discutible si lo aplicamos a enfermedades limitadas en el tiempo, en el espacio, en sus localizaciones y en la modalidad de sus fenómenos, encuentra aquí su legítimo empleo. Yo ya he dado las características de la tos y la catalepsia pasajera de naturaleza histérica; otros han consagrado riquísimas monografías a las hemiplejías, a las contracturas transitorias o durables, a la anestesia, etc. Me propongo tratar hoy un complejo (sic) sintomático demasiado frecuentemente observado como para que sea un accidente excepcional y que tiene además la ventaja de hacernos penetrar en la intimidad de las disposiciones mentales de la histéricas.

Los trastornos digestivos que sobrevienen en el curso de la his-

teria son numerosos. Ellos consisten en vómitos repetidos y a veces casi incoercibles, dolores gástricos, hematemesis, constipaciones o singulares diarreas, sea por su evolución o por alguna de sus características.

Entre los síntomas graves, sobre todo los vómitos de sangre han fijado la atención de los médicos; las gastralgias, fenómenos puramente subjetivos, son mal conocidas y los trastornos intestinales son materia de mayores dudas.

Nos hemos dedicado de preferencia a las perversiones insólitas del apetito, cuyos ejemplos sobreaundan y cuyas variedades son casi innumerables. Relatando hechos singulares y casos de apetencias extrañas hemos descuidado estudiar el verdadero estado de los enfermos y el todo quedó reducido a la improductiva noción según la cual las histéricas están sujetas a los desórdenes más inverosímiles de las funciones digestivas. No sería sin embargo imposible ensayar una clasificación de esa clase de

anomalías; pero aunque he observado un gran número de ellas, no deseo hablar de eso aquí, ni siquiera incidentalmente.

El objeto de esta memoria es dar a conocer una de las formas de histeria con focalización gástrica. Forma bastante frecuente para que su descripción no sea, como ocurre fácilmente, la generalización artificial de un caso particular. Se trata de un cuadro bastante constante en sus síntomas como para que los médicos que lo han observado puedan controlar la exactitud de mi relato y como para que a aquellos que lo encontraran en su práctica no los tome desprevenidos. El nombre anorexia podría haber sido reemplazado por el de inanición histérica, lo cual representaría mejor la parte más sobresaliente de los accidentes. Yo he preferido, sin otra defensa particular, la primera denominación justamente porque ella nos remite a una fenomenología menos superficial, más delicada y también más médica.

De los diversos tiempos que componen la digestión el mejor analizado por los enfermos y el menos fácilmente estudiado por los médicos es, sin duda, el apetito por la alimentación o por los alimentos. Si el término anorexia es adoptado generalmente para representar un estado patológico no hay un término correspondiente para el estado fisiológico ya que el término orexia no existe. De allí

*Publicado en "Archives générales de médecine", París, abril, 1873. Traducc. de J. C. Stagnaro.

que nos falten expresiones para designar los grados o variedades de inapetencia. Aquí como en otros casos la pobreza de vocabulario responde a una insuficiencia del saber. En ciertos casos, el apetito queda suprimido sin que el enfermo experimente otra sensación que la pena de ser privado de un excitante que lo invite a la alimentación.

No hay repugnancia y frecuentemente el proverbio que dice que el apetito viene comiendo se encuentra justificado.

En otras condiciones, el enfermo experimenta una repulsión más o menos viva por ciertos alimentos y por fin, en otros, toda substancia alimenticia provoca asco. Por más general que sea la inapetencia siempre tiene una gradación, en escala tal, que los alimentos no son rechazados indistintamente con igual insistencia.

Existen por el contrario afecciones, sea del estómago, sea del sistema nervioso central, localizadas o diatésicas, acompañadas de una sensación de apetito ilusoria que aparece a intervalos desiguales o bien casi regulares. En algunas histéricas uno observa estos falsos apetitos exigentes, imperiosos, en el mismo grado que en ciertos diabéticos. Casi siempre, obedeciendo a una hipótesis teórica, las enfermas parten de la idea de que su malestar se debe a la inanición y que logran conjurararlo ayudándose con alimentos, aunque fuere, en cantidades reducidas. La experiencia muestra que dos gotas de laudanum son más útiles para apaciguar el hambre imaginario que la ingestión de alimentos.

A la sensación exagerada del apetito, a la suposición que los alimentos calmarán la necesidad, se corresponde en el sentido inverso, un apetito disminuido y la convicción de que la alimentación será perjudicial. La enferma se comporta entonces, como el primer caso, en acuerdo con una hipótesis instintiva. Dócil, deseosa de liberarse de su temor intenta y adquiere la certidumbre o de que su salud gana más continuando la alimentación, aún a costo de sufrir, o de que sus aprehensiones eran infundadas.

Indócil, preocupada, antes que

nada, por evitar un hipotético dolor temido de antemano, la enferma mantiene su modo de tratamiento y se abstiene de comer. Tal es el caso de las histéricas cuya historia intentaré relatar.

Las observaciones que duran años no se pueden contar. Creo que valdrá más en lugar de describir hechos particulares presentar una suerte de cuadro esquemático de la enfermedad.

Una jovencita de unos 15 a 20 años siente una emoción que o bien confiesa o bien disimula. Lo más frecuente es que se trate de un proyecto de casamiento real o imaginario, de una contrariedad aferente a alguna simpatía o aún a alguna aspiración más o menos consciente. Otras veces quedamos reducidos a conjeturas sobre la causa ocasional, sea por que a la jovencita le convenga encerrarse en ese mutismo tan habitual en las histéricas, sea por que no conozca la causa primera. Ya veremos que entre esas causas múltiples, varias pueden pasar desapercibidas.

Ella siente inicialmente un malestar luego de alimentarse: vagas sensaciones de plenitud, angustia, gastralgia post prandium o más bien al comienzo de la ingesta. Ni ella ni los asistentes dan importancia a estos fenómenos. No resulta de ellos ninguna incomodidad duradera.

Al día siguiente se repite la misma sensación y luego continúa, insignificante pero tenaz, durante varios días. La enferma se dice entonces, que el mejor remedio a ese malestar indefinido, particularmente penoso, consiste en disminuir la alimentación. Hasta allí nada de extraordinario, no hay gastrálgico que no haya sucumbido a esta tentación hasta el momento en que adquiere la certeza de que la inanición relativa no sólo no es provechosa sino que agrava su sufrimiento. En la histérica las cosas ocurren de otra manera. Poco a poco reduce su alimentación; pretextando dolores de cabeza, un asco momentáneo o el temor de ver repetirse las impresiones dolorosas que suceden a las comidas. Al cabo de algunas semanas no son más repugnancias supuestamente pasajeras es un re-

chazo a la alimentación que se prolongará indefinidamente. La enfermedad se ha declarado y va a seguir su curso tan fatalmente que es fácil pronosticar su porvenir.

¡Desgraciado el médico que, desconociendo el peligro, interpreta como fantasía sin importancia ni duración esta obstinación esperando dominarla con medicamentos, consejos amistosos o peor aún, por la intimidación!

Con las histéricas un error médico de entrada es irreparable para siempre. Alerta a los juicios que uno haga sobre ellas, sobre todo si provienen de aquellos a quienes se asocia su familia ellas no perdonan y considerando que uno ha comenzado las hostilidades se atribuyen el derecho a continuarlas con una tenacidad implacable. En este período inicial la única conducta sabia es observar, callarse y recordar que cuando la inanición voluntaria data de varias semanas ya es un estado patológico que durará mucho,

Para apreciar en su justo valor los diversos elementos que concurren en la eclosión de la enfermedad, conviene someter a cada uno de ellos a un análisis minucioso.

El dolor gástrico que es o que parece ser el punto de partida merece que nos detengamos en él. Puede variar de intensidad, desde una confusa sensación de presión, hasta una suerte de calambre estomacal acompañado de desfallecimiento, palidez, sudores y aun escalofríos; no hay vómitos ni reales ganas de vomitar aún en los casos extremos sin embargo la enferma cree que un grado más de malestar provocaría el vómito.

En apariencia estas crisis dolorosas no se diferencian en nada de aquellas que se observan frecuentemente en todas las afecciones de vías digestivas. Es la alimentación que las determina y no se presentan fuera de las comidas. Si así ocurriera nos faltarían signos distintivos y nos veríamos obligados de agregar la gastralgia a la lista ya demasiado numerosa de las neurosis histéricas localizadas.

La sensación dolorosa no existe solamente a causa de la alimentación, persiste más o menos viva en el intervalo entre comidas, ora insignificante, ora más incómoda,

a veces tan tenue que la enferma acusa un malestar general sin poder asignarle un punto fijo. Cualquiera sea su forma, su sede y su intensidad, la sensación penosa ¿se debe a una lesión estomacal o no es más que la expresión de una perversión del sistema nervioso central? No creo que haya duda en la respuesta desde el momento que uno se ha planteado la pregunta.

Uno encuentra al comienzo de un gran número de enfermedades cerebro espinales la angustia precordial, la sensación de presión, de contracción gástrica que suceden igualmente aún a emociones fugaces. No hay quién de nosotros que no haya sentido esta suerte de ansiedad relacionándola con la causa moral definida que la ha producido. Supongamos por el contrario un individuo tomado súbitamente por una constricción epigástrica aparecida sin motivo evidente. El malestar será tal que despertará inquietud. El enfermo se pregunta de donde puede provenir esta impresión extraña. Frecuentemente de una búsqueda semejante es que comienza el delirio de los perseguidos. Suponiendo que la afección encefálica no tenga tan graves consecuencias, la primera y más natural hipótesis del enfermo es que sufre de una enfermedad del estómago. Toda ansiedad epigástrica, con la aprehensión y el semi-vértigo que entraña, se exagera con la alimentación, razón de más para creer en la existencia de una irritación gástrica.

Las características de esta gastralgia de causa refleja se pueden discernir ya que las circunstancias en las que se la puede observar no son raras.

Se distingue de las irritaciones dolorosas del estómago porque no se localiza exactamente, porque va acompañada de una inquietud especial, y es súbita, porque no está precedida por trastornos crecientes de la digestión ni seguida por accidentes dispépticos, por que las funciones intestinales permanecen indemnes salvo una constipación habitual fácil de vencer, porque la naturaleza de los alimentos no tiene influencia sobre la crisis y, por fin, porque el tipo de dolor, cuando existe en realidad, no tiene

analogías con el sufrimiento gástrico ocasionado por una lesión por superficial que esta sea.

A partir del momento en que uno se ha asegurado sobre la naturaleza del malestar se habrá dado un paso importante en el establecimiento del diagnóstico.

Creo importante insistir sobre esas neurosis de los órganos espláncnicos y sobre sus relaciones con ciertos estados cerebrales. Luego de algunas breves indecisiones la histérica no duda en afirmar que su única chance de alivio es la abstención de alimentos. Es un hecho para ella que los remedios apropiados para otras gastralgias son absolutamente ineficaces. Una razón de otro orden, de esas que siempre juegan un rol preponderante en la histeria, viene entonces a intervenir. La enferma ha perdido la sensación del apetito y le sería necesario para que consienta en alimentarse vencer el temor al dolor sin ser simultáneamente solicitada o estimulada por la apetencia de comida: absteniéndose satisface dos inclinaciones a la vez. Todas las manifestaciones histéricas, si es que existían quedan suspendidas a partir de esta primera fase. La enferma lejos de debilitarse o entristecerse despliega una forma de alegría que no presentaba de ordinario. Podría decirse que toma sus precauciones y prepara argumentos para utilizar ulteriormente.

La repugnancia por alimentarse sigue su marcha progresiva lentamente. Las comidas se reducen de más en más y en general basta una sola, almuerzo o cena, para considerarse alimentada. Casi siempre la enferma suprime sucesivamente una de las clases de alimentos: el pan, la carne, ciertas verduras. A veces acepta reemplazar un alimento por otro (pan por bizcochos por ejemplo) al que se aficiona en forma exclusiva durante algunas semanas para dejarlo también o reemplazarlo por un tercer elemento.

Las cosas se prolongan así durante semanas y meses sin que la salud general parezca afectada, la lengua es neta y fresca, la sed nula. La constipación cede con laxativos suaves, el vientre no se retracta y el sueño permanece más

o menos regular. No hay adelgazamiento a pesar de que el alimento ingerido represente la décima parte del régimen habitual de la enferma.

Conocemos bien la fuerza de resistencia de las histéricas en su salud general, como para sorprendernos de verlas soportar sin deterioro una inanición sistemática que no soportarían impunemente robustas mujeres. Hay que tener en cuenta también que la disminución de alimentación se hace en forma gradual y sin brusquedad permitiendo a la economía una habituación progresiva. Todos hemos hecho la prueba durante el sitio de París y hemos constatado que la dieta a la que estaban obligados los pobres no alteró en forma inmediata su salud.

Otro hecho conocido es que, lejos de abatir la fuerza muscular, la disminución de la alimentación tiende a aumentar la aptitud al movimiento. La enferma se siente activa, mas liviana, monta a caballo, realiza largas marcha a pie, recibe y hace visitas y lleva una vida mundana fatigante sin acusar el cansancio del que se hubiera quedado anteriormente.

