

LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS



TOMO V (1984-1991)

METAPSIKOLOGÍA Y METAHISTORIA 3

Escritos de teoría psicoanalítica



libros del
Zorzal

Obras Completas

LUIS CHIOZZA

OBRAS COMPLETAS
TOMO V

Metapsicología y metahistoria 3

Escritos de teoría psicoanalítica

(1984-1991)



libros del
Zorzal

Chiozza, Luis Antonio

Metapsicología y metahistoria 3: la historia que se enseña en la escuela, la que preocupa a los historiadores y una renovación posible de la historia escolar - 1a ed.

- Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008.

v. 5, 290 p.; 21x15 cm.

ISBN 978-987-599-082-1

1. Medicina. 2. Psicoanálisis. I. Título

CDD 610 : 150.195

CURADORA DE LA OBRA COMPLETA: JUNG HA KANG

DISEÑO DE INTERIORES: FLUXUS

DISEÑO DE TAPA: SILVANA CHIOZZA

© Libros del Zorzal, 2008

Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-987-599-082-1

Libros del Zorzal

Printed in Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de

Obras Completas, escribanos a:

info@delzorzal.com.ar

www.delzorzal.com.ar

ÍNDICE

LA MINAPRINA.

DISEÑO PARA UNA INVESTIGACIÓN FARMACOLÓGICA

“PSICOSOMÁTICA” (1995 [1984])	11
El problema de la relación psique-soma	13
La conciencia establece dos categorías	15
La investigación farmacológica “psicosomática”	17
Diseño para una investigación farmacológica “psicosomática” de la minaprina.....	19

ACERCA DE LA SUPERSTICIÓN EN EL USO DE LA ESTADÍSTICA (1984), Luis Chiozza, Dorrit Adamo, Liliana Barbero, Domingo Boari, Cristina Schneer, Ricardo Spivak

y Mirta Stisman.....	23
I. El conocimiento estadístico	25
II. ¿Qué ocurre cuando se trata de uno?.....	26
III. ¿Qué ocurre cuando se mezclan los porcentajes?	29
IV. El problema de la exactitud estadística	33
V. Comentario final.....	34

LA CAPACIDAD SIMBÓLICA DE LOS TRASTORNOS SOMÁTICOS.

REFLEXIONES SOBRE EL PENSAMIENTO DE WILFRED

R. BION (1985)	37
I. Introducción.....	39
II. La tesis de Meltzer.....	40
III. El problema del significado y el símbolo	42
IV. Una aproximación al problema de psiquis y soma.....	50
V. El problema de la simbolización en la enfermedad somática....	52
VI. El psicoanálisis de la enfermedad somática.....	59

COMENTARIO SOBRE “NARRATIVIDAD, TIEMPO Y MITO EN PSICOANÁLISIS Y EN PSICOSOMÁTICA” DE CARLO BRUTTI (1989 [1986])	61
COMENTARIO SOBRE “EL PENSAMIENTO DE LUIS CHIOZZA: PROBLEMAS EPISTEMOLÓGICOS” DE ARNALDO BALLERINI Y ANTONIO SUMAN (1989 [1986]).....	65
CÁNCER, NARCISISMO Y MUERTE (1995 [1987]).....	71
Sobre el significado inconciente del cáncer	73
Sobre el tratamiento psicoanalítico del cáncer	74
Sobre la enfermedad más allá del individuo	75
Sobre las condiciones psicológicas del cáncer y sobre lo psíquico y lo orgánico.....	77
Sobre el cáncer como solución dañosa y su modo de abordaje	81
COMENTARIOS INTRODUCTORIOS AL DEBATE DE LA PELÍCULA <i>HANNAH Y SUS HERMANAS</i> DE WOODY ALLEN (1995 [1987])	83
Woody Allen	85
Hannah y sus hermanas.....	86
El amor prohibido	87
La mentira y la culpa.....	89
El egoísmo.....	90
¿Por qué duelen los celos?	91
REFLEXIONES PSICOANALÍTICAS ACERCA DE <i>LA MUERTE DE UN VIAJANTE</i> DE ARTHUR MILLER (1995 [1987]).....	95
I. “¡Los hermanos Loman!”	97
II. “Tú eres mi sostén y mi apoyo, Linda”	98
III. “Hay grandeza en ti, Biff... Estás dotado como ninguno”	98
IV. “Me has enamorado”	99
V. “Ya no venderé nada”	100
VI. “Yo lo llamé Howard”	100
VII. “Si tuviera cuarenta dólares semanales...”	100
VIII. “Esto es un negocio, amigo mío, y cada cual ha de rendir lo que pueda...”	101
IX. “¿Quieres decirme con claridad qué quieres de mí?”	102
X. “Nadie puede acusar a este hombre. Un viajante tiene que soñar...”	102

LA INFLUENCIA DE WEIZSAECKER EN LA ARGENTINA (1987).....	103
LA CONTRIBUCIÓN DE WEIZSAECKER A UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE LA MEDICINA. PRÓLOGO A <i>GUARIRE TUTTO L'UOMO</i> DE SANDRO SPINSANTI (1988)	117
LO PSICOSOMÁTICO (1995 [1988])	125
Definiciones preliminares de “soma”, “psiquis” y “psicosomático”..	127
Hacia una teoría psicoanalítica de los trastornos psicosomáticos	128
Hacia una ampliación del campo de intervención del psicoanálisis: de las resignificaciones secundarias inespecíficas a las significaciones primarias específicas	132
La enfermedad somática como jeroglífico (fantasía específica) y su interpretación.....	135
La interpretación: sus límites teóricos	138
La interpretación de la enfermedad somática como campo de investigación e intervención terapéutica	139
CONCEPTOS FUNDAMENTALES (1989)	141
<i>ORGANSPRACHE.</i>	
UNA RECONSIDERACIÓN ACTUAL DEL CONCEPTO FREUDIANO (1991 [1989])	147
I. Acerca del lenguaje y del habla.....	151
II. El órgano habla.....	153
III. La zona erógena como fuente, agente y objeto de la expresión lingüística.....	154
IV. El lenguaje hipocondríaco y las metas específicas de las distintas zonas erógenas.....	160
V. El código con el cual “el órgano habla”	163
VI. La segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis	166
VII. El lenguaje de órgano en la sesión psicoanalítica	167
VIII. El lenguaje de órgano en la transferencia-contratransferencia.....	170
IX. Resumen	174
DEBATE DEL SEMINARIO “ <i>ORGANSPRACHE</i> , REVISITACIÓN ACTUAL DEL CONCEPTO FREUDIANO” (1992 [1989]), Luis Chiozza, André Green y otros.....	177

COMENTARIO PSICOANALÍTICO SOBRE EL CUENTO “FLORES PARA ALGERNON” DE DANIEL KEYES (1995 [1989])	239
DEFINICIONES PARA UN DICCIONARIO (1995 [1990])	247
Fijación prenatal hepática	249
Fantasías específicas de órganos y funciones.....	249
Núcleo patosomático de la personalidad.....	250
Proceso terciario.....	250
Psicosomático	251
Fantasía	255
Fantasía inconciente. Protofantasía. Fantasía inconciente específica	262
COMENTARIO PSICOANALÍTICO DE LA PELÍCULA <i>ATRACCIÓN FATAL</i> DE ADRIAN LYNE (1995 [1991]).....	263
Bibliografía	271

LA MINAPRINA

**DISEÑO PARA UNA INVESTIGACIÓN
FARMACOLÓGICA “PSICOSOMÁTICA”**

(1995 [1984])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995o [1984]) “La minaprina. Diseño para una investigación farmacológica ‘psicosomática’”.

Ediciones en castellano

Se publicó con el título “Diseño para una investigación farmacológica psicosomática” en:

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Se publicó con el título “La minaprina. Diseño para una investigación farmacológica ‘psicosomática’” en:

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 167-177.

Este artículo corresponde a la conferencia que acerca de “El comportamiento humano y la inhibición” realizó el autor por invitación del Laboratorio Gador, en noviembre de 1983, y se editó por primera vez en 1984, con el título “Diseño para una investigación farmacológica psicosomática”, como segundo apartado de “Opio” [II] (Chiozza y colab., 1984c [1969-1983]).

El problema de la relación psique-soma

El problema de la relación psique-soma no existe durante los actos habituales de la convivencia humana. Cuando invitamos a un amigo a cenar, o cuando masticamos un caramelo, jamás pretendemos distinguir entre el cuerpo y el alma.

El problema surge cuando, intentando ejercer la medicina, necesitamos pensar en nuestros conocimientos organizándolos en un sistema científico. Cuando el pensamiento lógico procesa y organiza en un sistema los datos que registra la conciencia, pone de manifiesto, y exagera, una característica (de la misma conciencia) que consiste en fragmentar lo aprendido en dos tipos de existencia: una material, corporal, física; otra ideal, psíquica, histórica.

Una tendencia actual de la medicina subraya la importancia del enfoque integral de la enfermedad e insiste en la necesidad de prestar atención a las vicisitudes de la relación médico-paciente. Pero esto, por importante que sea, no basta. Aspiramos a que el ejercicio de la medicina psicosomática se realice dentro de las coordenadas de una tarea científica teorizable, formulada en principios que puedan ser discutidos y transmitidos con claridad.