No hay signos visibles de clorosis ni de anemia o en todo caso uno no está autorizado a decir que la inanición las haya provocado ya que la mayoría de esas enfermas eran previamente más o menos cloro-anémicas.

Mientras que la situación de la anorexia y el rechazo de los alimentos no varía comienza a modificarse la reacción del entorno y paralelamente se pronuncia el estado mental de la histérica.

El médico, sea por haber prometido una corrección rápida, sea por haber sospechado mala voluntad de la paciente, ha perdido su autoridad moral. Sin embargo la enferma acepta todos los medicamentos. Se muestra tan invencible a la alimentación como dócil a los remedios, aún los menos atrayentes. He visto algunas que eran capaces de masticar pedazos de ruibarbo y no de gustar una costeleta. Los estimulantes gástricos más activos, los purgantes suaves o drásticos, las aguas minerales digestivas no tienen efecto ni útil ni nocivo. Lo

mismo ocurre con los estimulantes difusibles, gomas fétidas, valeriana, hidroterapia, duchas a diversas temperaturas, fortificantes, ferruginosos, derivaciones cutáneas, etc. Solamente los laxativos sirven para suprimir la constipación, los otros agentes ni siquiera atenúan la anorexia.

Cuando luego de varios meses la familia, el médico y los amigos ven la inutilidad persistente de todos los esfuerzos la inquietud comienza y con ella el tratamiento moral. Es en ese momento que va a dibujarse la perversión mental que por sí sola es característica y que justifica el nombre de anorexia histérica que he propuesto, a falta de otro mejor.

La familia no dispone más que de dos métodos que agota siempre: rogar o amenazar. Multiplica las delicadezas de la mesa en la esperanza de despertar el apetito, pero a mayor solicitud mayor disminución del apetito. La enferma gusta desdeñosamente las nuevas comidas y luego de haber dado prueba de su buena voluntad se considera liberada de la obligación de comer más. Le suplican, le piden como un favor, como una soberana prueba de afecto, que se resigne a agregar un sólo bocado más a la comida que ella declara terminada. El exceso de insistencia llama a un exceso de resistencia. Es una ley bien conocida y experimentada por todos que la mejor manera de rebasar la obstinación de las histéricas es dejar penetrar implícita o explícitamente la suposición de que si ellas quisieran podrían dominar sus impulsiones mórbidas. Una sola concesión las haría pasar del estado de enfermas al de niñas caprichosas pero esta concesión, mitad por instinto, mitad por parcialidad, no la consentirán jamás.

La anorexia deviene poco a poco el único objetivo de las conversaciones y preocupaciones. Se forma así alrededor de la enferma una atmósfera que la envuelve y de la que no escapa a ninguna hora del día. Los amigos se unen a los padres y cada uno contribuye según las inclinaciones de su carácter o su grado de afecto, a la obra común. Es también una ley que la histeria es arrastrada por

su entorno y que la enfermedad se desarrolla o se condensa tanto más cuanto se reduce el círculo en que se mueven o desarrollan las ideas y sentimientos de la enferma. El error no se debe solamente a un vicio patológico del carácter.

Constantemente en presencia de sensaciones que recuerdan, por más de un detalle las impresiones de los hipocondríacos y las ideas delirantes de los alienados, las histéricas no pueden sustraerse a esta dominación por un esfuerzo voluntario. A lo sumo llegan a olvidar por intervalos, dejándose distraer y son los únicas treguas que le son permitidas. Cuanto más se concentra su atención más se perfecciona la noción de malestar. Al cabo de un tiempo variable de esta funesta concentración la enferma entra en una nueva fase, su tema está hecho, ahora sistematizará a la manera de ciertos alienados y no busca más argumentos: las respuestas se tornan aún más uniformes que las preguntas.

Sin embargo, para todos aquellos que han tomado parte a esas dolorosa escenas de familia, el cuadro no aparecerá ni demasiado detallado ni demasiado sombrío. La familia se cansa de suplicar y exige: nueva tentativa aún más infructuosa que las precedentes.

¿Qué decir, entonces? Que la enferma no puede vivir con una cantidad de alimentos que serían insuficientes para un niño de corta edad. La enferma responde que su alimentación le alcanza, más aún, que ella no ha cambiado ni adelgazado, que nunca la han visto rehusar una obligación cansadora, que sabe mejor que nadie lo que le hace falta y que por otro lado le sería imposible tolerar una alimentación más abundante.

Otro argumento de la familia es que la inanición a la larga le producirá una enfermedad del estómago. La histérica responde que jamás se sintió mejor, que no le duele nada y que tales temores son desmentidos por su bienestar.

En este período los dolores del comienzo se han atenuado o disipado y si reaparecen no lo hacen más que a intervalos alejados o en proporciones fácilmente tolerables. Lo cual constituye un argu-

mento más en favor del régimen que la enferma considera como la causa de su mejoría.

El ayuno, por otro lado, no es absoluto y no tiene nada en común con el rechazo de alimentos de los melancólicos. La anorexia no se ha agravado y sobre todo no se ha transformado en asco análogo al que experimentan algunos tísicos y muchos cancerosos. La enferma asiste de buen grado a la mesa familiar a condición de que se la deje libre de alimentarse como ella quiera.

Lo que domina en el estado mental de la histérica es ante todo una quietud, yo diría casi un contento, verdaderamente patológico. No solamente no suspira por la curación sino que se complace de su condición a pesar de todas las contrariedades que suscita.

No creo exagerar al comparar esta seguridad satisfecha con la obstinación del alineado. Que se compare con todas las otras anorexias y se verá cuánto difieren. Aún en la más intensa de sus repugnancias el canceroso espera y solicita un alimento que despierte su apetito. El está presto a todas las tentativas aunque sea incapaz de triunfar sobre su asco. El dispeptico sin lesión orgánica se ingenia para variar su régimen, ayudarse por todos los medios y se queja con la amargura habitual de todos los que sufren del estómago. Nada parecido con las histéricas que tienen por el contrario un optimismo inexpugnable contra el que se quiebran las súplicas y las amenazas.

"No sufro, por lo tanto estoy sana". Tal es la monótona fórmula que reemplaza a la precedente (no puedo comer por que sufro). He escuchado repetir tantas veces esta frase a las enfermas que ya representa para mí un síntoma, casi un signo.

Si doy tanta importancia al estado mental de las pacientes, al punto de parecer exagerado, es por que toda la enfermedad se resume en esta perversión intelectual. Si no fuera por ella sólo tendríamos una afección banal destinada, a la larga, a ceder con los procedimientos clásicos de tratamiento; en cambio en las histéricas encontramos una dispepsia

singular que sigue un curso previsto y que no puede ser conjurada por los medios habituales.

No creo, por otro lado, que la histeria gástrica sea, en este sentido una excepción: en las otras localizaciones histéricas uno encuentra, por lo menos, una indiferencia similar por más incómodos o penosos que sean aparentemente sus accidentes. La histérica con tos convulsiva no insiste para que uno la libere de su espasmo irritante y a veces ridículo. Ella se queja del síntoma junto a los que se preocupan por ella, pero cuando se trata de luchar activamente contra el mal, sigue el tratamiento con más despreocupación que afán.

Lo mismo ocurre con las parapléjicas condenadas al reposo absoluto que consienten vivir así, sin exigirle al médico, cansado de tentativas inútiles, que recurra a medios más heroicos para curarlas.

He observado con dos de mis colegas un caso raro que tenía la característica que intento poner en evidencia.

Se trataba de una jovencita de 20 años que fue tomada por un sufrimiento espasmódico de la laringe luego de realizar unos ejercicios de canto. El dolor, si merece ese nombre la sensación que experimentaba, era indeciso, inexplicable, pero particularmente molesto.

La enferma comenzó por dejar de cantar y se obstinó en ello sin querer someterse a nuevas experiencias por que las veía imposibles para ella. Lo único que pedía era ser tratada, pero con la condición de que no se le exigiera un nuevo esfuerzo vocal. Aún los tratamientos más racionales quedaron sin efecto. El malestar había durado casi un año.

Los mismos fenómenos semidolorosos se reprodujeron no sólo al cantar sino simplemente al hablar. También vagos y desalentadores.

La enferma se condenó, entonces, a un mutismo completo prefiriendo escribir en una libreta, que articular una sola palabra, confiándose en un aislamiento voluntario que suprimía toda relación con los suyos y el mundo. Escribía, en sus reflexiones, que su situación le parecía intolerable y no rechazaba ninguna medicación,

pero se mostraba incapaz de decidirse a hablar aún bajo la presión persistente de su entorno. Interrogada acerca de la naturaleza del obstáculo que le impedía hablar respondía que, si bien el sufrimiento que le impondría hacerlo no tenía nada de enorme, no se sentía con fuerzas para arrostrarlo. Cuando por rara condescendencia articulaba una o dos palabras, la voz era sonora, bien timbrada y no acusaba ninguna lesión. Por otro lado, el examen cuidadoso de la laringe mostraba que el órgano estaba indemne.

Ahora bien, la ocasión de observar enfermas afónicas, roncadas, incapaces de hablar sin experimentar sufrimientos diversos es tan frecuente como la de ver dispépticas con anorexia.

La particularidad que acabo de mencionar, con conservación completa de la voz y repugnancia no menos completa a correr el riesgo de un malestar que parece localizado, ¿se encuentra alguna vez fuera de los estados histéricos?

Igualmente he visto en jóvenes histéricas, en edad más cercana a la pubertad, la misma potencia de inercia aplicada a otras funciones.

En una de ellas, de 16 años, que había experimentado varios ataques clónicos, la marcha y aún el permanecer de pie, provocaba, decía ella, sensaciones dolorosas de los miembros inferiores y un malestar general indefinido sin que existiera debilitamiento muscular apreciable.

Sin embargo, la niña comenzó por restringir sus movimientos, no saliendo de su cama más que para dar algunos pasos, más adelante sólo consentía que la transportaran desde su cama a un sillón en el que permanecía durante algunas horas y por fin se condenó a un decúbito absoluto de día y de noche, permaneciendo así durante más de dieciséis meses.

En este caso, a diferencia de la fonación y de la alimentación, se podía recurrir a una suerte de gimnasia pasiva, levantar a la enferma, mantenerla de pie y hacerla avanzar sosteniéndola. Esta experiencia fue repetida innumerables veces y siempre culminó en un fracaso. A pesar de todas las seguridades que se le dieron, la familia

se inquietaba ante la idea de una posible paraplejía. Algunos médicos dudaban, ante la persistencia del mal, de su naturaleza histérica. La niña aguantó el largo lapso que mencioné y curó a través de una lenta mejoría atribuida a baños calientes con agua de mar.

En la histeria, la hiponcondría y un gran número de afecciones del sistema nervioso central se constatan aprehensiones desproporcionadas con respecto al dolor. El hecho se explica, a primera vista por aquello que llamamos susceptibilidad exagerada: se admite que el enfermo agranda desmesuradamente la importancia del mal y que se inquieta en virtud de una concepción teórica. Suponiendo que sea así, ya sería una aptitud mental patológica reservada a los enfermos imaginarios, pero las cosas ocurren de manera diferente. Cada sensación local se acompaña de un malestar general, de una perturbación imposible de describir, de un sentimiento de colapso, de desfallecimiento tanto más penoso al ser tan confuso, de manera tal que uno no sabe cómo hacer para medir su verdadero valor. Todos hemos experimentado en mayor o menor medida un efecto análogo al comienzo de una indigestión, como preliminar de un vómito o como comienzo de una enfermedad naciente.

Es cierto que el malestar estomacal de las histéricas no se resuelve en una simple gastralgia, si no, que forma parte de un conjunto de síntomas inquietantes. La prueba se obtiene por que, cuando como consecuencia de un medicamento el estómago se irrita y duele, la enferma no confunde ese dolor, por así decir artificial, con los que ha sentido precedentemente. He allí el carácter de los sufrimientos reflejos y me basta con recordarlo sin extenderme más en la descripción del fenómeno.

Durante este segundo período así constituido (falta de apetito, temor de una sensación indefinida, rechazo absoluto y creciente de nuevos intentos de alimentación) la enfermedad se mantiene uniforme. La constipación dura meses y hasta años. En un caso en el que sucedí como médico a uno de nuestro maestros y en el que la

enferma había recibido asiduos cuidados durante dieciocho meses, la paciente repetía con indolencia mezclada a una pizca de causticidad la conversación invariable que se renovaba dos veces por día entre ella y su médico: "Mi niña, ¿se decidió Ud. a comer?", "Doctor hice lo que pude pero no tuve éxito", "Haga Ud., todavía algunos esfuerzos y todo irá bien".

Por fin la tolerancia de la economía, por maravillosa que ella sea en las histéricas, se agota y la enfermedad entra en su tercer estadio.

Las reglas hasta ese momento insuficientes, irregulares, cesan de producirse y además sobreviene la sed. Son las primeras advertencias de complicaciones inminentes. El examen objetivo muestra una retracción de las paredes abdominales inexistente hasta ese momento; a la palpación se constata una disminución progresiva de la elasticidad, síntoma habitual de las inaniciones prolongadas. La región epigástrica se torna dolorosa a la presión, si bien la enferma no se queja de dolores espontáneos. La constipación pertinaz no cede más a los purgantes. La piel está seca, rugosa, sin plasticidad y el pulso es frecuente.