Sabemos que la ingestión de una dosis suficiente de fenobarbital, por ejemplo, se acompaña de un conjunto bien conocido de cambios en el estado psíquico. Al iniciar el ensayo de un nuevo “psicofármaco” (sin poder todavía describir un mecanismo que vincule la ingestión con el cambio de estado, y extrapolando experiencias surgidas de otros contextos) estamos de acuerdo en que la relación de causa-efecto es, en primera instancia, el mejor recurso de nuestro intelecto cuando nos hallamos ante fenómenos que suelen presentarse juntos y sucesivamente. Llegamos así al primer

postulado para una patología psicosomática: la génesis somática (o la farmacogénesis) de un estado psíquico.

El segundo postulado nace de una manera semejante. Cuando durante la búsqueda del origen de algunas enfermedades (la úlcera gastroduodenal o la colitis ulcerosa, por ejemplo) fracasamos en el hallazgo de una causa física, la observación de un trastorno psíquico concomitante con la alteración somática nos condujo (antes aun de poder describir un mecanismo de acción) a utilizar la idea de psicogénesis.

Esta idea muy pronto recibió el apoyo de la investigación neuroendocrínológica, no sólo porque conocemos mejor la fisiología del rinencéfalo, sino también por la descripción de los fenómenos de estrés. Ocurrió así que la investigación de los significados inconcientes correspondientes a determinadas estructuras somáticas quedó, cada vez más, identificada con el planteo de una relación de causa-efecto, solidificándose de este modo la idea de psicogénesis.

Junto con el segundo postulado para una patología psicosomática, el de la psicogenia, la patología general inaugura un nuevo capítulo, el de las enfermedades psicosomáticas.

En este camino que resumimos aquí simplificando muchos conceptos, hemos adquirido dos postulados que se demuestran útiles en la clínica médica, pero hemos experimentado dos grandes pérdidas conceptuales que cobrarán su precio.

La primera de ellas consiste en que la afirmación de que hay enfermedades psicosomáticas supone implícitamente que existen otras que no son psicosomáticas, lo cual constituye una simplificación, ya que el hombre mismo, tanto sano como enfermo, es “psicosomático”.

La segunda es más importante aún. La idea de psicogénesis, que implica pensar la relación psique-soma en términos de la relación causa-efecto, conduce a olvidar que existe en este tópico un inmenso capítulo abierto a nuestra posibilidad de comprensión y conocimiento; el capítulo de la investigación del sentido, que implica utilizar la relación símbolo-referente, y que compromete los terrenos del significado y el lenguaje.

Estos dos tipos de relación, la de causa-efecto y la de símbolo-referente, no pueden anularse entre sí, porque pertenecen a territorios distintos, pero pueden interferirse mutuamente en la atención que el intelecto les brinda, cuando deberían, en cambio, coexistir en la conciencia.

En lugar de una patología psicosomática propia de unas pocas enfermedades necesitamos trazar las coordenadas “psicosomáticas” de la patología general, pero necesitamos hacerlo en el terreno de una ciencia sólida, exenta de las habituales ambigüedades que invaden este

campo y lo transforman en una serie de bien intencionados consejos, encaminados a disminuir los sinsabores de la vida, o en una serie ininterrumpida de prescripciones médicas para sedar la excitación nerviosa, que se parecen muchas veces, en su resultado, a lo que obtendríamos si tocáramos un piano con las manos metidas en un par de guantes de boxeo.

Si pretendemos sostener que todo enfermo es “psicosomático”, debemos tener claro de inmediato que tampoco el recurso de la psicoterapia es suficiente para encarar científicamente el tratamiento de los aspectos psíquicos de un trastorno somático. Ya sea porque una psicoterapia breve y superficial ayuda pero no resuelve, ya sea porque la psicoterapia profunda, en sus parámetros habituales, ha sido concebida para tratar neurosis, caracteropatías o, eventualmente, psicosis, pero se adapta mal a los requerimientos de un infarto de miocardio o de una osteomielitis, y suele limitarse a colaborar mediante el tratamiento de la patoneurosis que acompaña al trastorno somático presente en esa crisis vital.

La conciencia establece dos categorías

El pensamiento que impregna implícitamente nuestras concepciones médicas considera que los fenómenos psíquicos aparecen tardíamente en el desarrollo biológico, cuando las organizaciones materiales alcanzan un cierto grado de complejidad. Esta exposición epistemológica corresponde al realismo, el cual, desde la época de los griegos, rige en la filosofía occidental hasta el siglo XVII. Es en este siglo que Descartes, a partir de su “pienso, luego existo”, da nacimiento al idealismo. Hoy diríamos, con Ortega y Gasset (1932-1933), “pienso, luego existo y existe aquello que me hace pensar”. En otros términos: en el encuentro entre la conciencia y lo que existe frente a ella, a mitad de camino entre sujeto y objeto, se constituyen los datos que posibilitan la acción eficaz.

La obligación inexorable de incluir a la psique y a los fenómenos de la conciencia como un componente primario del campo de estudio y del objeto de conocimiento, no ha surgido sin embargo de la filosofía, sino de la investigación científica natural más estricta y rigurosa.

No ha ocurrido solamente en la medicina, sino también, de un modo más radical todavía, en el terreno de la ciencia física. Bástenos citar para demostrarlo los nombres ilustres de Heisenberg y Schrödinger. Este último ha escrito un libro, *Mente y materia* (Schrödinger, 1958), que se halla muy lejos de ser un ensayo motivado en los afanes que a veces se presentan en la vida de los científicos como un complemento cultural.

La mecánica cuántica nos conduce a un redescubrimiento de la mente en un curioso círculo de tres pasos enfatizado por Morowitz (Hofstadter y Dennet, 1981).

- 1) La mente humana, incluyendo la conciencia y los fenómenos autorreflexivos, es “explicada” en los términos de actividades del sistema nervioso central, el cual, a su vez, puede ser “reducido” a la estructura biológica y a la función de un sistema fisiológico.
- 2) Los fenómenos biológicos, en todos los niveles, pueden ser entendidos en los términos de la física atómica, es decir, a través de la interacción de átomos de carbono, nitrógeno, oxígeno, etcétera.
- 3) La física atómica, cuya más acabada comprensión actual es alcanzada por medio de la mecánica cuántica, exige por fin, en su formulación, incluir a la mente como un componente primario del sistema en estudio.

El problema psicosomático se ha introducido pues en la física, y asistimos atónitos al hecho de que en nuestra época los premios Nobel de física se vean obligados a escribir sobre estas cuestiones como parte integrante de su tarea esencial –Eugène Wigner (1961), por ejemplo, ha escrito un ensayo titulado “Comentarios sobre la cuestión mente-cuerpo”; Hofstadter y Dennet, 1981–.

Nos hace falta volver al campo de nuestra experiencia clínica habiendo revitalizado los fundamentos epistemológicos de nuestra tarea, cuestionando nuestras nociones acerca del cuerpo y el alma.

En la sala de cirugía en donde se opera un enfermo de litiasis biliar, con el auxilio de una colangiografía, se ve una vesícula en el abdomen abierto y otra en la pantalla de radioscopia. Se piensa cotidianamente que la vesícula de la colangiografía es una representación, obtenida por medio de los rayos X, de la vesícula “real” que se ve en el abdomen, pero esto constituye un error. La vesícula que se observa en el campo quirúrgico, lejos de ser la “cosa en sí” vesícula, es una representación diferente, aunque más habitual, obtenida mediante la luz incidente. No sólo el color, sino la forma, observados en un microscopio, varían según el colorante con el cual se los ha hecho visibles. De modo que aquello que vemos, oímos, tocamos, gustamos u olemos, siempre es el producto del encuentro entre la “cosa en sí” y nuestra posibilidad perceptiva, nunca la “cosa en sí” misma. (Chiozza, 1981g)

El prejuicio epistemológico inconciente con el cual debemos luchar para poder trazar una medicina psicosomática científica es el que nos lleva a

creer que la existencia material es una evidencia y, en cambio, la existencia psíquica es sólo una inferencia. Por esto no debe extrañarnos que hayan fracasado, hasta hoy, los intentos de encontrar un “puente” psicosomático, puente representado por el guión, tristemente célebre, que se coloca entre las palabras “psiquis” y “soma”. Sucede que, equivocadamente, lo hemos buscado como si estuviera dentro de la categoría que denominamos materia, pero ese guión, es necesario insistir, ni es psiquis ni es soma.

Psíquico y somático son dos categorías que establece la conciencia, mediante el pensamiento lógico, frente a un existente que no cabe entero en ninguna de ellas y que trasciende a las dos juntas como trasciende a la conciencia misma. Nuestra conciencia organiza el conocimiento en dos grandes epicentros. Uno, físico, que da origen a la relación de causa-efecto y al cual pertenecen las nociones de materia, espacio, cosa, naturaleza, movimiento, acción, ser y ontología. Otro, histórico, que da origen a la relación de símbolo-referente y al cual pertenecen las nociones de idea, tiempo, significado, cultura, percepción, pasión, padecer y patología.

Ambas organizaciones intercambian y combinan de un modo secundario sus nociones y se relacionan en un campo hasta el presente inaccesible a la categorización. Podemos así, por ejemplo, hablar de un tiempo físico, crono-lógico, y de un espacio psíquico al que de un modo metafórico llamamos inadecuadamente “interior”. Podemos también conceptualizar un “padecimiento” somático, o una “acción” psíquica, gracias a esas extrapolaciones secundarias de nuestro intelecto.

Existen relaciones específicas entre determinadas alteraciones somáticas y estados del ánimo también determinados. Precisamente por esto podemos comunicarnos, y ante la contemplación de un cuerpo ajeno “sabemos”, a menos que lo disimule, si lo que siente es miedo, odio o amor.

Una vez admitida la existencia de un psiquismo inconciente, hemos aprendido la existencia de relaciones inconcientes, igualmente específicas, entre determinados cuadros de la patología somática y determinadas fantasías inconcientes que equivalen a la descomposición “patosomática” de las “claves” que configuran la particular manera en que se descargan los diferentes afectos (Chiozza, 1975c).

La investigación farmacológica “psicosomática”

Tanto la teoría general de los sistemas, creada por Bertalanffy (1975), como la informática moderna, no solamente han avalado el concepto, ya postulado por Freud, de que lo psíquico puede existir privado de la propiedad de la conciencia, sino que nos han acostumbrado a la idea de que lo psíquico

puede “inyectarse” o transferirse de uno a otro sistema. Sorprende pero es cierto: la forma, el orden, la entropía negativa, es decir, la información, es una cualidad psíquica, no física, aunque se halle privada de conciencia y viaje transportada en la materia. Aunque se halle privada de aquello que llamamos “vida”, es tan psíquica como lo son las obras completas de Shakespeare en el anaquel polvoriento de una biblioteca olvidada.

De modo que así como puede inyectarse la inmunidad, que es una forma de memoria, una droga “contiene” en su “interioridad”, vehiculizada por su configuración química o atómica, una fantasía psíquica inconciente, que no sólo puede ser hipotetizada por un farmacólogo “psicosomático” a partir de su acción farmacológica, sino que también puede ser a veces intuitivamente anticipada a partir del efecto producido por sus parientes químicos cercanos. Equivale a lo que Laborit (1983) denomina información-estructura, por oposición a la información-circulante.

En 1969 realizamos con un grupo de colaboradores un trabajo sobre el opio (Chiozza y colab., 1969c). Buscábamos su fantasía psíquica inherente a partir del efecto que esta droga produce en el organismo que la incorpora. En ese trabajo anticipábamos tímidamente que la acción del opio sobre el hombre podía quizás ser concebida como una “opoterapia”, es decir, como el efecto de una droga que reemplaza a una sustancia de producción endógena. En 1975, seis años después, el descubrimiento de las endorfinas vino a darnos la razón.

Realizábamos también entonces (Chiozza y colab., 1969b) algunas consideraciones acerca de la utilidad práctica y teórica de un enfoque semejante, que lleva a concebir y evaluar a la terapéutica en un campo unificado, acorde con la idea de que tanto la droga como la palabra son información. Por este motivo, el daño o beneficio que un tratamiento puede producir no dependen, claro está, de que el agente sea farmacológico o verbal, sino de que la información con él suministrada se aproxime a la medida y cualidad de cada necesidad particular. Actualmente ocurre que la psicoterapia, llevada por su necesidad de extender su beneficio a un mayor número de personas, intenta producir interpretaciones “*standard*” vehiculizadas por medios masivos de comunicación, y que la farmacología, en cambio, procura obtener configuraciones cada vez más específicas que limiten su acción a subsistemas orgánicos cada vez más pequeños, lo cual conduce hacia la necesidad de una prescripción farmacológica que se adapte a los requerimientos particulares de cada paciente¹.

¹ Fritjof Capra (1982) señala, sin embargo, que muchos productos purificados preparados por la industria farmacéutica son menos eficaces y de efecto más azaroso que sus equivalentes naturales. Los extractos preparados con hierbas naturales contienen propiedades moderadoras de los efectos de sus principios activos.

El descubrimiento paulatino de la interioridad “psíquica” que todo medicamento posee, no solamente conducirá en el futuro a decidir y evaluar mejor su aplicación concreta, sino que también nos permitirá comprender de un modo más profundo la “intuición” que conduce al farmacólogo al hallazgo de nuevas sustancias y al ensayo de distintos derivados, lo cual se traducirá en una investigación más fructífera y en una mayor economía de esfuerzos.

Diseño para una investigación farmacológica “psicosomática” de la minaprina

La experiencia brindada por la aplicación de estas ideas al estudio preliminar sobre el opio y la que surgió de ensayos similares sobre la píldora anticonceptiva (Korovsky, 1969), sobre los digitálicos (Fonzi y otros, 1978), sobre la nicotina (Litvinoff y otros, 1983) y sobre las drogas antianginosas (Aizenberg, 1984) realizados por otros colegas en la misma línea de investigación², nos conducen a pensar que podría encararse un trabajo semejante sobre la minaprina, intentando profundizar en la cuestión mediante la integración de los distintos ángulos de exploración que a continuación señalamos.

- 1) La búsqueda de las fantasías inconcientes específicas que corresponden al sistema inhibitor de la acción (SIA) y a la inhibición de este sistema. Laborit (1983) ejemplifica los efectos de su función con la actitud de inmovilidad tensa que adoptaríamos si, caminando por una pradera, viéramos revolotear sobre nosotros a un ave de presa en actitud amenazadora. Encontramos en ejemplos como este, habituales en Laborit, que completan en términos de una vivencia subjetiva el conocimiento de una función fisiológica, la puerta de entrada para la investigación de los significados inconcientes específicos que le corresponden.
- 2) La exploración, desde un punto de vista semejante, de las fantasías inconcientes correspondientes a los sistemas activadores de la acción (MFB y PVS) antagonistas del sistema inhibitor de la acción, incluyendo la interrelación entre ellos, su organización intersistémica, su integración con las estructuras

² Debemos añadir a esta lista otro sobre la cocaína recientemente realizado (Casali y Nagy, 1997).

del neocórtex jerárquicamente superiores y su derivación en los subsistemas receptores y efectores. Para esta tarea resulta particularmente útil tener en cuenta que el paleoencéfalo o sistema límbico, filogenéticamente correspondiente a los mamíferos primitivos, constituye el cerebro emocional. Nos encontramos así nuevamente con la vertiente subjetiva de las conductas categorizadas como consumo, lucha, huida e inmovilidad tensa. De modo que el capítulo psicoanalítico que estudia las vicisitudes de los afectos y, especialmente, la descomposición, en la enfermedad somática, de la clave que configura la descarga específica para cada uno de ellos (Chiozza, 1975c), constituye una apertura para profundizar en el conocimiento de las fantasías inherentes a las estructuras de recompensa (MFB), castigo (PVS) e inhibición de la acción (SIA).

3) La consideración de los dos grandes subsistemas, el colinérgico y el adrenérgico –que corresponden, en términos muy groseros, a la predisposición del organismo para dos grandes fines, la restauración de las fuerzas y la lucha, y que equivalen a dos estados de ánimo, la relajación y la alarma–, debe ser completada. Es necesario incluir conocimientos recientemente adquiridos de la síntesis, almacenamiento, liberación, recapturación, captación y destrucción de los neurotransmisores organizados en distintos sistemas (catecolaminérgico, serotoninérgico, etc.) mediante mecanismos de *feedback* negativo o positivo que los vinculan entre sí y con las secreciones del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. Para constituir una hipótesis sobre las fantasías inherentes a estas funciones necesitamos tener siempre presente el significado que adquieren teleológicamente, es decir, como procedimientos encaminados hacia un fin.

4) La consideración de los efectos farmacológicos de la minaprina, de sustancias químicamente emparentadas con ella (piridazona y piridazina, por ejemplo), de sus agonistas y antagonistas como la actinomicina y la puromicina (que inhiben la memoria proteica), de los allegados químicos de unos y otros, de los psicofármacos que actúan sobre los sistemas vecinos, etc., buscando identificar configuraciones “familiares” (como es el caso, por ejemplo, del ciclo perhidro-pentano-fenantreno, presente en distintos productos de la actividad fisiológica) y, sobre todo, relaciones entre la configuración química, el efecto farmacológico y su comprensión teleológica, que nos ayuden en el intento de conocer la fantasía específica.

Una vez trazados, a grandes rasgos, los ángulos y parámetros que, desde el conocimiento aportado por la neurofisiología, la bioquímica y la farmacología, delimitan el campo para una investigación de la interioridad de la minaprina, debemos añadir unas pocas consideraciones.

Es necesario tener en cuenta que no se progresará de un modo equivalente en todos los sectores a la vez y que alguno de ellos, en algún momento, se presentará como imposible. Sin embargo, como la experiencia ha mostrado, el progreso en un punto determinado puede aportar, de pronto, “el dato que faltaba” para que la investigación prosiga en otro en el cual se hallaba detenida.