El adelgazamiento progresa rápidamente y con él aumenta la debilidad general. El ejercicio se torna laborioso y la paciente permanece de buen grado en decúbito. Cuando se levanta experimenta vértigos o malestares y aún hace crisis sincopales. El rostro es pálido sin decoloración de los labios. Se constata un ruido de soplo cardiovascular de causa anémica, que frecuentemente aparece al principio de la afección y que es casi constante en este estadio.

El cuadro que acabamos de sintetizar, se presenta en la clínica con diversas variantes individuales.

A veces domina el adelgazamiento, a veces la debilidad, a veces el estado anémico con su cortejo de accidentes locales o generalizados, excepcionalmente se declaran trastornos nerviosos espasmódicos, neuralgias, etc. Los síntomas activos parecen borrarse a medida que disminuye la fuerza de resistencia vital.

La aparición de esos signos cuya gravedad no escapa a nadie redobla las inquietudes del entorno: amigos y parientes tienden a ver la situación como desesperada. Que no sorprenda verme, contrariamente a nuestros hábitos, poner siempre en paralelo el estado mórbido de la histérica con las preocupaciones de su entorno. Los dos términos son solidarios y tendríamos una noción errónea de la enfermedad limitando el examen a la enferma. Desde el momento en que interviene un elemento moral de cuya existencia no nos cabe duda, el medio en el que vive la enferma ejerce una influencia que sería igualmente lamentable de omitir o de desconocer.

La aflicción verdadera y sincera ha sucedido a las reprimendas. Tanto por la fuerza de los sentimientos como por las necesidades que inspiran sus nuevos malestares, la histérica ha alcanzado el estatuto de enferma y lo que le ocurre no pertenece más a la vida cotidiana de la familia.

Me ha parecido que este cambio inconsciente en las respectivas posiciones de la enferma y de su familia jugaba un gran rol. La jovencita comienza a inquietarse del aparato entristecido que la rodea y por primera vez su indiferencia satisfecha se desconcierta: ha llegado la instancia en la que el médico va a retomar la autoridad, (si es que supo cuidarla en previsión de ese momento). El tratamiento deja de ser aceptado con una condescendencia pasiva y es recibido con una apetencia que la enferma intenta todavía disimular. La lucha que se establece entre el pasado y el presente es muy curiosa y fácil de constatar a condición de investigar discretamente.

La enferma tiene dos alternativas: o bien se distiende lo suficiente como para tornarse obediente y sin restricciones, lo cual es lo más raro; o bien presenta una docilidad a medias con la esperanza evidente de conjurar el peligro sin renunciar a sus ideas y quizás al interés que inspira su enfermedad. Esta segunda tendencia, por lejos la más frecuente, complica enormemente la situación. No es cosa fácil restablecer el funcionamiento regular de un estómago

condenado después de tanto tiempo al reposo. Se pasa por éxitos y fracasos y frecuentemente no se obtiene más que un resultado insuficiente. Conozco pacientes cuya enfermedad comenzó hace diez años que no han recuperado la aptitud para alimentarse como todo el mundo; si bien, viven y su salud no está profundamente afectada esta mejoría está lejos de constituir la curación.

Algunas veces un acontecimiento inesperado viene a romper el curso de la enfermedad: un casamiento, una pena, una perturbación moral profunda. Otras veces será un incidente físico: un embarazo, una afección febril. Aún en estos casos vemos enfermas que resisten a tan potentes modificadores.

Como tesis general hay que preveer que el cambio positivo se operará lentamente, por conmociones sucesivas y cuidarse muy bien de pronosticar el grado de mejoría que se alcanzará. Por fundados que sean los temores yo no he visto, todavía, la anorexia culminar en la muerte, si bien, a pesar de esta verificación experimental, he pasado por inquietudes repetidas. Es probable que la sensación patológica causa primera de inanición, desaparezca a medida que aumenta la caquexia. No es sólo de la fiebre que podemos decir que resuelve los espasmos ya que muchas otras enfermedades tienen la misma propiedad.

Librada de su preocupación subdelirante, la histérica entra en la condición de simple dispéptica y su curación no ofrece dificultades particulares.

Por violento que sea el nivel que alcance la histeria no es mortal por sí misma. Pero se puede tornar la causa ocasional o indirecta de otras enfermedades de terminación fatal y en particular de la tuberculosis pulmonar. En una sola circunstancia asistí a la transformación que acabo de mencionar. Se trataba de una mujer casada, histérica de larga data y anoréxica desde los 30 años. La repugnancia por la comida se produjo luego de sufrir una serie de penas más imaginarias que reales pero no por ello menos profundamente sentidas. Desde el comienzo sos-

peché que se trataba de una tentativa de suicidio disimulada. Pero la sucesión de fenómenos no tardó en alejarme de mi suposición ya que la enferma hizo a último momento verdaderos aunque vanos esfuerzos por ligarse a la vida. Las histéricas siempre han curado más o menos completamente después de años pasando durante el período de decrecimiento de sus síntomas por etapas de apetito limitado, exclusivo y a veces insólito. Hemos atendido con Trousseau a una joven profundamente histérica quién, sin causa apreciable, había sido afectada de una anorexia invencible desde la pubertad. Su grado de debilidad y emaciación era tal que no podía levantarse de su cama. Su alimentación se componía exclusivamente de algunas tazas de té cortadas con algunas gotas de leche. La constipación pertinaz había ocasionado una diarrea serosa con exudado pseudomembranoso. Todo ello no impidió que quedara encinta y bajo la influencia del embarazo se ingenió para encontrar una alimentación a gusto de su estómago: durante seis meses sólo tomó café con leche con trocitos de pepinillos en vinagre y luego, poco a poco, muy lentamente, fue agregando algunos feculantes a tan singular régimen. Hoy día se encuentra en un estado de salud de los más satisfactorio aunque siempre excesivamente delgada.

De ordinario el apetito se limita a alimentos menos estrafalarios y es entonces que la fantasía se da libre curso. Recuerdo una enferma soltera, de 26 años de edad, habitante de una lejana provincia que no quería y no podía comer otra cosa que un tipo bizcochos con azúcar que hacía un panadero de París; otras se limitan a comer un solo tipo de legumbres rechazando la carne o el pan y otras sólo consienten comer manjares siempre que su gusto esté disimulado con condimentos. Aunque esas caprichosas restricciones sean signos favorables las enfermas continúan recibiendo sin ganas los alimentos.

La anorexia persiste indefinidamente, largo tiempo, aún después de que vuelvan al régimen común. Nunca ví recidivar la enfermedad. La curación relativa o

completa, una vez establecida, se mantiene.

Una vez que la afección hubiera cedido o tomado otras formas aproveché para solicitar a las enfermas algunas informaciones más precisas sobre las sensaciones experimentadas que las habían alejado de la alimentación. Pero en esa encuesta retrospectiva ninguna me dió más datos que la que ya he mencionado. La respuesta típica fué la misma que daban en el curso de la enfermedad: "No podía, era más fuerte que yo y por otro lado me sentía bien".

El presente informe ha sido confeccionado sobre la base de ocho observaciones. Todas ellas concernientes a mujeres, la más joven de 18 años y la mayor de 32 años. La histeria se puso de manifiesto en ellas por medio de diversos síntomas. Sólo una de ellas, cloro-anémica no tuvo ataques, pero su madre había sufrido además de numerosas crisis dos episodios de hemiplejia histérica.

Si bien fue siempre fácil fijar una fecha de comienzo a la anorexia, su desaparición se produjo en una gradación progresiva que no permitió fijar una fecha precisa de remisión. Tratando de ser lo más veraces en las fases que indiqué precedentemente podemos decir que la enfermedad nunca persistió menos de 18 meses a 2 años.

Bien que los hechos sean en suma poco numerosos, había entre ellos una similitud tal que los últimos casos no me generaron ninguna indecisión ni de diagnóstico ni de pronóstico.

Al describir esta variedad me propuse, como lo dije al comienzo, desprender una especie o un fragmento pero sobre todo señalar el rol considerable que juega en ciertas formas de la histeria la disposición mental de las enfermas y mostrar una vez más la relación íntima que vincula a la histeria con la hipocondría ■



PSICOTERAPIA PSICOFARMACOS, CONJUNTA Y/O INDISTINTAMENTE

Existen espacios de conocimiento, ámbitos donde distintos modelos compiten pero convergen para lograr inteligir las sucesivas aproximaciones a la eficacia de la terapéutica. Uno de estos espacios, es el área de acción de los psicofármacos, y simultáneamente, de la acción de las psicoterapias. Sabemos que el origen de la mayoría de los trastornos psíquicos es multicausal. Y sabemos también que es imposible —hoy en día— recorrer acabadamente las mediaciones que van desde los niveles de conocimiento molecular a los del comportamiento humano o en dirección opuesta. Existen algunos puentes.

*De esto trata la conversación que aquí se abre. Conversación coloquial: tres personas apasionadas por el desafío del tema al cual dedican su trabajo cotidiano. Nada solemnes, ni acartonados, como quiere esta revista que sean los debates. Son ellos: **Luis Zleher**, Profesor Titular de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y miembro de la Carrera de Investigador del CONICET; **Sergio Rojtenberg**, médico psiquiatra y psicoanalista, Profesor Adjunto de Farmacología para el curso de formación de especialistas en Psiquiatría de APSA; y **René Epstein**, quien durante varios años como miembro del CONICET desarrolló investigaciones básicas en relación con mecanismos sinápticos y neurotransmisión. En esta oportunidad el Dr. Epstein, médico psiquiatra y psicoanalista, coordinará la charla.*

Epstein: Hablábamos sobre el valor de las situaciones experimentales con animales que pudieran servir de "modelos" experimentales específicos, para cada uno de los diversos cuadros clínicos y nos entusiasmos en una serie de comentarios sobre ese vasto campo que se extiende desde lo psicológico y psicopatológico en un extremo, hasta lo farmacológico e inclusive molecular en el otro. Ahí recordamos uno de los puntos de convergencia entre disciplinas extremas, como lo era la clasificación de los psicofármacos de Delay y Deniker que tenía correspondencia con un esquema nosográfico psicopatológico. Luis, ¿qué nos podrías decir sobre lo que nos muestra la investigación científica, no sólo sobre la base farmacológica experimental sino también desde lo que ésta nos aporta en relación a los procesos mentales normales o patológicos?

Zieher: Uno de los temas más complejos es definir los niveles en que se desarrollan los distintos modelos, que en este caso corresponden esencialmente a los "niveles de acción", para entender el efecto de los distintos psicofármacos. Sabemos que cualquier fármaco que actúa sobre el organismo desarrolla una acción, y que ésta la podemos valorar a distintos niveles. Por ejemplo, su capacidad para fijarse a un receptor especial que lo reconoce, la activación o inhibición de unidades catalíticas celulares y su consecuente repercusión en cuanto a los "segundos mensajeros", el lugar de producción de respuestas celulares, como excitación o inhibición, etc. Para el caso particular de los psicofármacos, Gray en 1982 postula cuatro niveles, que me parecen razonablemente completos: un nivel bioquímico, un nivel fisiológico, un nivel cognoscitivo, entendido como procesamiento de información, y un nivel psicológico. Utilizamos como ejemplo el caso de los ansiolíticos benzodiazepínicos. Distinguimos primero el nivel bioquímico: sabemos que las benzodiazepinas actúan a nivel del complejo receptor al GABA, fijándose a un sector específico del mismo y modulando la transferencia de cloro al interior de la célula. Segundo, el nivel fisiológico: la interacción antes descrita al nivel molecular altera el flujo de impulsos nerviosos o "firing" en circuitos neuronales del hipocampo. Tercero, nivel cognoscitivo, en el sentido de procesamiento de la información: la información que procesan los circuitos neuronales que acabamos de mencionar, establece comparación entre eventos actuales y eventos esperables. Cuando en el individuo la comparación no se adecua a la expectativa, se activa un sistema inhibitorio de la conducta que suprime la actividad motora e incrementa el alerta y atención al medio ambiente. Y cuarto, la experiencia subjetiva o nivel psicológico: estos efectos son asumidos por la persona como

ansiedad. Las benzodiazepinas, al suprimir la activación del sistema inhibitorio de la conducta, contrarrestan la ansiedad de lo cual deriva su acción tranquilizante.

Es muy importante tener presente que estas acciones ocurren prácticamente en forma simultánea, y que para poder entender la acción de un psicofármaco deben adecuarse los diversos niveles de tal manera que se determinen los unos en base a los otros.

Cuando no existe una adecuada correlación en el conocimiento de cada uno de estos niveles, faltan piezas fundamentales en la interpretación del mecanismo de acción del fármaco. Por eso los ansiolíticos conforman un grupo de psicofármacos relativamente bien conocido. En otros grupos de psicofármacos no sucede lo mismo. Tanto en el de los antidepresivos como de los neurolépticos antipsicóticos, el nivel cognoscitivo es relativamente poco conocido, con lo que faltan elementos importantes en la interpretación de los mecanismos de acción.

Epstein: Luis, para completar quizás un poco más las ideas en esta cuestión de los niveles de la modelización y su integración, podrías mostrarnos su desarrollo comenzando por el ángulo de lo psicológico?

Zieher: Dándole una mayor completud, podría decir que es dable pensar que los diferentes procedimientos conductuales o psicoterápicos que participan en la percepción o elaboración, llamémosle procesamiento, de nuevos factores endógenos o exógenos generadores de trastornos psicopatológicos o síntomas, o que modifican los ya existentes, deben necesaria e ineludiblemente traducirse en cambios o alteraciones biológicas.

Es decir: si vemos que una rata, simplemente por cambiarla de medio ambiente, presenta inmediatamente una repercusión biológica, es evidente que la prevención de esa alteración, por cualquier procedimiento que sea, por ejemplo, pasarla a una jaula idéntica a aquella de la cual proviene, sirve de correlato para lo que estamos viendo en la clínica. Si eso pasa en la rata, la psicoterapia o cualquier procedimiento que trate de disminuir el nivel de estrés, ineludiblemente tendrá un efecto de prevención semejante en el ser humano.

Entonces, lo que nosotros decimos es que este dato, como tantos otros, concede en cierto modo un sustrato biológico para la psicoterapia, en contra de la suposición, no por difundida menos equivocada, que sólo los tratamientos farmacológicos son biológicos.

En síntesis, queremos resaltar, que el mecanismo de acción en las terapias farmacológicas opera necesariamente desde lo molecular hacia lo conductual, mientras que en las psicoterapias el proceso ocurre en sentido inverso, desde lo conductual y la experiencia subjetiva hasta los cambios que se operan en la base molecular, pasando por los niveles de lo cognoscitivo y lo neurofisiológico.

Epstein: ¿Se podrían mencionar otros efectos del nivel molecular de cambios generados por procedimientos psicoterápicos? ¿Podrías darnos algunos ejemplos más?

Zieher: Recién hablábamos del simple cambio de jaula como un procedimiento de aprendizaje instrumental, pero también otros, como el de la natación forzada, de estrés ineludible, se acompañan de modificaciones en la densidad de receptores a las benzodiazepinas en corteza cerebral e hipocampo, así como de alteraciones de los ligandos endógenos, moléculas de tipo benzodiazepínico que interaccionan en la misma corteza cerebral y septum.

Se comprueba también que los procesos de retención de memoria para el aprendizaje de las "tareas" evitatorias del estrés, las "avoidance responses", son significativamente menores después de la administración de flumacerín, una droga antagonista de los receptores benzodiazepínicos de tipo central. Para decirlo de otra manera, el animal que recibe el antagonista deja de retener en su memoria las conductas evitativas para el estrés.

Esto es muy importante, no se trata de la administración de un agonista, de un tranquilizante, de un ansiolítico. ¿Se entiende?

Epstein: Si. Lo que estás planteando es que la modulación de una función a nivel fisiológico, a través

de una sustancia que tiene una actividad de interferencia y que no es un psicofármaco en el sentido clásico del término, actuando a través de intermediaciones bioquímicas, altera de una manera bien clara, en este caso, un proceso de retención o "memoria".

Me preguntaba ahora como ve todo esto Sergio, que además de los conocimientos que pueda tener de bioquímica y farmacología, aporta su posición de psiquiatra dinámico.

Rojtenberg: A lo que nosotros apuntamos es a ceerrar dicotomías, entre lo biológico y lo psicológico, lo del cuerpo y el alma, y mostrar que así como el efecto farmacológico, partiendo de lo molecular, redundan en procesos conceptuales y psicológicos, también pensamos que los procesos psicológicos, en particular los psicoterápicos y, más aún los dinámicos, con los cuales tenemos más experiencia, redundan en modificaciones neurohumorales.

En realidad esta es una idea que ya fue aportada por Freud, cuando él decía que tenía la esperanza que en el día de mañana se pudiesen utilizar sustancias químicas para el tratamiento de las enfermedades mentales, pero que en ese momento lo único con lo que contaba era el psicoanálisis, y que era un recurso nada desdeñable. Nosotros pensamos que en este momento ningún recurso terapéutico es desdeñable, sea cual sea el ángulo operativo desde el cual se lo administra.

Veamos por ejemplo los modelos de depresión en animales. Observamos que son modelos que en un primer momento producen un estrés postraumático y que con la repetición de ese estrés, se deriva hacia una depresión. El modelo más conocido es el modelo Porsolt de la natación forzada, generando una situación de desamparo (en inglés, "learned helplessness model"). La ratita, en un cilindro de bordes inalcanzables, nada y nada durante un buen rato, buscando escapar hasta que después de un tiempo comienza a hacer sólo los movimientos indispensables para mantenerse a flote y con la nariz fuera del agua. Si a la rata en ese estado se le administran antidepresivos, la rata vuelve a reanudar la natación con la que intenta salir de la situación. Si se le administran estimulantes del sistema nervioso central como la anfetamina o la cafeína, lo que se ve es un aumento indiscriminado de los movimientos, no de aquellos particularmente destinados a la fuga. Aquel estado de inmovilidad de la rata que describimos más arriba se interpreta como un estado de desesperanza, y es potenciado por las drogas neurolépticas y por compuestos del tipo reserpínico, lo cual tiende a confirmar el carácter depresivo de ese estado. Lo que es importante también es que las ratas, afuera del agua, desarrollan un síndrome consistente en: despertar temprano, disminución de la alimentación y de la actividad de aseo que realizan con las patas (el "grooming" en inglés), y la severidad de dicho cuadro se correlaciona positivamente con la frecuencia de descarga del locus caeruleus.

Epstein: Estamos manejando un gran monto de información. No deja de impresionarme la seme-

janza del cuadro que describen en la rata con la clínica de la depresión en los seres humanos. Me han contado que están trabajando en un libro sobre "Depresión y antidepresivos", y quizá podamos ver algo más de este tema, e incluso quizás bajo algún aspecto más conceptual el bosquejo que nos hizo Luis respecto de las benzodiazepinas. Sin embargo, y disculpame Sergio la interrupción, justamente lo que comenzaste a contar me trajo otra vez a la memoria algo que Luis había dicho hace un rato al pasar y no quería dejar de subrayarlo, aunque sea volver un poco atrás, porque lo creo sustancial antes de entrar en la "segunda vuelta" con el tema que empezaste a abrir.

Cuando mencionaste la postulación de Gray de los cuatro niveles, habías sugerido, Luis, que para hacer una buena conceptualización, una buena aproximación metodológica a este tipo de problemas, era necesario considerar que esos cuatro niveles estaban simultáneamente en juego.

Creo muy importante subrayar esta cuestión metodológicamente, esta "superposición", indicativa de un enfoque que puede "cortar" al objeto de estudio en varios niveles a la vez, y al mismo tiempo señalar que la relación entre ellos no es la de una simple correlación, ni tampoco pensar sencillamente en términos de que "una cosa lleva a la otra".

Lo veo como tratándose de "superposiciones" metodológicas, desgajando diversos niveles de estudio, pero sin olvidar que en realidad se trata de un todo, cuyas relaciones son un problema en sí.

Esto me parecía importante de subrayar, antes de avanzar más, para aprovechar al máximo estas cuestiones de la modelización experimental y sus distintos niveles.

Zieher: Es muy importante el comentario. En primer término es necesario tener claro que uno puede partir de cualquiera de los niveles. Así en ningún estudio de nuevos antidepresivos deja de estudiarse la capacidad que tienen los potenciales fármacos antidepresivos de modificar el nivel de "firing", es decir, de descarga eléctrica del locus caeruleus, lugar de origen de la inervación noradrenérgica cerebral. También se estudia el "firing" de los núcleos de rafe, es decir, de los cuerpos de origen de las fibras serotoninérgicas centrales, pues ya se sabe que existen correlatos entre los niveles de actividad neurofisiológica en esos sectores con la actividad antidepresiva que se evalúa a nivel de los modelos con animales y la que después se aprecie con la investigación clínica.

Y esto es muy importante, porque nos pone de manifiesto que el conocimiento de todos esos niveles de acción es fundamental para tener el panorama completo. Otra cuestión es que al mantener integrados esos niveles de conocimiento, de repente aparecen novedades. En contra de lo que se creía al principio, en los cuadros depresivos aparece aumentada la actividad de las neuronas noradrenérgicas centrales, con aumento de noradrenalina y su principal metabolito central, el MOPEG (Metoxihidroxifenilglicol). Se ha visto luego de los tratamientos antidepresivos, tanto la actividad neurofisiológica como los

metabolitos derivados de la noradrenalina cerebral se normalizan, cuando aquellos resultan eficaces.

Epstein: Si pudiésemos retomar lo que contaba Sergio, profundizando en el costado de lo clínico, teniendo en cuenta lo de la modelización, para ver cómo confluye lo "psicológico", área en la cual me había asombrado la semejanza "sintomática" del cuadro "depresivo" que describiste en la situación del "learned helplessness model", modelo de desamparo.

Rojtenberg: Si, y tendría que mencionar en primer lugar una experiencia muy trágica de la humanidad. Y es el modelo humano de depresión que se desarrolla a partir de la experiencia de los campos de concentración de la Segunda Guerra Mundial. Por lo pronto hay un trabajo de Moisés Kijac con Silvio Funtowicz de 1982, psicoanalistas argentinos, que se llama "El síndrome del sobreviviente de situaciones extremas", que describe a los que sobrevivieron a los campos de concentración. En esos campos como es más que obvio, la constante era una situación de desamparo y desesperanza, donde la amenaza de muerte era la regla y no había escapatoria posible, las condiciones de vida eran inexistentes, apenas en el límite de la supervivencia. Como sabemos, esa situación era constante e iterativa dando lugar a que algunos de los internados entrasen en un estado de indiferencia y abandono tan extremo que perdían toda intencionalidad de mantenerse con vida. Esto rápidamente terminaba en suicidio o muerte: se los notaba a estos internados que adoptaban una postura retraída, casi como una postura fetal que hacía recordar mucho a la posición de plegaria mahometana por lo que se los llamaba "musulmanes".

Los que sobrevivieron a estos campos tienen lo que se llama la tríada del sobreviviente, que consta de cefaleas, pesadillas persistentes y depresión crónica. Si bien la situación original podía ser de un estrés postraumático, lo que es importante subrayar es que la cronicidad y la magnitud del estímulo modificaban al terreno predisponente para generar características que solamente son homologables a las que se observan en la depresión endógena.

Otra situación. Spitz observó cuadros severísimos en lactantes, que eran secundarios a la privación afectiva y que denominó "hospitalismo" y "depresión anaclítica". EL cuadro de depresión anaclítica era determinado por la privación afectiva por la ausencia del objeto maternante y falta de contacto con el niño durante un período prolongado. Esta ausencia es importante recalcar que se producía después de un primer contacto emocional adecuado, quedando una persona sustituta que pudiese brindar un tipo mínimo de atención, una atención física pero no psíquica efectiva, lo que constituía una privación afectiva parcial.

Lo que en esas circunstancias observó, es que de un estado inicial de un período de llanto y aferramiento a un objeto, se pasaba por un estado de chillidos y gemidos, y que al tercer mes aparecía una posición patognomónica, que recuerda a las de los "musulmanes", manteniéndose la mayor parte del

tiempo boca abajo. Los niños perdían peso, padecían insomnio y se les acentuaba la rigidez facial. Cuando se podía encontrar un sustituto maternante, la situación se reestablecía con cierta rapidez. De no suceder esto el cuadro evolucionaba hacia la letargia, profundizándose la tendencia de los niños a contraer enfermedades intercurrentes, con desenlace mortal en la mayoría de los casos. El cuadro del hospitalismo, por el contrario, era secundario a una privación afectiva total, y los niños no llegan a estar boca abajo por que no adquieren la capacidad para ello. El nivel de desarrollo de aquellos que llegan a desarrollarse, sufren una disminución continua hasta llegar al nivel de la idiotez. La poca resistencia a las enfermedades y el deterioro progresivo dan un alto índice de marasmo y de muerte.

Como vemos estas situaciones tan dramáticas son situaciones sin salida que generan severas respuestas psíquicas y somáticas. Ahora bien, es dable pensar que en las situaciones de depresión, la vivencia prolongada, en ciertos casos sutil, de inermidad y de desamparo y de no salida, son elementos muy a tener en cuenta en la valoración clínica. Se trata de huellas imborrables, que desde lo psíquico crean un terreno fuertemente depresógeno, aunque no se manifieste en el momento.

También queremos recordar, que varios autores citan que lo más peligroso como índice, desde el punto de vista del riesgo suicida, o cualquier otra conducta hetero o autoagresiva en la adolescencia, es la desesperanza.

Epstein: Luis, a esta altura de nuestra conversación ¿qué se te ocurriría comentar?

Zieher: Lo que hemos visto hasta ahora desde cierto punto de vista permite interpretar que los modelos experimentales de la ansiedad y ciertas observaciones de la observación clínica, implican al estrés crónicamente repetido como uno de los causales de los cuadros depresivos y sus diversos correlatos a nivel bioquímico y neurofisiológico.

Conductualmente, la posibilidad de "adaptarse al estrés" o "soportarlo mejor" sería el mecanismo intrínseco de acción de un antidepressivo. Esto se traduce en el "coping behaviour", la conducta de "afrentamiento", la capacidad del individuo de afrontar adecuadamente, sin lesiones ulteriores, las situaciones de estrés o las situaciones de shock inescapable.