Es importante subrayar nuevamente que la búsqueda se dirige hacia el carácter *psíquico* de una configuración, y que éste sólo puede ser comprendido como tal en la medida en que se lo categorice, desde una vertiente subjetiva, como algo que posee los atributos del significado. Aunque esto no implica necesariamente, como ya hemos dicho, pronunciarse en la afirmación de que posee las cualidades de la vida o la conciencia, cada uno de los ángulos desde los cuales la investigación intenta su progreso ha de quedar impregnado por una manera de la exploración que depende del carácter psíquico de lo buscado. Esta manera puede ser dividida, artificialmente, en tres puntos.

- 1) La fantasía psíquica inherente a la configuración molecular del fármaco es el molde del efecto psíquico correspondiente a la acción farmacológica, así como el perfil de la llave guarda la figura de la cerradura. Tal como ocurre con cualquier otro *software* o programa informático, esa fantasía jamás existe privada del valor o la importancia implícitos en su carácter programático. Esto equivale a decir que se integra jerárquicamente en estructuras intersistémicas cada vez más complejas, de las cuales es parte constitutiva, hasta fundirse en las temáticas universales que conforman el universo significativo del hombre y le imprimen inevitablemente una dirección a su vida. Por este motivo, a partir de estas temáticas, esas fantasías pueden ser recursivamente exploradas.

- 2) El estudio cuidadoso de las estructuras de significación comprometidas, sean lingüísticas o más ampliamente semánticas, históricas o míticas. En algunos casos, los nombres de las sustancias, los términos que describen sus efectos, su color, su aspecto o cualquiera de sus cualidades, lo mismo que aforismos o frases populares asociadas, etc. En otros, diferentes representaciones vinculadas, como por ejemplo las que pertenecen a la estructura del vegetal de origen en el caso de drogas naturales

como la digital o la morfina. No debemos olvidar que así como el riñón de la rata, el perro y el hombre poseen una estructura en común, el vegetal también comparte con nosotros estructuras que se han originado en una misma “línea de montaje”.

3) La inclusión en el campo de estudio de las fantasías y ocurrencias espontáneas, asociadas libremente por los investigadores frente al material investigado. Como lo ha demostrado el conocimiento de la contratransferencia en psicoanálisis –y también, fuera de él, en una extensa literatura, grupos de investigación en otras disciplinas–, estas asociaciones espontáneas suelen ser derivados más o menos lejanos del material buscado, por lo cual, una vez procesadas, nos brindan una vía de acceso excelente.

En el pensamiento de Laborit, quien dice de sí mismo que “se ha pasado la vida inventando moléculas” (Laborit, 1983), coexisten armoniosamente estructuras formales de los más diversos orígenes (Laborit, 1970): mecánica cuántica, matemática de conjuntos, cibernética, psicoanálisis del complejo de Edipo y postulados lacanianos alternan con la neuroquímica, la fisiología cerebral, los fenómenos de *imprinting* y la teoría de la evolución de las especies. Si reparamos en la manera en que se expresa, vemos que aun cuando se refiere a los organismos pluricelulares más sencillos flotando en el océano primitivo, su lenguaje nos produce la idea haeckeliana de seres animados de intención, idea que no nos abandona cuando lo acompañamos en el desarrollo evolutivo hasta llegar a un hombre psicossomáticamente integrado. Esa cualidad de su inteligencia, que lo ha puesto en contacto con las corrientes subterráneas que integran y nutren al universo intelectual de nuestra época, constituye hoy un factor importantísimo de la investigación neurofisiológica. El hallazgo del sistema inhibitor de la acción y de la minaprina es un aporte valioso a los conocimientos y recursos del médico. Continuar sus investigaciones en búsqueda de la interioridad específica de la minaprina contribuirá seguramente a enriquecer el conocimiento de las posibilidades de su utilización clínica y facilitará, además, nuevos hallazgos.

**ACERCA DE LA SUPERSTICIÓN
EN EL USO DE LA ESTADÍSTICA³**

(1984)

Luis Chiozza, Dorrit Adamo, Liliana Barbero,
Domingo Boari, Cristina Schneer, Ricardo Spivak
y Mirta Stisman

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis y colab. (1984d) “Acerca de la superstición en el uso de la estadística”.

Ediciones en castellano

Lecturas de Eidon, N° 3, CIMP, Buenos Aires, 1984.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 147-160.

³ El contenido del presente artículo proviene de un trabajo realizado en un grupo de estudio al cual concurrían los licenciados Dorrit Adamo, Domingo Boari, Cristina Schneer, Ricardo Spivak, Mirta Stisman y la doctora Liliana Barbero. Allí ampliábamos ideas ya expuestas en trabajos anteriores (Chiozza, 1978*m*, 1981*j* y 1983*g* [1982]; Chiozza y colab., 1981*e*).

I. El conocimiento estadístico

El resultado de un estudio estadístico no es, como habitualmente se piensa, un producto “imparcialmente objetivo”, ya que implica dos tareas previas que se realizan con un determinado y subjetivo criterio axiológico. Una consiste en *aislar y elegir el valor* que se va a computar; la otra se refiere a la *homogeneización* de las variables que no se están estudiando y que podrían incidir alterando la influencia del valor computado. Si bien la segunda de estas tareas es la única que se refiere específicamente al conocimiento estadístico, ya que la primera es condición previa, ambas afectan al resultado obtenido.

La homogeneización es, por su naturaleza, imperfecta y, además, tan incompleta como cualquier otro proceso cognoscitivo, en tanto no se pueden tomar en cuenta aquellas variables que son desconocidas. Pensamos sobre todo en aquellas variables que no pueden ser tenidas en cuenta porque su identificación implica un determinado criterio interpretativo. Este criterio interpretativo depende de una adquisición cognoscitiva que puede ser concebida como un proceso que nunca llega a su término.

No queremos significar con esto que el estudio estadístico constituya una tarea inútil que resulte en un conocimiento falso, sino que, en la medida en que se lo considere imparcialmente objetivo, su utilización es supersticiosa y no es acertada.

Para un empleo adecuado, conviene tener conciencia de que la estadística sustituye al conocimiento de certeza, tanto como a la comprensión más profunda de los fenómenos. Por este motivo afirmamos que la estadística es nuestro “peor es nada”.

El criterio de que lo que llamamos certeza no es más que una altísima probabilidad estadística ha ganado terreno dentro de las ciencias físicas, pero

nosotros nos referimos aquí al campo de las macroexperiencias cotidianas frente a las cuales tiene sentido distinguir entre probabilidad y certeza. Podemos decir, por ejemplo, que estadísticamente se ha comprobado que sólo el 5% de los soldados conscriptos obtiene un franco solicitado, mientras que al 95% le es negado. Sin embargo, es muy distinto afirmar que lo obtuvieron aquellos que se lo solicitaron al teniente, y les fue negado a quienes se dirigieron al sargento. Mejor aún sería poder explicar por qué el teniente otorga lo que el sargento niega.

También conviene tener conciencia de que las conclusiones estadísticas son siempre en términos de números cardinales, nunca ordinales. Nos aclaran que 2 personas de cada 10 no toleran la ropa de lana, pero no nos dicen que estas 2 personas son, por ejemplo, la tercera y la quinta. Dicho de otro modo: la estadística no se aplica al caso particular (Carnap, 1966; Popper, 1974). Uno por ciento, cuando se trata de uno, no es más ni es menos que uno.

II. ¿Qué ocurre cuando se trata de uno?

Dado que nos interesa profundizar en la comprensión y ejemplificación de esta última idea, tomaremos como situación paradigmática el caso de la ruleta rusa.

Tenemos dos revólveres; cada uno de ellos posee un tambor giratorio con capacidad para 6 balas. En el revólver 5B colocamos 5 balas; en el revólver 1B, una sola bala.

Sostener que la estadística no se aplica al caso individual equivale a sostener que, frente a la situación de gatillar uno de esos dos revólveres, por una única vez, apuntando a la propia sien, es indiferente cuál de los dos revólveres se elija, a los efectos de la posibilidad de morir. (“Posibilidad” no es idéntica a “probabilidad”. Hay cosas posibles sin que haya manera cierta de determinar cuán probables son.)

Imaginemos que tenemos dos ventanillas. Frente a cada una de ellas hay una fila de sujetos que esperan para realizar la experiencia con el revólver una única vez. En la ventanilla 5B está el revólver de 5 balas sobre 6 espacios; en la ventanilla 1B el revólver de 1 bala sobre 6 espacios. Cuando comienza la experiencia hacemos girar el tambor de ambos revólveres, de modo que desconozcamos la posición inicial del gatillo. Hacemos desfilar 6 sujetos delante de cada revólver, los cuales, sucesivamente dispararán, cada uno de ellos, un tiro sobre sí mismos, sin hacer girar nuevamente el tambor.

No nos hace falta la estadística para saber qué sucederá. En la ventanilla 5B morirán 5 personas y se salvará 1 (descontando la intervención de

otros factores imprevistos), mientras que en la ventanilla 1B morirá sólo 1 y se salvarán 5. Esto es una “certeza” que no surge de un conocimiento estadístico, sino de una deducción.