En las interpretaciones más antiguas se creía que las perturbaciones neuroendócrinas por estrés inescapable, eran consecutivas a los trastornos de la regulación aminérgica (noradrenalina, serotonina, etc.). Hoy en día se interpreta que los cambios resultan del efecto de las neurohormonas por sí mismas, y datos experimentales sugieren que neurohormonas pueden coordinar procesos conductuales y neurofisiológicos complejos, relevantes a la adaptación y supervivencia.

Tras estas respuestas que incluyen activación del eje hipófiso-adrenal, activación simpática y de la médula adrenal y reacciones de alerta, anorexia, disminución de la libido e hipogonadismo hipotalámico, pueden ser producidas por la administración intrace-

rebro-ventricular de la hormona liberadora de corticotrofina, CRH.

También se considera que el dato más relevante, en cuanto a marcadores, es que los pacientes con depresión mayor, frecuentemente cursan con hipercortisolismo, que en ocasiones es similar a la enfermedad de Cushing.

Lo mismo observamos en las anorexias nerviosas, lo que podría vincular de manera directa afecciones diferentes, tales como el Cushing, que frecuentemente cursa con depresión, la anorexia nerviosa y la depresión mayor. La disfunción se originaría en un defecto a nivel del hipotálamo, o por "debajo" del mismo, resultante en una hipersecreción de CRH.

Epstein: Con esto que menciona Zieher, de la depresión mayor, recordé algunas reflexiones que me han surgido en relación con mi trabajo con fronterizos, y que estaban mencionadas en el "dossier" del primer número de Vertex. Creo necesario subrayar que desde el punto de vista dinámico habría que considerar la existencia de tres tipos de depresión: una, la depresión endógena, otra, la depresión por pérdida del objeto, anaclítico o por separación y la tercera sería reactiva. En los fronterizos se habla de los melancoloides, y sabemos que los fenómenos depresivos de este grupo nosográfico no responden en forma clara a los antidepresivos. Como decía en ese comentario, creo que el DSM-III con su clasificación de depresión grave ha borroneado un poco el campo y habría dos depresiones graves, basadas en una explicación psicoanalítica, pero creo además que son discriminables en su respuesta farmacológica. Por ejemplo el lugar de los fármacos "Antirrecurrenciales", que también mencionados en relación con los fronterizos, y las particularidades del mecanismo de acción celular del litio, la carbamazepina...

Rojtenberg: ...y el valproato, y sus diferentes efectos en relación con los trastornos bipolares y los pacientes "cicladores rápidos" y el tratamiento combinado en depresiones resistentes.

Zieher: Es importante resaltar, que los modelos de depresión basados en la repetición del estrés, sobre todo del estrés inescapable, generaron una apreciación y una línea de investigación esencial, referente a los aspectos neuroendocrinológicos de la depresión mayor.

Estos modelos ponen el énfasis en las alteraciones, pero sobre todo el aumento, del factor hipotalámico liberador de corticotrofina o ACTH, el CRH, una hormona liberadora, como dijimos, de corticotrofina o también CRE, "corticotrophin releasing factor", es decir factor liberador. Es el incremento, el aumento por encima de cierto nivel de esta neurohormona, actuaría como gatillo, generaría el cuadro conductual típico de la depresión, de complejo desarrollo y que se inicia desde la infancia, progresando en etapas durante toda la vida, en contra de la suposición inicial, como dijimos, que postulaba que la alteración primaria bioquímica era el trastorno de la innervación aminérgica.

Epstein: He notado que en todo este tiempo prácticamente no han mencionado el libro que están escribiendo, pero valdría la pena que cuenten algo, dado que el ángulo desde el cual hemos estado hablando, no es el habitual, y algo de ello debe tener que ver con el libro, o estará expresado en el mismo. Por otra parte, hace un rato fue obvio que habría mucho más para hablar si además de lo modelístico nos adentramos más en la clínica. Quizá tengamos que pensar en otra vuelta.

Rojtenberg: El libro está pensado a partir de la experiencia y varios años de elaboración. Creemos que hay un vacío conceptual e instrumental que necesita ser llenado. Para ello dentro de nosotros lo pensamos como las bases clínicas, dinámicas y farmacológicas para la terapéutica de la depresión, aunando la experiencia básica de Luis y la clínica que puedo aportar yo, con concepciones psicoanalíticas que nos ha dado la formación y años de actividad. El título con el que pensamos que salga es el que mencionaste antes, "Depresión y antidepresivos" ■



HISTORIAS DE FAMILIA:

Conversación entre dos terapeutas

En la redacción de VERTEX, café por medio, se produjo el encuentro de los Dres. Antonio Brenes y Augusto Miguel Picollo**. El primero, originariamente pediatra, comenzó su práctica con Familias en 1970; transitó por los Servicios de Psicopatología de los Hospitales de San Isidro, Piñero —donde es supervisor—, y Alvear y se encuentra en la actualidad desarrollando una experiencia como Docente Libre de la Facultad de Medicina, para médicos de familia y miembros del Servicio de Clínica Médica del Hospital Francés; en cuanto a su adhesión referencial, es miembro del Simposio de Campo Freudiano. El Dr. Picollo, es miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina; conjuntamente —como insiste en señalar con el sesgo de la sencillez y la modestia— con los Dres. Berenstein, Merea y Silverman, entre otros, generó e impulsó allá por los '60 un instituto de investigaciones y luego departamento de familias en la APA. Durante el 70, realiza experiencias casi fundacionales —siguiendo a Pichón— en el Hospital Moyano; allí tienen que insertarse en un medio poco menos que hostil, donde la práctica del psicoanálisis de familias y parejas era una contradicción violenta con un entorno inminentemente biólogo. Pero es allí, donde el Dr. Picollo rescata un trabajo que lo llena de satisfacción, al dar cuenta de la huella que se imprime en los residentes y resulta en una multiplicación de nuevos recursos terapéuticos. Luego cursos, conferencias, trabajos publicados, viajes... A lo largo de la conversación se generó un clima casi festivo, con el chisporroteo veloz de dos personas que trabajan como exploradores, internándose en la experiencia, avanzando y desbrozando madejas teóricas y hallazgos técnicos. Ambos, y no creemos que sea casualidad, se encuentran escribiendo libros sobre teoría de la Técnica.*

Retomando preguntas anteriores de VERTEX, abrimos la primera interrogación, esto es: que cada uno explicitase su referente teórico, su modelo conceptual o más precisamente ¿desde dónde parte para realizar el trabajo concreto con una Familia?



Dr. Picollo: Yo diría que el referente teórico nuestro, digo nuestro porque lo compartimos con otros, es eminentemente freudiano. Al decir freudiano, uno dice que toma los pilares básicos de la teoría freudiana: el concepto de evolución psicosexual, edipo, el narcisismo, la noción de conflicto, de defensa, etc. Naturalmente hay aportes de otros lados también, pero fundamentalmente es esto. Y para nosotros, la reformulación que hace la escuela francesa, específicamente Lacan, acerca de los pasos del edipo y sus tres términos, es un aporte muy enriquecedor. Nos permite dentro de esa armazón teórica, considerar al edipo y sus tres términos, digamos, como el núcleo central de las problemáticas familiares. Para nosotros, el edipo sería el núcleo de visualización de las problemáticas familiares. Naturalmente es una reformulación del concepto de edipo. Pero eso remite a tener en cuenta la función más que los lugares estructurales: más que tener en cuenta el lugar estructural del padre, o los términos, como algunos los llaman, los tres elementos básicos del complejo de edipo a la luz de varios aportes y son el núcleo central, y es actualmente a partir de allí que nosotros implementamos la *dinámica de las funciones*: la función paterna, la función materna, la función filial y las alteraciones de esa triangulación edípica. Naturalmente que esto nos remite a hablar de otras cosas. Para nosotros todo el trabajo psicoanalítico en familias y pareja, tiene que trabajar con una noción inconciente, sino, no es trabajo psicoanalítico.

Dr. Brenes: Yo creo que iremos marcando una diferencia bien nítida. Desde ya acordando con el modelo de inconciente, el problema es que nuestro modelo conceptual, desde el punto de vista del estructuralismo: el modelo edípico que organiza la relación familiar aparece con cierto grado de insuficiencia, si uno lo compara o lo contrasta con el modelo de la estructura elemental del parentesco. Porque se refiere al orden que daría origen al concepto de familia. O sea, el orden relacional de intercambio, y creo que lo interesante, como diferencias para polemizar, es que a veces cuesta explicar en la clínica este concepto. A mí me gusta mucho señalar esto: *el concepto de relación entre dos familias*. Esto sería, no sólo una ampliación del concepto de edipo en los cuatro tiempos, sino que actúa como una confirmación previa. Porque el modelo del cual se parte, sería el modelo de la relación o los intercambios entre las familias. No entonces, desde lo que podríamos llamar los fenómenos de identificación e introyección objetales entre los miembros de una familia entre sí.

Dr. Picollo: Para nosotros, lo decimos explícitamente, el edipo visto a la luz de los tres tiempos es más que suficiente, o es suficiente en la clínica para dar

cuenta de lo que pasa en una familia. Y no necesitamos de otros términos. No necesitamos, por ejemplo del cuarto término. Naturalmente que es conceptual cómo uno ve la clínica. Yo creo que cuando especificamos los lugares que tiene en cuenta la familia de origen, entonces naturalmente nosotros la tenemos en cuenta: los compromisos, los intercambios, el dar y el recibir, a través de los lugares. *Pensamos más en término de dinamismos que de estructuras y de lugares.*

Dr. Brenes: Yo creo que aquí hay una diferencia muy fuerte. Cuando nosotros damos cuenta de una falencia de la función paterna, es fundamental visualizar la presencia del representante de la familia materna. Es decir que el *síntoma* en la clínica de familias y parejas, es la expresión en lo manifiesto de una producción referenciable al orden inconciente. Que se origina a partir de las tensiones, de las contradicciones, de la conflictiva del cual el modelo del parentesco da cuenta con claridad.

Vertex: Parece que van perfilándose dos modelos de trabajo diferentes ¿Podemos entonces interrogarnos sobre el síntoma, y desde allí, sobre el concepto de enfermedad?

Dr. Picollo: Quisiera ampliar las ideas hablando de lo mítico. El mito es algo que se inscribe sobre el inconciente familiar y lo denominamos Tramado Inconciente Relacional Identificatorio, TIRI. Ahí incluimos lo relacional que no es lo vincular. Lo relacional que tiene que ver más con la relación interaccional de los miembros entre sí, que en algún sentido también es inconciente, y los lugares de identificación. Ese tramado es algo constitutivo del inconciente familiar: sobre él se tejen los mitos, eso es lo que da individualidad o la particularidad de cada familia. Es como concebir que el tramado es el cañamazo y el mito son las lanas de distintos colores que individualizan a cada familia, como se constituyen alrededor de un mito particular.

Dr. Brenes: Yo creo que esto ayuda a entender, pero concretiza, forma texto, textura, en el sentido de cañamazo. Creo que la formación sintomática familiar que nosotros podríamos advertir en el concepto de transferencia en el trabajo con las familias, podría ser una de las formas de percepción sintomática desde el analista. No que el analista sea incluido en algunos de los lugares de la estructura de parentesco que se establece con las relaciones, esto sería lo manifiesto en el sentido de las relaciones, que es lo que organiza, cuál es el orden cuyo efecto serían esas relaciones. Estos elementos son los que articulados entre sí y contrapuestos con el sistema relacional de la parte manifiesta, al modo del trabajo de interpretación de los sueños, en ese entramado ahora entero, existiría el concepto de, o el lugar de, ubicar un analista interpretando, que sería un encuentro que hablaría del inconciente. No creo que lo podríamos organizar como una materialidad sino como un encuentro.

Dr. Picollo: En esta conceptualización que hacemos, al concebir al inconciente con ese tramado incon-

* Médico Psicoanalista. Supervisor de Familias y Pareja del Hospital Piñero. Arenales 3800 - 17° G - Buenos Aires.

** Psicoanalista. Miembro Titular en función didáctica, ex Director del Instituto de Psicoanálisis de APA. Posadas 1323 8° "C". Tel: 812-0969. Buenos Aires.

ciente-relacional-identificatorio, naturalmente que, centrados en el edipo, nosotros pensamos que la concepción básica edípica encierra el concepto de función: función paterna, función materna y función filial. Que no son independientes entre sí, no se parecen a las individualidades, sino por ejemplo el padre como transmisor de la ley, y la madre como aquella que incluye en su discurso el nombre de ese padre, y el hijo que naturalmente junto con la madre en la transmisión de esa ley. En algún momento se acepta la doble castración simbólica, o sea materna, la pérdida del hijo, la pérdida de ese hijo como falo, el reconocimiento del hijo como un otro. Y en el hijo, la castración de tener que aceptar que él no puede acceder a su madre sino que tiene que individuarse. El padre es transmisor de saber. Yo creo que hay interdependencia entre los tres elementos que hace que la ley esté por detrás, trascienda los individuos y el individuo, el padre, sea el transmisor del saber, la familia es el transmisor del saber, y la aceptación de la castración simbólica como organizador.