Pero ahora vamos a cambiar esta experiencia imaginaria, para huir de la certeza y recurrir al conocimiento estadístico. Vamos a desestimar lo que pasa con todas las personas excepto con una, a la cual llamaremos Pedro y que, a los fines de nuestra experiencia, haremos resucitar cada vez que muera.

Al empezar el experimento imaginario haremos girar los tambores al azar, para desconocer la posición inicial. Pondremos 5 personas frente a cada ventanilla y luego, con un dado, sortearemos el orden en que Pedro, la sexta persona, se colocará en la fila. En primer término lo hará frente a la ventanilla 5B y en segundo término, luego de “resucitado” o ileso, frente a la ventanilla 1B. Una vez terminado este ciclo, lo volveremos a repetir tal cual, tantas veces como queramos.

Para realizar este experimento imaginario, y ahorrarnos trabajo con dados y anotaciones, escribimos, con estas prescripciones, un programa de computadora⁴. Ensayamos 4 variantes: se repite el ciclo 100 veces, 50

⁴ Adjuntamos un programa escrito en BASIC.

```

0 PRINT "COMPROBACIÓN ESTADÍSTICA"           46 REM Para comprobar sólo dos disparos
                                           run 48.-
15 PRINT "La estadística no se aplica al      48 X=0
    caso individual"                          50 GOTO 80
20 PRINT                                       60 FOR N=1 TO 50
21 PRINT "El caso de la ruleta rusa"         70 GOTO 130
22 PRINT "R.5B=Revólver 5B";                80 L=0
    "R.1B=Revólver 1B"                       90 U=0
23 PRINT "R.5B=5 balas"; "R.1B=1 bala"      100 F=1
24 PRINT "El tambor recargado gira al azar   110 T=2
    luego de seis disparos"                 120 FOR N=1 TO 2
25 PRINT "Pedro ocupa un lugar al azar en   130 A= INT (RND) (1)X6+1
    una fila de seis personas"              140 B= INT (RND) (1)X6+1
26 PRINT "SU.5B=suerte de Pedro con         150 C= INT (RND) (1)X6+1
    R.5B"                                    160 D= INT (RND) (1)X6+1
27 PRINT "SU.1B=suerte de Pedro con         170 H=A+C
    R.1B"                                    180 I=B+D
28 PRINT "0=vida", "1=muerte"              190 IF H>6 THEN H=H-6
29 PRINT                                     200 IF H>6 THEN I=I-6
30 F=1                                       210 IF H=1 THEN H=0
32 T=50                                      220 IF H>1 THEN H=1
34 L=0                                       230 IF I>1 THEN I=0
35 U=0                                       240 PRINT N; ""A;C; "SU.5B=";H; ""B;D;
44 X=0                                       "SU.1B=";I
45 GOTO 60                                   250 Z=(H/F)X100

```

veces, 3 veces y 2 veces. Además, finalizado cada ciclo, se establecen en términos de porcentaje las probabilidades de muerte de Pedro en una y otra ventanilla y se halla también esta probabilidad porcentual al finalizar los 100 ciclos, los 50 ciclos, los 3 ciclos y los 2 ciclos.

Una vez realizada la experiencia hallamos, como era de esperar, que en 100 casos la probabilidad de muerte de Pedro coincide bastante aproximadamente con $5/6$ para la ventanilla 5B y con $1/6$ para la ventanilla 1B; que en 50 casos la probabilidad se aproxima menos a esa cifra; que en 3 y 2 casos (repetidos muchas veces) coincide o contradice manifiestamente dichas proporciones y que cuando se trata de un solo caso, la “probabilidad”⁵ únicamente puede ser del 100% de muertes o del 0%, independientemente de la ventanilla considerada. Dicho en otras palabras: en el caso individual la aproximación estadística a la cifra $5/6$ o $1/6$ es igual a cero.

Las cifras obtenidas la primera vez que realizamos la experiencia fueron las siguientes:

100 casos:	N° de muertes con revólver	5B: 80 (80%)
	N° de muertes con revólver	1B: 17 (17%)
50 casos:	N° de muertes con revólver	5B: 39 (78%)
	N° de muertes con revólver	1B: 7 (14%)
3 casos:	N° de muertes con revólver	5B: 3 (100%)
	N° de muertes con revólver	1B: 0 (0%)
2 casos:	N° de muertes con revólver	5B: 1 (50%)
	N° de muertes con revólver	1B: 0 (0%)
1 caso:		

Para elegir un caso, sorteamos al azar un número del 1 al 100, lo cual nos dio el número 85; volviendo sobre el programa de 100 casos de la computadora, elegimos el caso número 85 que correspondía a:

5B: muerto (100%)
1B: vivo (0%)

```

260 Y=(I/F)X100
270 PRINT "R.5B%M=";Z "R.1B%M=";Y
280 IF Z=100 THEN Z=1
290 IF Y=100 THEN Y=1
300 IF Z=1 THEN L=L+1
310 IF Y=1 THEN U=U+1
320 NEXT N
330 PRINT "% TOTAL DE MUERTES"
340 J=(L/T)X100
350 K=(U/T)X100
400 PRINT "R.5B=";J; "%M", "R.1B=";K;
"%M"
450 X=X+1
500 IF X <10 THEN GOTO 50

```

⁵ Ponemos aquí probabilidad entre comillas ya que, en realidad, no se trata de probabilidad, sino únicamente de posibilidad.

Si el sorteo hubiera arrojado el número 94, habría dado a la inversa. Si el número del sorteo hubiera sido el 11, habría muerto con ambos revólveres. Y si hubiera sido el 13 (!), se habría salvado con ambos.

Estas son las 4 posibilidades, cada una de las cuales, en el caso individual, una vez realizada, sólo puede evidenciar una probabilidad de 0% o de 100% de muerte ($1/1 \times 100=100$; $0/1 \times 100=0$).

Reproducimos la experiencia en el gráfico que se incluye a continuación:

		1B	5B
100	casos	17%	80%
50	casos	14%	78%
3	casos	0%	100%
2	casos	0%	50%
1	caso	0%	100%

(Véase el gráfico A en la página siguiente.)

III. ¿Qué ocurre cuando se mezclan los porcentajes?

Reintroduzcamos esta cuestión desde otro ángulo, extraído de un paradoja de Martin Gardner (1975).

En Mendoza, sobre un total de 180 enfermos de la misma dolencia, 110 fueron tratados con el sistema quimioterápico P y curaron 50; 70 fueron tratados con el sistema quimioterápico E y curaron 30. Esto equivale a un 45,4545...% de curaciones con el sistema P y un 42,857142...% con el sistema E. En términos más exactos, a *35/77 de curaciones con el sistema P* y a *33/77 con el E*.

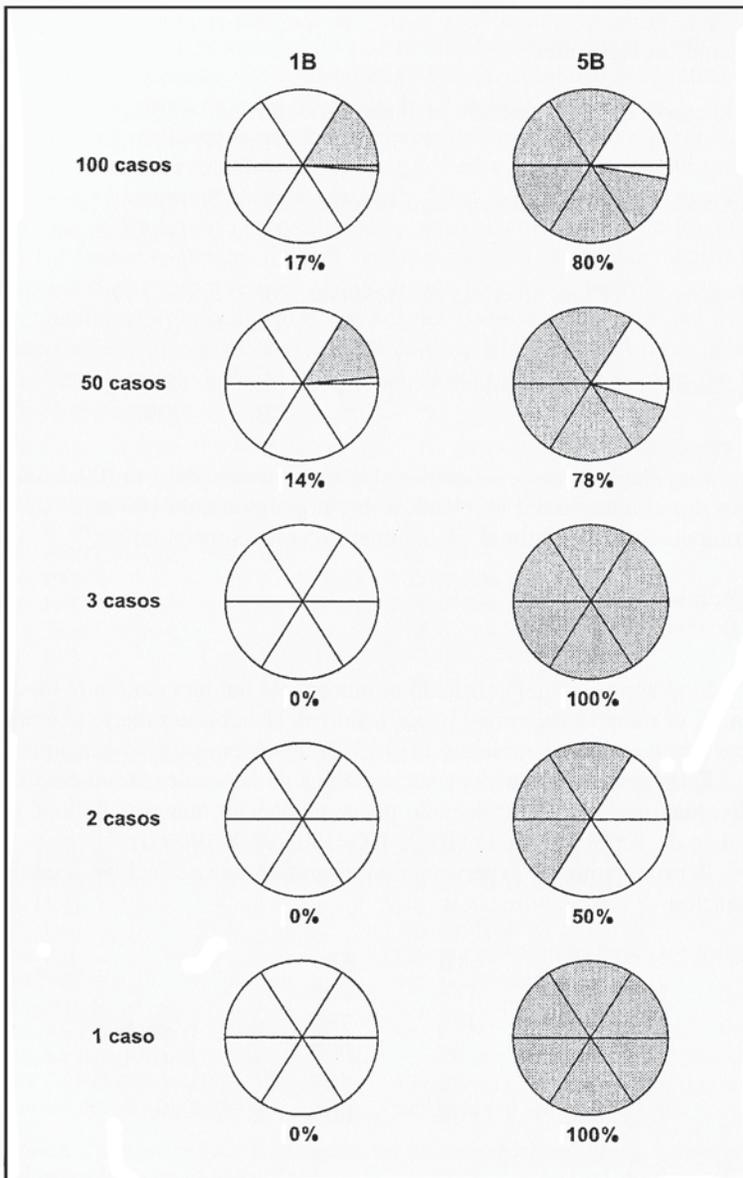
En el hospital de Córdoba, con un total de 230 pacientes de la misma enfermedad que los de Mendoza, 90 fueron tratados con el sistema P y curaron 60; 140 fueron tratados con el sistema E y curaron 90. Esto equivale a un 66,6666...% de curaciones con el sistema P y a un 64,285714...% de curaciones con el sistema E. En términos más exactos, a *28/42 de curaciones con el sistema P* y a *27/42 con el sistema E*.