Dr. Brenes: Hemos pasado del paciente designado enfermo, a la familia enferma y volvemos a pilotear entre tratamientos individuales y tratamientos familiares. Exagerando: todos son tratamientos familiares o todos son tratamientos individuales. Y aquí hay ideología: quienes dicen que el psicoanálisis de la familia no es psicoanálisis y que entonces no debe practicarse y quienes dicen por tanto que el único psicoanálisis es individual... Me parece que es casi un compromiso clínico describir el concepto de enfermedad. Y pienso que toda organización sintomática cristalizada con sufrimiento familiar es lo que podemos llamar enfermedad. Creo que nos olvidamos del concepto de sufrimiento, que lo perdimos, como si esto perteneciera al terreno de lo orgánico. Esto en el sentido de sufrimiento psíquico y su permanencia en un orden familiar manifiesto con sufrimiento y organizado a lo largo del tiempo y contra todo intento de resolución familiar... Yo creo que eso autoriza a hablar de enfermedad familiar a secas.

Dr. Picollo: Yo pienso que en la familia la enfermedad es previa al sufrimiento. Entonces si yo tengo que hablar de familia y enfermedad y tomo como pivote el sufrimiento, para mí el sufrimiento es el acceso. El sufrimiento aparece en el síntoma y la enfermedad es previa. Por ejemplo, si yo tomo una familia con sufrimiento general compartido, sin miembro designado, yo diría que es una familia enferma, para tratarse. Pero no la pongo en la misma categoría que a la familia a la cual le llega, digamos, el sufrimiento a partir del síntoma que aparece en un individuo, que puede ser este miembro designado. Antes se hablaba siempre del psicótico y ahora del psicótico, del adicto, del psicósomático, del inadaptado, de los niños. Entonces para hablar de enfermedad y familia, yo creo que el concepto de sufrimiento es una puerta de entrada. *La enfermedad está instalada en la familia desde que el mito que la rige, un día es cuestionado.* El mito sirvió hasta ese momento, sirvió como texto de acuerdo, texto para acordar, para unirse y evitar los desacuerdos o

los disensos. Aunque eso implica un precio. El precio es una patología, porque no se hace evidente, porque no había sufrimiento, ni a través de la aparición de un miembro designado, ni tampoco del sufrimiento como propio, del sufrimiento familiar.

Vertex: *Son situaciones cristalizadas, que es lo que preocupa...*

Dr. Picollo: Son situaciones cristalizadas. Particularmente creo que la atemporalidad que está dada por la vigencia del mito. Un día cuando se cuestiona aparece el síntoma. Y el síntoma puede aparecer en el campo individual o aparecer como un sufrimiento generalizado, o puede aparecer como temáticas, preocupaciones a resolver, pero el mito está cuestionado: ahí aparece el sufrimiento familiar. ¿Qué es el síntoma a diferencia del mito? En la vigencia del mito, se evitan los desacuerdos, los disensos: hay una organización atemporal, eterna e igual a sí misma, que se repite, trae su precio, que lo puede observar el observador pero no los participantes. Pero es un precio alto porque exige desorganización. Cuando ese mito se cuestiona aparece el sufrimiento, aparece el síntoma, entonces para nosotros, el síntoma que puede ser de extensión individual o de extensión grupal, aparece en el cuestionamiento del mito. Claro, indirectamente, por supuesto nadie lo cuestiona verbalmente, ni explícitamente, sino aparece sintomáticamente, ahí yo concuerdo con vos que se puede hablar de enfermedad.

Dr. Brenes: Creo que si uno sostiene que el efecto del inconciente es producir vacío en la conciencia o cierta laguna o cierto lapsus, actos fallidos, se puede y se debería pensar que el mito familiar es una fórmula relatable de la historia familiar. Un articulado en el cual, desde ya, como lo propone Levi-Strauss, tiene dos funciones: explicativo y encubridor; es un organizador de sentido. Debería aparecer no sólo con el acuerdo, sino debe aparecer con los lugares para que los miembros digan de su propio lugar en el mito. Este relato articulado, donde se marcan lugares donde los sujetos son hablados, es el mito. Esta cuestión de ser hablado, pide un lugar en la sesión. Creo que es la sesión un espacio-tiempo en donde interviene un analista, interpretando acerca de esa demanda de ser hablado, pero también de la demanda de hablar. O sea, el deseo del sujeto como punto de encuentro, entabla una lógica con la estructura familiar. Donde cada uno se traba en ese lugar que habla, dice o desdice lo que dice el mito, en relación a su lugar como parte de la familia. Ahí también hay un analista. Estaría tentado a decir: ahí siempre va a haber conflicto, porque la definición de conflicto es coetánea a la noción de inconciente. Pero entonces yo digo: si la relación entre dos familias es fundante, desde el modelo desde el cual yo trabajo; *si la estructura fundamental del parentesco fija la denominación*, pero es libre determinación de las familias organizar el sistema de actitudes, *los conflictos expresados en el nivel del mito reordenan continuamente el deseo y los mandatos que circulan a lo largo de la estructura.* Y creo

que, en la coagulación endogámica; en esto que vos decías con precisión, con realidad; en la función paterna y materna en este coagulado, en este cristalizado, donde cada lugar o cada sujeto está realmente fijado al lugar que le asigna el mito, ahí se organiza la enfermedad. Creo que ahí coincidimos, *en cuanto el sujeto habla de su deseo en desacuerdo con ese lugar, ahí aparece el sufrimiento y ahí aparecemos nosotros.*

Dr. Picollo: Los comunicólogos dicen que cuando el miembro designado dice verdades, las dice en un lenguaje que no le entienden, pasa a decirlas en el lenguaje de proceso secundario que es la función del terapeuta. Pasa a ser el emisor, porque es el que sabe más que nadie la verdad. Entonces él está planteando su deseo. Eso es el cuestionamiento del mito, a través del síntoma.

El lugar del terapeuta para mí es ese. Ferreyra considera al mito familiar como defensa, como creación de áreas de acuerdo y de evitación, de áreas de desacuerdo. Y es muy útil ese concepto. Para mí, el mito es como un libreto que la familia representa sin conocer su texto, sin saber siquiera de su existencia. Para mí es ese el mito. Por eso coincido con vos, en lo que decís, que el mito es vivido por el sujeto, es representado por el sujeto. Yo creo que es hablar y representar. Es ese libreto que se escenifica sin conocer el texto. Porque no lo conoce pasaría a ser fantasía. Ese es uno de los objetivos de la terapia. *La transformación del mito en fantasía para que pueda generarse algún modelo de pensamiento que permita romper la atemporalidad del mito, historificar el mito y pasar a la temporalidad.*

Dr. Brenes: Pero ¿entonces cuál sería la diferencia entre el concepto de mito y el concepto de inconciente? Porque le estás dando los atributos y los procesos del funcionamiento inconciente al mito.

Dr. Picollo: No, porque el mito sería como el tejido particular que se enhebra sobre el tramado inconciente: es la particularidad de ese tramado, pero no es el tramado mismo.

Dr. Brenes: ¿Es la manera como el tramado expresa?

Dr. Picollo: Es la manera como el tramado se segmenta, se trama. Por eso puse la metáfora esa del cañamazo y las lanas. El tramado, cada familia tiene sus mitos, las normales y las patológicas, no siempre el mito es enfermedad.

Dr. Brenes: Es imposible no tener mitos.

Dr. Picollo: Yo creo que acordamos mucho en cuanto a la función del mito y la necesidad de historización.

Vertex: parece que se van perfilando acuerdos y diferencias. Los invito, dentro de lo posible, a ampliar los objetivos y metas terapéuticas.

Dr. Brenes: En el sentido de lo mítico y el concepto

de historización, tenemos una diferencia fuerte en la clínica, te diría, porque me parece indispensable para hablar con la línea que veníamos, de síntoma, ingreso, de acceso a esto que estamos llamando inconciente familiar. Creo que no tenemos que olvidar el concepto de repetición, esencial para el psicoanálisis. ¿Cómo entender el concepto de repetición ligado al concepto de síntoma? Yo te diría, retomando la línea de acceso, la idea de instrumento en el concepto de cura o de dirección de la cura; creo que la repetición es aquello que demanda el trabajo analítico, no otra cosa, te diría casi con exclusividad, no otra cosa, para ser cuidadosos en el concepto de analista de familia. Entonces ¿cómo darse cuenta, cómo percibir, cómo entrar, cómo incluirse tangencialmente en el sentido de una repetición familiar, diferenciada de una redundancia, de una reproducción de la repetición? Por ejemplo, la estructura avuncular, tiende a que los miembros de una familia hablen de un deseo que si queremos podríamos llamar regresivo. Pero que yo prefiero llamar un deseo de regresar a situaciones endogámicas, en relación a lo que fue constitutivo de la familia. Creo que siempre se insiste desde el punto de vista de la sintomatología familiar como demanda dentro del sistema familiar, que apunta a ubicar a alguno de los miembros de la familia, a alguno de los lugares de la familia, en situación de repetición de situaciones endogámicas. Este es el lugar de la intervención porque es el lugar que se repite. Es allí donde el mito no habla, como decías vos, donde no se edifica nada, donde hay una pregunta de alguno o de todos los miembros a un sujeto llamado analista, que debería saber esta cuestión. Creo que esto es lo que hay que saber del inconciente. Si ese lugar lo toma el analista hay una interpretación, si no lo toma, hay un agujero otra vez, un insistir hasta una nueva reformulación de esta pasión hacia una demanda.

Dr. Picollo: Pero yo te preguntaría a vos ¿si el mito se repite, atemporal y eternamente? Es una hipótesis... Si ese mito alguna vez no es cuestionado a través de un síntoma.

Dr. Brenes: El mito falla, en el síntoma el mito falla.

Dr. Picollo: Entonces yo te diría que la compulsión a la repetición se va a repetir en la terapia, pero naturalmente filtrada a través del síntoma que una vez lo cuestionó. Porque si no, esas familias eternamente van a vivir iguales a sí mismas, en función de la repetición, sin ser cuestionadas ¡Y cuántas familias transcurren así! Por ejemplo: vos tenés una familia con un miembro psicótico que ni siquiera aparece en terapia, ese miembro segrega, a la manera de la segregación, a la familia. Si uno quiere tomar un concepto casi de los comunicólogos, nosotros diríamos un reordenamiento, yo diría identificador defensivo, esa familia se repite eternamente a sí misma. Pero si uno entra por el síntoma se da cuenta que la compulsión a la repetición es un lugar para que el analista actúe, pero que está mediatizado por un cuestionamiento, seguramente derivado de alguna crisis de los individuos o de la sociedad o de los que fueren, a través de

un síntoma que una vez cuestionó ese mito. Esto lo lleva a la terapia.

Dr. Brenes: Yo coincido en lo tuyo pero insisto en una cuestión. Pensaba sobre lo que hablabas ahora, voy a tomar un apotegma de Lacan que dice "la repetición demanda lo nuevo". ¿Qué quiere decir? Demanda lo nuevo es la puesta en escena de lo que podemos llamar reordenamiento fantasmático familiar, en donde el que es apuntado esa vez en la situación clínica, no es un medio agradable sino que es un lugar en la estructura en la que debería estar ocupándose el analista.

Dr. Picollo: Nosotros decimos que la vía reggia, para freaseándolo a Freud, del conocimiento familiar son los mitos. Para nosotros la vía reggia es el mito. Por ejemplo recién hablabas de regresión, y decías, en un momento determinado: hay una regresión hacia modelos identificatorios de las familias de origen. Yo creo, que ahí estaría terminando el mito. ¿Por qué termina el mito? Porque existe esa regresión, se refugia en el mito como un mecanismo de defensa que lo va a salvar de la catástrofe; que va a venir si ellos cambian, porque el mito fue cuestionado. Y si ellos siguen el avance y hay un cambio, el cambio que el terapeuta propone. Ellos tienen las fantasías, las temáticas explicativas siempre son catastróficas. Lo comprobás en la clínica: nos vamos a disolver —dicen—, alguien se va a morir; yo voy a tener un infarto. Siempre hay una catástrofe que los espera, y entonces se hacen míticamente regresiones hacia modelos anteriores, y ahí el mito debe ser desentrañado e historicado.

Dr. Brenes: Mirá, te dije hace un rato que a mí me gustaría hablar de la diferenciación entre mito y fantasía.

Dr. Picollo: En un trabajo que nosotros tenemos de técnica, damos un ejemplo cuando hablamos de los dos tiempos de la interpretación, que nosotros llamamos de dos tiempos y dos momentos de la interpretación, hablamos del tiempo interaccional, que no son tiempos cronológicos, son tiempos procesales, son tiempos lógicos... La fantasía que aparece a través de un sueño, de una fantasía diurna, de un lapsus, de un síntoma, permite armar la fantasmática, tomada de la palabra de ellos o de los actos de ellos, que le permite al analista transformar el mito totalmente desconocido en fantasía como cualquier elemento de pensamiento para ser pensado.

Vertex: Hemos interrogado sobre los diferentes esquemas referenciales, sobre el concepto de sintoma en familia y sobre enfermedad familiar. A manera de cierre proponemos que hagan algunos comentarios sobre transferencia y desde allí, otra vez hacia la eficacia en la terapia.