En ambos casos existe una leve ventaja a favor del sistema P. Si promediamos los porcentajes de los hospitales de Mendoza y de Córdoba, obtenemos un 56,0606...% de curaciones con el sistema quimioterápico P y sólo un 53,57% con el sistema quimioterápico E.

Pero en la oficina central de estadísticas no se conforman con el inexacto sistema del promedio y se procede a sumar los totales de enfermos tratados y se encuentra que: sobre un total de 410 enfermos, 200 fueron tratados con el

sistema quimioterápico P y curaron 110; 210 fueron tratados con el sistema quimioterápico E y curaron 120. Esto equivale a un 55% de curaciones con el sistema P y un 57,142857% de curaciones con el sistema E. En términos más exactos, $231/420$ para el caso del sistema P y $240/420$ para el sistema E.

Gráfico A



Es decir que sobre la misma experiencia clínica, se obtuvieron conclusiones contradictorias respecto de las obtenidas en Mendoza y Córdoba aisladamente.

Reproducimos la experiencia en el siguiente esquema, acompañado de un gráfico. (Véase el gráfico B en la página siguiente.)

	Mendoza	Córdoba	Promedio	Oficina Central
Sistema quimioterápico P (Curados/tratados)	55/110	60/90		110/200
Términos exactos	35/77	28/42		231/420
Porcentajes (curados)	45,45%	66,66%	56,06%	55%
Sistema quimioterápico E (Curados/tratados)	30/70	90/140		120/210
Términos exactos	33/77	27/42		240/420
Porcentajes (curados)	42,857142%	64,285714%	53,57%	57,142857%
Totales (tratados)	180	230		470

Imaginemos ahora otra experiencia extremando las cifras.

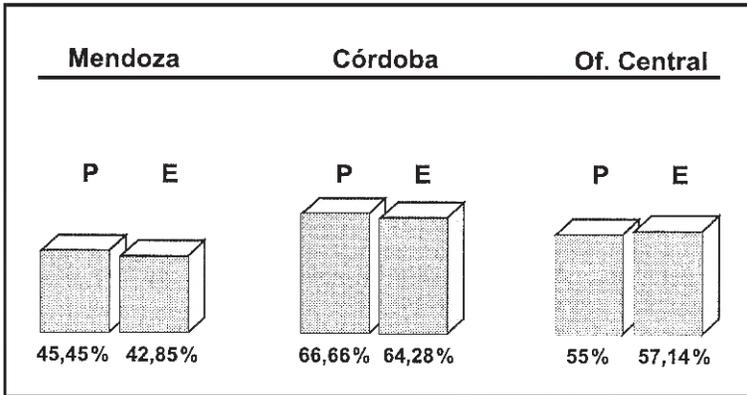
En el hospital de Mendoza, sobre un total de 1.200 enfermos de la misma dolencia, 100 de ellos fueron tratados con el sistema quimioterápico P y curaron 90; 1.100 fueron tratados con el sistema quimioterápico E y curaron 880. Esto equivale a un 90% de curaciones con el sistema P y a un 80% de curaciones con el sistema E.

En el hospital principal de Córdoba, con un total de 1.000 pacientes de la misma enfermedad que los de Mendoza, 500 fueron tratados con el sistema P y curaron 250; otros 500 pacientes fueron tratados con el sistema E y curaron 225. Esto equivale a un 50% de curaciones con el sistema P y un 45% de curaciones con el sistema E.

En ambos casos existe una ventaja, en la acción terapéutica, a favor del sistema P.

En la oficina central de estadísticas se procede a sumar los totales de enfermos tratados y se encuentra que: sobre un total de 2.200 enfermos, 600 fueron tratados con el sistema P y curaron 340, y otros 1.600 pacientes fueron tratados con el sistema E y curaron 1.105. Esto equivale a un 56,666...% de curaciones con el sistema P y un 69,060606...% de curaciones con el sistema E (en términos más exactos: 2.720/4.800 para el caso del sistema P y 3.315/4.800 para el caso del sistema E).

Gráfico B

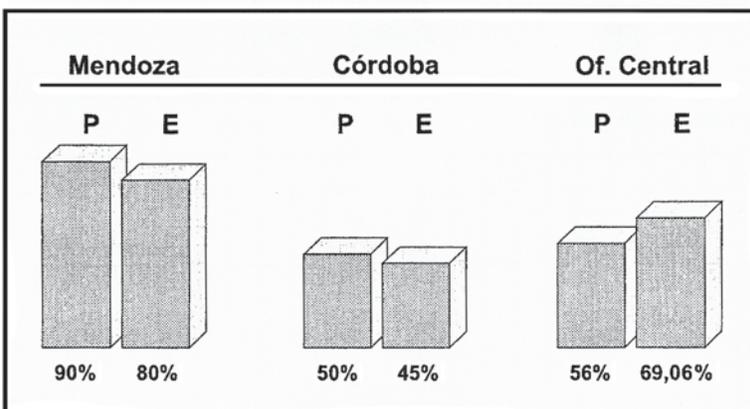


Nuevamente la ventaja de un sistema respecto del otro se invierte.

Reproducimos la nueva experiencia en el siguiente esquema, acompañado de un gráfico.

	Mendoza	Córdoba	Oficina Central
Sistema quimioterápico P (Curados/tratados)	90/100	250/500	340/600
Porcentajes (curados)	90%	50%	56%
Sistema quimioterápico E (Curados/tratados)	880/1.100	225/500	1.105/1.600
Porcentajes (curados)	80%	45%	69,06%
Totales (tratados)	1.200	1.000	2.200

Gráfico C



IV. El problema de la exactitud estadística

Si unimos lo que nos enseña la ruleta rusa con lo que nos plantea la “paradoja” de Gardner, tomando como ejemplo las segundas cifras de la paradoja, tenemos la siguiente conclusión: en Mendoza (a partir de un hecho que en nuestra suposición no fue un experimento planeado, sino la experiencia de un suceso acontecido procesado estadísticamente), pudimos establecer que el procedimiento P era mejor que el E, pero tuvimos que mezclar una afirmación estadística obtenida sobre 1.100 casos, con el grado de precisión x correspondiente a 1.100, con la afirmación estadística obtenida sobre 100 casos, con el grado de precisión y correspondiente a 100 casos.

Cuando establecimos nuevos cálculos en la oficina central de Buenos Aires, sumando los hallazgos de Córdoba y de Mendoza, los grados de aproximaciones estadísticas se mezclaron en otra proporción (600 casos para el sistema P y 1.600 para el E); por lo tanto, fue posible obtener una afirmación de signo contrario: el tratamiento P era *peor* que el E.

Si preguntáramos ahora cuál es la conclusión estadística *probablemente* más exacta, deberíamos decir que es la que reúne el mayor número de casos, aunque nada nos asegura que sí, a las conclusiones de Buenos Aires, sumáramos las obtenidas, por ejemplo, en Chile, el resultado no se volvería a invertir (al fin y al cabo, podría haber sucedido que las experiencias de Mendoza provinieran de la suma de las experiencias realizadas en las salas A y B, y que éstas, individualmente consideradas, hubieran arrojado un resultado inverso a favor del tratamiento E).

Si preguntáramos, en cambio, cuál de las conclusiones estadísticas (Mendoza, Córdoba, Buenos Aires) es *correcta*, deberíamos decir que, en sí mismas, son correctas las tres. Sostener que, para poder comparar las estadísticas, debería partirse del mismo número de casos, es una afirmación que, como veremos, bajo su apariencia lógica, oculta una falacia.

Las cifras estadísticas corresponden a una experiencia que constituye la evaluación de un suceso real en el cual, para elegir algunos casos y excluir otros, hubiéramos debido tener un criterio o recurrir al azar. Pero, con cualquiera de los dos recursos, al disminuir el mayor número de casos, hasta homologarlo con el menor (de 1.100 a 100), disminuiríamos la precisión estadística en lugar de aumentarla. Dicho en otras palabras, restableceríamos una coherencia al precio de someter el resultado de mayor precisión al de menor precisión. Si bien nuestra ambición de compatibilizar una lógica coherente con nuestra impresión superficial intuitiva quedaría satisfecha, porque habríamos superado la aparente paradoja, estaríamos más lejos del conocimiento. Pero, lo que es más importante todavía, estaríamos, de todas maneras, completamente

inseguros de que un mayor número de casos, aun en cantidades homólogas, no nos invertiría otra vez el resultado⁶.