Dr. Picollo: Nosotros lo decimos explícitamente. Una cosa es el reconocimiento de la transferencia como fenómeno universal y presencia constante en las terapias de familia y pareja. Y además una presencia

constante de transferencia tanto de un lado como del otro, y otra cosa, es la utilización de la transferencia, siguiendo el modelo freudiano de 1905 de Dora, por ejemplo. En la terapia, nosotros no usamos la transferencia como instrumento terapéutico siguiendo los modelos de Freud de 1905. Nosotros pensamos que eso que puede denominarse transferencia, preferimos reconvertirlo. Cuando aparece algo con la persona del terapeuta, tendemos a hacer los intentos posibles para revertirlo hacia algo que tiene que ver con los modelos relacionales entre ellos o identificatorios entre ellos. Sí, nos parece útil interpretar la transferencia con el terapeuta, cuando es una verdadera resistencia en la terapia. Pero queremos agotar todos los recursos para volcarlos a nuevos modelos relacionales. Yo creo, sí que la transferencia está explicitada en la familia, en el lugar que ocupa el terapeuta. Creo que el terapeuta en una familia con miembro designado, alguna vez tiene que ser el loco. Porque si el terapeuta es colocado en el agujero ese, y es el loco, es el que denuncia las verdades que ellos no pueden decir. Entonces va a ser segregado, cuestionada su carrera, como es segregado y cuestionado el miembro designado en la familia. Yo creo que la transferencia está ahora en la familia por el lugar que ocupa el analista. No hay proceso analítico si el analista no ocupa esos lugares de silencio, o de no verdad o de no cosa explicitada. Por eso el terapeuta se expone, al revelar esas verdades que el mito oculta, a ser este individuo segregado y tratado como es tratado el miembro segregado, o los excluidos que no están de acuerdo con las reglas o lo que cuestionan.

Dr. Brenes: Me parece que también es riesgoso, para seguir con la idea de las partes de la transferencia. Las transferencias masivas que operan en trabajo con familias. Yo recurriría casi al modelo de psicosis, o las transferencias narcisistas. Es otro de los riesgos que nos toca enfrentar. Entonces está bien, lo que no sé es la validez del modelo. En el modelo estructural, el concepto de lugar implica ese cuarto término que coexiste, es coetáneo con la producción de formaciones sintomáticas, por ejemplo, es coetáneo con los momentos de repetición. Donde la preservación de la familia, o la observación de la continuidad de la familia es puesta seriamente en situación crítica, donde los fantasmas, como decís vos Augusto, los fantasmas del enhebramiento familiar pueden producir efectos catastróficos, de fantasías persecutorias a veces. Estos momentos de gran producción sintomática son momentos de incertidumbre en el sentido de ¿dónde está la transferencia? Si hay que seguirla, hacia dónde hay que dirigirla. Desde los miembros de la familia o desde el lugar del analista. Yo creo que esto es muy difícil que sea escuchado en estos momentos críticos de producción fantasmática por parte de la familia. Yo creo que hay tendencias hacia la fuga, o la tendencia a tapan la situación del encuadre del trabajo familiar. Me parece que ahí es un lugar de silencio en cuanto a la estructura, es un lugar como decía antes de fantasma, de tendencia a pasar por alto.

Dr. Picollo: Yo diría que es el momento de interpre-

tar la función ausente, el lugar vacío, o sea, la desorganización, el sacudimiento edípico de la función, la ausencia de la función paterna, el discurso materno no adecuadamente insertado, el hijo como perteneciente a esa díada psicótica madre-hijo, yo creo que el lugar de escucha no quiere decir pasividad. Yo quiero decir lugar de escucha con intervención, con intervención interpretativa en el sentido de transmisión de la ley. Yo creo que la función terapéutica básicamente es la actualización del mito, *ese es un objetivo, transformar en historia lo que fue repetición atemporal hacerlo temporal*. La temporalidad que introduce la interpretación y la interrelación. Yo creo que además, la función del terapeuta es función interdictiva, la función de llevar a la familia, de llevar en cierto sentido, transmitir la reflexión simbólica y la aceptación del lugar de identificación tal cual que están sacudidos y son inadecuados. Yo creo que no es una escucha pasiva. El analista habla desde el lugar vacío, claro, hay una ausencia, una defectuación. Si lo tomamos como un cuerpo narcisista es un aparato psíquico, digamos defectuado, ahí hay alteraciones, y yo creo que el analista interviene, por supuesto que interviene, no es sólo escuchar. Al contrario, nosotros en el trabajo de clínica hablamos que en terapias familiares la actitud del terapeuta es mucho más activa que en la terapia individual, pero no entendemos la actividad del terapeuta como lo prescriptivo: la prescripción, el ordenamiento, lo entendemos como adelantarse a la mítica. Y el señalamiento y la interpretación de la participación de todos.

Dr. Brenes: En última instancia creo que coincidimos en esencia, quizá las diferencias estarían dadas sobre el modelo que lleva a instituir el reordenamiento de los códigos, digamos así, del modelo familiar en relación a los lugares, el concepto de falocastación, que sería reorganizador para ustedes. Creo que para este modelo que nosotros trabajamos el concepto de castración estaría en la resignificación de las formas de intercambio. En relación desde ya a los lugares donde el falo no es elemento organizador,

en la función paterna que no es solamente restaurar la ley y el corte sino que es propiciar y organizar.

Dr. Picollo: Ahí está justamente, estos son ejes importantes: justamente ustedes lo ven a la luz del intercambio. Nosotros lo vemos a la luz de la transmisión de la ley, que marca la diferenciación de los sexos, marca los lugares, marca el lugar de la madre, marca el lugar del hijo como diferente. Ustedes la movilizan a través de relaciones de intercambio, nosotros la movilizamos a través de las funciones. La familia va relatando en la medida en que se ubica, en la medida que se rompen las mitologías, se pasa a poder pensar los mitos, transformarlos en fantasía y luego en pensamiento, sino además que esto aparezca en el lenguaje explícito, hacer de lo implícito lo explícito en el lenguaje verbal, donde hay una improvisación. De un antes y de un después; donde uno ve emergentes: por ejemplo en el discurso de otras familias, en parejas o en familias que dicen "yo antes" podrían ustedes decir "cuando mi mujer me decía esto, yo inmediatamente hacía tal cosa".

Dr. Brenes: Creo, con respecto a ese punto que, aquello que se nos plantea como fenómeno clínico a resolver lo podemos llamar en la vertiente de consulta: sufrimiento, que lo hemos trabajado, y en otra vertiente: consecusión de esa historia familiar. Como decís vos: la concientización del antes y el después, en la posibilidad de este orden, este ordenamiento de gran sentido de sufrimiento, también da sentido a la significación o a la disfunción de los sujetos dentro del mismo. Me parece que este es un desafío para trabajar, que es el de la inclusión o la exclusión en su momento, el momento de la endogamia, el momento de la exogamia...

Vertex: Nos quedamos con muchos deseos de seguir escuchando. Estos temas tienden a crecer y a ser cada vez más abarcativos. Los comprometo a nuevas intervenciones en esta revista y les agradezco mucho la presencia en la redacción ■

Por la coordinación y transcripción
R. D. Spiguel

Isídoro Berenstein: PSICOANALIZAR UNA FAMILIA

Emiliano Galende: PSICOANALISIS Y SALUD MENTAL

Mabel Burin: EL MALESTAR DE LAS MUJERES. LA TRANQUILIDAD RECETADA

Cecile Herscovici y Luisa Bay: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA. AMENAZAS A LA AUTONOMIA

M. C. Gear y E. C. Liendo: SUPERVISION TERAPÉUTICA. ANALISIS Y SINTESIS DE UN CASO CLINICO

Miriam Elson (comp): LOS SEMINARIOS DE HEINZ KOHUT

J. McDougall y S. Lebovici: DIALOGO CON SAMMY

Donald Winnicott: EL GESTO ESPONTANEO

Claudio Garza Guerrero: EL SUPERYO EN LA TEORIA Y EN LA PRACTICA PSICOANALITICA

J. Sobral y R. Arce: LA PSICOLOGIA SOCIAL EN LA SALA DE JUSTICIA

R. Harré y R. Lamb: DICCIONARIO DE PSICOLOGIA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACION

R. Harré y R. Lamb: DICCIONARIO DE PSICOLOGIA FISIOLÓGICA Y CLINICA

J. Bruner y H. Haste: LA ELABORACION DEL SENTIDO

EDITORIAL PAIDOS

Defensa 599 - Buenos Aires

**Laboratorio Privado
de Psicometría y Neuropsicología**
Lic. Angel Goldfarb

- Cuantificación de las funciones corticales superiores
- Evaluación y seguimiento del envejecimiento cerebral normal y patológico
- Rehabilitación de la memoria a través de programas de entrenamiento para restitución y compensación
- Abordaje según los actuales paradigmas neuropsicológicos de E.E.U.U.

Yerbal 1865 • (1406) Buenos Aires • Tel: 631-5920 / 632-7046



**Clínica de Neuropsiquiatría
y Psicología Médica S. A.**

DIRECTOR: DR. CESAR A. CABRAL

**INTERNACIONES — HOSPITAL DE DIA
EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS
ALCOHOLISMO — DROGADICCION
TERAPIAS INDIVIDUALES Y GRUPALES
CURSOS DE POSGRADO**

Informes: Tel. 821-2739/83-6501

MANSILLA 3057

(1425) CAPITAL FEDERAL

SEÑALES

LECTURAS

Berenstein, I., **PSICOANALIZAR UNA FAMILIA**, Paidós, Biblioteca de Psicología Profunda Nº 38, Buenos Aires, 1990. 298 págs.

Momento, hito en un recorrido de investigación, "Psicoanalizar una familia" (... "que también podría haberse llamado Vínculos familiares inconcientes.") es un texto que gira alrededor de la idea que ubica al psicoanálisis de familia con un estatus epistemológico propio constituyendo, más que una aplicación técnica del psicoanálisis, una ampliación del mismo.

Los vínculos familiares entendidos como conflicto permanente entre los lazos de sangre y los de alianza, las peculiaridades del "paciente" que es la familia, la relación entre mundo interno y mundo vincular, la relación entre los lugares de parentesco y los yoes, el concepto de superficie vincular, la relación entre mundo interno y vincular (es decir lo intra y lo intersubjetivo), la fundamentación metapsicológica de la Estructura Familiar Inconciente son algunos de los nudos centrales en este texto en el que campea el término vínculo, para cuya fuente de inspiración, I. Berenstein se remonta a E. Pichon Rivière.

Haciendo serie con otros libros que jalonan su prolífica obra (Familia y Enfermedad Mental (1976), El complejo de Edipo (1976), Psicoanálisis y Semiótica de los sueños (1978), Psicoanálisis de la estructura familiar (1981), Psicoanálisis de la pareja matrimonial (en col. con la Dra. J. Puget, 1988); I. Berenstein nos presenta este libro esencial en el tema.

Vertex

"ACERCA DE LA ETICA DEL PSICOANALISIS" Manantial, Buenos Aires, 1990, 165 págs.

Un volumen con trabajos presentados y debatidos en la Jornadas que sobre este tema organizó la Sociedad Analítica de Buenos Aires los días 30 y 31 de marzo de 1990. El eje y las referencias de las 17 contribuciones publicadas remiten al Seminario VII, que el desaparecido Jacques Lacan dictó en los años 1959 y 1960, precisamente sobre "La ética del psicoanálisis" (Paidós, Buenos Aires, 1988)

Para el lector no interiorizado quizá resulte sorprendente constatar tal preocupación por un tema que en la práctica médico-psiquiátrica habitual suele revestir un interés —en general— focalizado en ciertos y determinados problemas. En todo caso no se le plantea al profesional en cuestión un tema ético *cada vez* que actúa como tal.

En el ejercicio del psicoanálisis, en cambio, está en juego la consideración ética *cada vez* que el psicoanalista actúa como tal. Hay razones verdaderamente de fondo para ello. Algunos psicoanalistas —los más agudos en lo clínico, los más lúcidos en lo teórico— ya habían intuido la importancia del problema antes que Lacan. Sin embargo, como en tantos otros temas cruciales del psicoanálisis correspondió a este analista francés —que retomó también aquí lo esencial de Freud— no sólo la caracterización precisa del problema sino además la indicación de con qué instrumentos conceptuales conviene abordarlo.

Los trabajos del libro que nos ocupa reflejan la amplia diversidad de temas que desarrolló Lacan a lo largo de las 24 clases del Seminario enhebrando —como es el estilo de este autor— los problemas más acuciantes de la clínica y la teoría psicoanalítica como una reflexión de alto vuelo concerniente a tópicos nodulares del pensamiento científico y filosófico.