V. Comentario final

En las reuniones científicas habituales es muy frecuente escuchar que, con el ánimo de otorgar a un postulado el carácter de una afirmación objetiva, se recurre a la estadística como modo de evaluación privilegiado, que zanja definitivamente la cuestión. A menudo se confunde la casuística, que es una mera acumulación de casos, con una adecuada valoración estadística, que supone el conocimiento de la ciencia llamada Estadística.

Cuando las afirmaciones se presentan acompañadas por cifras que, como es el caso de las estadísticas, despiertan la idea de una medida, pareciera que cumplimos más acabadamente con un ideal que, a pesar de ser anacrónico y positivista, no ha dejado de tener vigencia: medir todo lo que sea susceptible de medida y hacer susceptible de medida lo que aun no lo es.

Se niega entonces que:

- 1) La objetividad (más allá de si es posible o imposible) no es una adquisición estadística.
- 2) La estadística en sí misma (independientemente del grado de utilidad que le asignemos en el conocimiento) es una interpretación de la realidad, ya que la mera identificación de los hechos computados es el producto de haberlos interpretado.
- 3) Deificamos a la ciencia Estadística para conservar la ilusión de controlar y dominar una realidad inaprehensible en sí misma. De este modo desaprovechamos el verdadero valor de los sistemas de pensamiento que la constituyen como ciencia.
- 4) La estadística no puede reemplazar al conocimiento de las relaciones causales, que nos permiten deducir los efectos, ni al conocimiento de las relaciones de significación, que nos permiten comprender el sentido.

⁶ Podría suceder, por ejemplo, que los resultados obtenidos homológamente sobre 100 casos en cada una de ambas ciudades, fueran inversos que los obtenidos más tarde sobre 1.000 casos en cada ciudad. Es decir que, homologando en 100 los casos de ambas ciudades, habríamos ganado en coherencia pero no en precisión.

Un ejemplo, tomado de Carl Hempel, muestra las falacias a las que puede conducir el trato descuidado de la inferencia estadística. “Juan es alcohólico anónimo. Menos del 1 por ciento de los alcohólicos anónimos son profesores de enseñanza superior. De acuerdo con estas premisas, empleando una regla de probabilidad, la conclusión será que Juan tiene una probabilidad inferior a 0,01 de ser profesor de enseñanza superior. Pero supongamos que Juan lee asiduamente el *Journal of Philosophy*, y más del 99% de sus lectores son profesores de enseñanza superior. Luego Juan tendrá una probabilidad de 0,99 de ser profesor de enseñanza superior. Tenemos aquí dos conclusiones contradictorias” (Wartofsky, 1968; citado por Canteros y Martín, 1979).

Debemos subrayar que la estadística es útil en aquellas circunstancias en las cuales necesitamos conocer, en un número elevado de casos, la proporción aproximada en que un determinado acontecimiento ocurrirá. En nuestro ejemplo de la ruleta rusa, es obvio que, de tener que establecer un negocio de venta de ataúdes frente a una de las dos ventanillas, será más conveniente hacerlo junto a la ventanilla 5B.

Frente a las limitaciones que hemos señalado, podría objetarse que no hacemos las cosas por una única vez, y que si bien no nos disparamos en la sien cotidianamente, solemos bajar las escaleras del subterráneo todos los días y conviene que lo hagamos por los lugares estadísticamente menos peligrosos.

Si bien es cierto que no vivimos actos únicos, también es cierto que la estadística, al homogeneizar las variables para crear la cantidad, nos quita la posibilidad de que nos apoyemos en ella para computar como suma a un conjunto de acontecimientos individuales que, a pesar de no ser únicos e irrepetibles, son, sin embargo, disímiles, y sólo entrarían forzados en una misma estadística.

Cuando en situaciones individuales decidimos, sin conocer razones ni significados que estén a la altura de nuestros conocimientos mejor elaborados, lo hacemos sobre la base de creencias que extraen su fuerza del pensamiento mágico. Tales creencias nos explican que el uso supersticioso de la estadística sea mucho más habitual y extendido, aun dentro de la ciencia, de lo que, en una aproximación superficial, se está dispuesto a admitir.

La sabiduría popular, que se expresa muchas veces en forma de chistes, puede aportarnos más elementos:

La esposa de Pedro está preocupada porque el cirujano le ha dicho que sólo el 70% sobrevive a la operación a la que debe someterse su marido. Pero el cirujano la tranquiliza diciéndole: “No se preocupe señora, porque yo este año ya he cubierto mi 30% de muertes”.

Sabiendo que hay una probabilidad entre 10.000 de que exista una bomba oculta en un determinado avión de pasajeros y una probabilidad de 10 billones de que un mismo avión transporte 2 bombas, Juan ha decidido aumentar su margen de seguridad llevando consigo una bomba para el próximo viaje.

Todos, espontáneamente, solemos reír frente a chistes como éstos, cuya gracia se acompaña del sentimiento de lo absurdo, pero vale la pena meditar sobre la forma en que ese absurdo se construye.

**LA CAPACIDAD SIMBÓLICA
DE LOS TRASTORNOS
SOMÁTICOS. REFLEXIONES
SOBRE EL PENSAMIENTO DE
WILFRED R. BION**

(1985)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1985b) “La capacidad simbólica de los trastornos somáticos. Reflexiones sobre el pensamiento de Wilfred R. Bion”.

Primera edición en italiano

“Il processo di simbolizzazione nella malattia somatica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 12, Borla, Perugia, 1985, págs. 234-258.

Ediciones en castellano

Revista de Psicoanálisis, t. XLV, N° 5, APA, Buenos Aires, 1988, págs. 915-938.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Una versión resumida de los contenidos de este artículo se publicó con el título “Los símbolos latentes en los signos físicos de la enfermedad” (Chiozza, 1985c).

I. Introducción

El propósito de este trabajo es contribuir al esclarecimiento de un debatido problema. Se trata de si la enfermedad somática puede ser considerada, o no, como una forma del ejercicio simbólico y si podemos encontrar en el psicoanálisis una teoría y un instrumento útiles para su interpretación.

La tesis de que la enfermedad somática implica un déficit en el proceso de simbolización goza de un amplio consenso y, por esta razón, deberemos comenzar por incluirla en la discusión del problema que intentamos desarrollar aquí.

Utilizaré, como punto de partida, el artículo “Implicaciones psicósomáticas en el pensamiento de Bion”, publicado en el número 7 de *Quaderni di Psicoterapia Infantile* (editorial Borla, 1982), que contiene la introducción de Meltzer al seminario que sobre este tema realizó en Perugia, y el diálogo posterior. Es una de las mejores exposiciones que conozco entre las que postulan que el trastorno “psicósomático” evidencia un déficit simbólico.

El estímulo que motivó este trabajo surgió de unas palabras que Bion pronunció durante las reuniones que sostuvo en Nueva York en 1977. El texto que reproduzco aquí proviene de la traducción castellana (Bion, 1977):

¿Sería posible decir que ciertos síntomas mentales articulados, si se los interpreta correctamente, pueden llevar al cirujano o al médico directamente a un órgano físicamente lesionado?...

¿Sería posible decir: la manera en que esta paciente me habla revela síntomas de una enfermedad física, que para mí son tan

claros como lo son los significados de un signo como la palidez para la anemia?...

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

II. La tesis de Meltzer

Extraeremos de ese artículo, en apretada síntesis, las conclusiones elaboradas por Meltzer que han dado pie a nuestras reflexiones.

- 1) Los datos sensoriales, los datos de la experiencia emotiva, provenientes ya sea del interior como del exterior, se manifiestan como elementos beta, es decir, en estado grosero y privados de significado.
- 2) Bion ha indicado la primera operación mental en la función alfa, que parece idéntica o, de todos modos, muy similar a la misteriosa función de la formación de símbolos.
- 3) La producción de elementos alfa, o símbolos, permite llegar al primer movimiento del pensamiento, es decir a la creación de pensamientos utilizados para pensar. Tal proceso está ligado a los sueños y a los mitos. Está representado en la grilla del pensamiento. Ésta es el área en la cual se crea el significado. La experiencia emotiva transformada en una forma simbólica puede ser utilizada para evaluar y decidir con miras a la acción.
- 4) Si las experiencias emotivas no son transformadas por la función alfa, se acumulan bajo la forma de estímulos que tienden a conmover el aparato mental y que son eliminados. Tales estímulos pueden ser evacuados a través de acciones inmediatas, sin la interposición de pensamiento entre el impulso y la acción. Se tiene de este modo aquello que Bion ha llamado pantalla beta.
- 5) Los estímulos no elaborados pueden ser también evacuados por el aparato sensorio funcionando al revés. Esta función alfa invertida es la base de las alucinaciones. Existe además una

función alfa negativa, una grilla negativa, un antipensamiento, que produce “*mis-concepciones*”, mentiras o símbolos falsos, que constituye un “veneno de la mente” y representa a la parte destructiva de la personalidad.