Es así que el problema del bien, la pregunta de qué debe ser considerado lo bueno, es uno de los ejes del Seminario. El trabajo de Miguel Méndez ("*Sobre los bienes*") toma la cuestión explícitamente, en su caso acentuando la articulación entre "lo bueno" como ideal y "los bienes" materiales. No es un problema solamente filosófico en la medida que la posición analítica sobre la función del dinero en el análisis y sobre a qué clase de bien está conduciendo el analista a su paciente depende de cómo se tenga resuelto este punto. Destaquemos del trabajo de Méndez su conclusión: podemos esperar una satisfacción del psicoanálisis, "aunque para eso haya que cambiar de hambre". Otros trabajos se refieren al problema del bien: "*Ética del psicoanálisis e incommensurabilidad*" de Diana Rabinovich ("no existe una común medida para los sujetos en análisis"); "*Responsabilidad, castigo y goce*" de Diana Chorne, "*Avida Dollars*" de Raul Courel y "*El alma bella y la ética del psicoanálisis*" de María N. de Dickstein.

La articulación posible de la medicina (y por ende de la psiquiatría) con el psicoanálisis —tema que no es ajeno a VERTEX— exige precisiones particulares que atañen a la cuestión del bien. Quedan a cargo de Juan Torrisi ("*Demanda al medico*") y Cristina Quaglia ("*Amor médico*").

Un grupo de contribuciones se refieren a temas de la metapsicología freudiana trabajados por Lacan en este Seminario: la sublimación —de A. Eidelsztein—, el principio del placer —de María I. Pérez—, la acción —del autor de esta reseña.

Los trabajos de Fanny Cohen, Beatriz Udenio (y también el ya citado de Raúl Courel) se refieren a casos clínicos de su práctica como analistas, examinados desde perspectivas inspiradas en el Seminario VII.

Juan Carlos Indart, en sus "*Palabras de cierre*", puntúa algunos

de los hilos conceptuales que recorren el conjunto de los trabajos.

J. Bekerman

Gear, M. C., Liendo, E. C. y Reyna, F.: *SUPERVISION TERAPEUTICA. Análisis y síntesis de un caso clínico*. Paidós, Buenos Aires, 1990. 1 Vol. 515 págs.

Entendiendo que el trabajo de supervisión psicoanalítica tiene un espacio terapéutico propio que complementa el análisis terapéutico del supervisando Gear, Liendo y Reyna nos presentan en su libro un desarrollo de la técnica y los presupuestos de la supervisión psicoanalítica.

Postulada por los autores una contaminación del analista con la patología de su paciente y/o del ambiente del mismo, el rol del supervisor consistiría en dilucidar el encuadre patógeno que le es impuesto al analista para así descontaminarlo. La función de la supervisión sería entonces como un metasisistema de comunicación que controla el sistema de comunicación terapéutica.

En la Primera Parte se explicita sucintamente el "modelo teórico del psicoanálisis paradigmático propuesto por los autores y la tecnología derivada de dicho modelo" que fueron desarrollados ampliamente en libros anteriores. Luego, en la Segunda Parte, se internan en la temática de aplicación clínica de estos conceptos en relación con la supervisión. Para ilustrarla recurren a un ejemplo concreto transcribiendo íntegramente la supervisión grupal de un caso en su pre-entrevista, su primera entrevista, la post-entrevista y una sesión de tres meses después. En un minucioso trabajo de análisis de las intervenciones de la paciente y de la terapeuta los autores despliegan una metodología técnica que les permite extraer, y/o inferir, una detallada serie de conclusiones que utilizan a fines diagnósticos, pronósticos y de fijación de los objetivos y estrategia terapéuticos.

Sin particularizar sobre los conceptos teóricos utilizados, que requerirán contextualizarlos en la prolífica producción previa de los

autores, debe decirse que este libro tiene la encomiable virtud, no frecuente, de exponer un material clínico completo como para que el lector ("supervisor del supervisor") saque sus propias conclusiones y las contraste con los comentarios presentados en el texto.

Vertex

Escuela Freudiana de Buenos Aires, *LA FORMACION DEL ANALISTA*, Puntosur, 1990, 322 págs.

El 3 de agosto de 1985, los miembros de la Escuela Freudiana de Buenos Aires firmaron un Acta de Refundación, con la intención de ayudar a elaborar una respuesta frente a la inevitable disolución de las instituciones y la degradación del uso de la actividad. Como resultado de ese trabajo de Escuela, en junio de 1987 se realizaron jornadas sobre "La formación del analista". Ese encuentro estuvo dedicado a cuestiones tales como el fin del análisis, el análisis del analista, el análisis de control, el cartel y la transmisión del psicoanálisis.

La formación del analista, volumen que Puntosur editores acaba de lanzar al mercado, reúne los treinta y cinco trabajos presentados en aquellas jornadas, como una invitación a continuar la lectura y la reflexión, sin proponer el saber de una obra que se pretenda completa.

L. Donzis.

Galende, E. *PSICOANALISIS Y SALUD MENTAL, Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires, Paidós, Biblioteca de Psicología Profunda, 1990, 294 págs.

Poniéndose a distancia de las "actitudes pragmáticas y tecnicistas de los planificadores", así como de los "repliegues teoristas de muchos psicoanalistas", E. Galende se interna en un documentado ensayo que intenta echar luz sobre la polémica relación entre psicoanálisis y salud mental.

Propone para ello potenciar el

análisis crítico para mejorar las respuestas prácticas manteniendo en primer plano el compromiso ético con los que sufren, (como Santiago S. cuya historia nos relata), y quedan atrapados en la institución asilar.

Superando las viejas concepciones antipsiquiátricas, así como los rígidos modelos médicos de la psiquiatría tradicional, la posición para el autor consiste en dialectizar el problema incluyendo tanto la vertiente económica-social, implícita en la cuestión de la Salud Mental, como la elaboración de técnicas de intervención adecuadas para atender a los que "enferman o pueden enfermar". En este contexto el psicoanálisis ha cobrado, para el autor, una nueva importancia en tanto "método riguroso de exploración de la subjetividad y uno de los instrumentos críticos más profundos de la sociedad y la cultura".

Galende estructura entonces su obra comenzando por despejar el lugar actual del psicoanálisis en relación a sus implicancias epistemológicas, políticas y sociales.

Aborda luego un recorrido por las teorías, las prácticas terapéuticas y las instituciones en el campo de la Salud Mental. A continuación revisa críticamente la evolución, desde la psiquiatría positivista a las políticas de Salud Mental, detallando los tres movimientos más desarrollados de la psiquiatría institucional en lo que va del siglo: la política del sector en Francia, la psiquiatría comunitaria en Estados Unidos y la desinstitucionalización iniciada por Basaglia en Italia.

Con un capítulo dedicado a la "Constitución de las políticas en Salud Mental" y otro destinado al análisis de las prácticas del psicoanálisis en las instituciones y en particular en las crisis y la prevención primaria, Galende conjuntamente con G. Paz, autores del recordado "Psiquiatría y sociedad" (1975), culmina este ensayo indispensable en que une a su fidelidad a una línea de coherencia ideológica y compromiso ético, una exhaustiva actualización en los temas tratados.

Vertex

Ansermet F., Grosrichard, A., Méla, Ch., compil. **LA PSICOSIS EN EL TEXTO**. Manantial, Buenos Aires, 1990. 126 págs.

1986. *Katatuchès*: Círculo Freudiano Romance de estudios Clínicos y Literarios. Lugar: Suiza de habla francesa. Un grupo de psicoanalistas se autoconvoca para explorar el efecto de azar del encuentro entre psicoanálisis y literatura. Su originalidad consiste en invertir el juego habitual en este tipo de ejercicios: en lugar de utilizar el psicoanálisis como instrumento para el tratamiento del texto literario intentar una aplicación de la literatura al psicoanálisis.

Aludiendo a una comunicación de Freud a G. Papini en 1934 ("En todo gran hombre de ciencia está el germen de la fantasía; pero ninguno propone, como yo, traducir a teorías científicas la inspiración que la literatura moderna ofrece") François Ansermet, en la introducción de este volumen, cree encontrar un antecedente indicativo de lo que *Katatuchès* propone desarrollar.

Una decena de intervenciones, producidas durante la primera jornada de estudios del círculo en 1988, y en las que se trata entre otros de Rousseau, Poe, Artaud, Schreber, Hölderlin, Thomas y las monjas místicas Hildegarda de Bingen y Hadewijch de Amberes intentan contrastar la hipótesis de

trabajo. El sujeto psicótico escribe como el neurótico habla. La locura puede canalizarse en la construcción de un texto.

Las referencias a J. Lacan son la constante en todas las intervenciones como lo señala J. A. Miller quién junto a E. Laurent y R. Vuagniaux cierran la serie con sendos textos clínicos.

Vertex

Primeras Jornadas de Alternativas Psiquiátricas Institucionales

Organizadas por APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos) y la Sociedad de Psiquiatría de La Plata, este evento tendrá lugar el 7 y 8 de diciembre de 1990 de 9 a 12.30 hs. Con la coordinación general de M. A. Materazzi se desarrollará un panel de discusión en el que participarán R. Farher, A. Gilbert, M. Luna, R. Montenegro y M. Suárez Richards, y talleres sobre Prevención, Rehabilitación, Asistencia e Investigación y Docencia. Informes: APSA, Virrey Ceballos 180, Cap. Fed. Tel. 46-2702.

Escuela Europea de Psicoanálisis

El 22 y 23 de setiembre de 1990 fué anunciada en Barcelona la creación de la Escuela Europea de Psicoanálisis.

Translingüística e inter-regional esta Escuela formó su primera sección en Cataluña.

Ella constituye la tercera escuela inscrita en la red del Campo Freudiano luego de l'Ecole de la Cause Freudienne de París y la Escuela del Campo Freudiano de Caracas.

La EEP dispone de una oficina en París (74, rue d'Assas, 75006) y editará un boletín en español desde Barcelona con el título "UNO POR UNO" que se puede recibir por suscripción escribiendo a: Muntaner 499 - 5º, 4ª (08022) Barcelona, España.

CENTRO DE ESTUDIOS EN PSICOTERAPIAS

Directores Fundadores: Dr. Héctor Fiorini, Dr. Humberto Gobbi, Lic. Nilda Guerschman, Dr. Pedro Menéndez.

• AREA DOCENTE

Niveles anuales de formación sistemática en Teoría y Técnica de Psicoterapias

Seminarios optativos: Teoría y Psicopatología psicoanalíticas – Talleres de psicoterapias de grupos – Pareja – Familias – Adolescentes – Niños – Taller de abordaje de la problemática conyugal – Ateneos teórico-clínicos y jornadas anuales – Supervisiones clínicas y observaciones en cámara de Gessel y videofilmación.

• AREA DE EXTENSION: INTERIOR Y EXTRANJERO

Ter Curso anual de formación sistemática en psicoterapias para profesionales del interior y del extranjero

(Frecuencia mensual - 3er sábado de cada mes)

• AREA PREVENTIVO-ASISTENCIAL

Centro Asistencial: Departamento de admisión – Emergencias – Asistencia ambulatoria y domiciliaria – Rehabilitación – Psicoprofilaxis.

Abierta la inscripción 1991.

VACANTES LIMITADAS Informes: Sede Institucional Av. Cabildo 592 (1426) Bs. As. Tel. 774-2570 – Lun. a Vier. de 10 a 21 hs.

VERTEX se encuentra en venta en las siguientes librerías:

Buenos Aires

Ave Fénix Av. Pueyrredón 1753
Ave Fénix Salguero 2527
Del Virrey V. Loreto 2407
Fausto Av. Santa Fe 2077
Fausto Av. Santa Fe 1715
India Song Av. Las Heras 2412
Letra Viv Av. Cnel. Díaz 1837
Norte Av. Las Heras 2225
Paidós Av. Las Heras 3741
Penélope Av. Santa Fe 3673
Pié de Página Av. Las Heras 3055
Santa Fe Av. Santa Fe 2928
Santa Fe Av. Santa Fe 2386
Santa F Av. Santa Fe 2582
Voces Av. Santa Fe 3480

y en las librerías de los Hospitales Israelita, Borda (Lib. Salerno), Moyano, Estévez, Alvear, Ameghino y en las de A. P. A. (Lib. Kargieman), APdeBA (Lib. Marcos), SABA y CEP.

Córdoba

Arco Iri Dean Funes 167
El Aleph Av. Colón 359 loc. 52
El Boulevard Obispo Oro 305
El Espejo Av. Velez Sarfield 156 loc. 23
Maidana Libros Dean Funes 236 loc. 6
Nubis Dean Funes 163 (partido de Santa Catalina)
Paydeía Dean Funes 73
Rayuela Av. Colón 678

y en Hosp. Neuropsiquiátrico Provincial (Sr. Antonio Moro), Hospital Colonia Santa María de Punilla (Lic. Conba)
Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (Sra. Eugenia Karlen)

Mendoza

"Historias de..." Av. San Martín y Sarmiento

Rosario

La Copia Fiel Entre Ríos 716



.....
SOLICITUD DE SUSCRIPCION

APELLIDONOMBRE/S

PROFESION

DIRECCIONCOD. POSTAL.....TEL

CIUDADPAIS.....

Envío cheque bancario o postal por la suma de.....

FECHA.....FIRMA

Enviar la solicitud de suscripción a Charcas 3939 - P. B. "B" (1425) Buenos Aires, Argentina.
Cheques a nombre de VERTEX - Precio por ejemplar: 10 USA - Precio de la suscripción a 4 números: En la Argentina: 35 USA
Médicos residentes y estudiantes: 20 U\$S - En el extranjero 50 USA (gastos de envío incluidos)