6) Otra vía de evacuación está representada por el aparato protomental, que Bion imaginaba en los confines entre el funcionamiento neurofisiológico y el mental. Puede dar origen a dos tipos de evacuación. La primera es la acción del grupo bajo el dominio de los supuestos básicos. La segunda es la descarga a través de los fenómenos psicósomáticos.

7) En el proceso de la función alfa y de la formación de los sueños, puede haber un estadio en el cual, antes de poder formar un sueño, la emotividad y el significado son experimentados como sensaciones (no funciones) somáticas que son ligadas a las alucinaciones. Esto corresponde a la llamada área de las sensaciones somáticas.

8) El aparato protomental corresponde al mismo nivel que Bion llamará soma-psicótico, y se relaciona con la parte de la personalidad que corresponde al mundo prenatal (o al mundo tribal) en el cual no existen, en la práctica, objetos externos que sirvan de base y estímulo para el pensamiento.

9) El aparato protomental corresponde a una bidimensionalidad que se halla fuera del área de la función simbólica y del significado. Su función es esencialmente asimbólica, usa pseudosímbolos, es decir, signos que no capturan, como los verdaderos símbolos, la representatividad del significado emotivo, tienen significado en el nivel del ello, no tienen un significado emotivo. Esta función no está ligada a la representación de la vida emotiva sino al fracaso de tal representación.

10) El aparato protomental constituye un área periférica con respecto al psicoanálisis propio y verdadero, que se ocupa prevalentemente, sea en razón de su peculiar método, o de sus intereses y sus capacidades terapéuticas, de las relaciones emotivas e íntimas. Estas relaciones íntimas son las que permiten la vida familiar en el mundo externo y construir una familia interna. Sin embargo, los psicoanalistas han notado poco a poco, en su trabajo clínico, una serie de trastornos de la personalidad que no podían recaer en el ámbito de las problemáticas edípicas, ni en aquellas relativas a la ambivalencia, las escisiones, etc. Son los trastornos esquizofrénicos, los psicósomáticos, los de los pacientes psicópatas, y los trastornos

primarios de la personalidad surgidos durante el desarrollo, como por ejemplo los de los niños autistas. Las terapias con pacientes psicósomáticos han llevado, en el cuadro del psicoanálisis, a una plétora de trabajos y a las formulaciones teóricas más diversas, pero no ha surgido ninguna teoría sobre este tipo de trastorno. Los éxitos terapéuticos sobre los pacientes psicósomáticos se deben al reforzamiento de las partes no psicósomáticas.

11) Hay conflictos emotivos en donde la simbolización está presente, pero no se trata de una simbolización en el sentido de la histeria de conversión sino de una simbolización que no ha llegado todavía al nivel del pensamiento del sueño o de la emotividad conciente. Meltzer ha intentado incluir el problema del lenguaje del cuerpo y del simbolismo del cuerpo en el área de las sensaciones somáticas, que forma parte del área del pensamiento simbólico.

12) A Meltzer le parece que existe una gran posibilidad terapéutica de los trastornos psicósomáticos a través de una ampliación del área cubierta por las funciones simbólicas. Pero esta particular teoría revolucionaria muy difícilmente llevará al psicoanálisis a una relación renovada y más estrecha con la medicina. La actuación de esta teoría podría tener relevancia en el sentido de la profilaxis, pero en ese caso es poco probable que llame la atención de los médicos, dado que la profilaxis no produce estadísticas inteligibles.

La cuestión que nos ocupa lleva implícitos cuatro interrogantes: 1) ¿Qué es lo que entendemos por físico o somático? 2) ¿Qué es lo que entendemos por psíquico o mental? 3) ¿Qué es lo que entendemos por psicósomático? 4) ¿Qué es lo que entendemos por simbolización y significación?

Comenzaremos por encarar la última pregunta.

III. El problema del significado y el símbolo

Significado es aquello (en primera instancia un objeto) que ha recibido un signo. Un signo es una marca o señal colocada sobre algo que, de este modo, ha quedado significado, es decir, diferenciado del conjunto de sus similares, mediante el acto de significarlo. El motivo de la diferenciación es la vivencia o experiencia habida con ese “algo” que se intenta significar. Ese motivo queda de este modo conservado en la forma del signo.

Conservado para quien (en primera instancia el mismo que ha trazado esa señal) en un instante posterior se acerca a la contemplación del signo. Como veremos luego, creo que la forma del signo es una parte de aquel todo que dicha forma es capaz de evocar. Ese “todo” es la experiencia habida con algo, es la vivencia que el signo intenta perpetuar, es el motivo para la diferenciación de ese “algo” mediante su significación. Algo fue así significado mediante el acto que le coloca un signo.

Secundariamente, la palabra “significado”, utilizada primitivamente para calificar a algo que ha recibido un signo, pasa a denominar al contenido de la experiencia misma que motivó la significación. Ese segundo sentido de la palabra “significado” es el habitual, y si volvemos aquí sobre su primitivo sentido es porque ese primer sentido nos parece útil para enriquecer la comprensión del actual.

El estudio etimológico de la palabra “símbolo” (Corominas, 1961) demuestra su conexión con la palabra “signo”, a través de términos como “émbolo” y “emblema”, que son parientes de “símbolo”. Un émbolo es algo que se inserta o arroja (un “ob-jeto”). Un emblema es un adorno o agregado que adquiere el sentido de un signo. Pero la palabra “símbolo” implica, por su etimología, algo más: el juntar o el coincidir de dos (o más) emblemas. Mejor sería decir que el símbolo es un emblema que se constituye en una coincidencia. Si el signo es una seña, la palabra “símbolo” subraya el carácter de contraseña que se oculta en todo signo. La contraseña funciona, y se constituye, como un re-conocimiento, mediante la coincidencia de dos mitades destinadas precisamente a esa reunión. Podemos entonces comprender que el signo no funcionaría como tal si no fuera un símbolo, en el sentido más primario de la palabra “símbolo”. El símbolo, como toda contraseña, funciona en la cofradía constituida mediante la comunidad de una experiencia previa.

Significar y simbolizar

De acuerdo a lo que acabamos de señalar, “significar” y “simbolizar”, en primera y última instancia, aluden a un mismo proceso. Pero hay signos que, como sucede con el humo respecto del fuego, indican una presencia; y otros que, como sucede con el edecán respecto al presidente, re-presentan a un ausente. El uso habitual ha reservado el nombre de signo para indicar una presencia y el nombre de símbolo para representar a un ausente (Langer, 1941). Creo que es por este motivo que Meltzer denomina al signo “pseudosímbolo”. Así, en el lenguaje verbal, la palabra suele, por lo general, evocar la representación de una cosa ausente, y cuando,

por excepción, debe indicar una presencia, es necesario acompañarla de otros signos, no verbales, para connotar este cambio de código (Langer, 1941). Sucede de este modo cuando decimos “¡Cuidado!” para señalar un peligro. Cuando la palabra es un signo indicador de presencia, su función nominativa confluye con su función expresiva.

Meltzer se refiere a lo que Bion denomina función alfa, y señala que le parece idéntica, o por lo menos muy similar, a la “misteriosa” formación de símbolos. Se trata, en el fondo, del mismo misterio que encontramos en esa “cruza de especies” (Turbayne, 1970), tan iluminadora para el intelecto, que denominamos “metáfora”. Creo que el “misterio” se relaciona con el hecho de que en la metáfora confluyen el proceso primario y secundario en un proceso terciario (Chiozza, 1970*m* [1968]; Chiozza y Grus, 1981*d*), porque frente a la discriminación que mantiene noticia de la diferencia entre el símbolo, representante presente, y su referente, ausente, coexiste siempre, en alguna parte, una equiparación (ecuación simbólica) del símbolo con lo simbolizado. Sin esta “equiparación”, que vehiculiza la importancia y determina que el símbolo funcione en parte como un signo indicador, el símbolo quedaría totalmente privado de significancia⁷.

Me parece que ese mismo misterio subyace en la esencia de lo que consideramos psíquico y que sin esa confluencia de proceso primario y secundario no existe posibilidad alguna de simbolización.

Parece evidente que cuando Meltzer equipara a los elementos alfa con símbolos y a los elementos beta con signos (sosteniendo que estos últimos son pseudosímbolos), se apoya en la distinción entre indicador de presencia y representante de ausente. Conviene agregar, sin embargo, que esa distinción sólo funciona en situaciones gruesas.

Los conceptos de animal y vegetal funcionan bien cuando se los utiliza en el terreno en el cual han sido creados, para distinguir al elefante de la palmera, pero son inadecuados cuando tratamos de aplicarlos a una bacteria. Imaginemos que, en el borde de una ruta, colocamos un cartel con el dibujo esquemático de una curva. Podemos entonces preguntarnos: *¿a qué distancia de una curva del camino un cartel que la dibuja deja ya de representar su ausencia para comenzar a indicar su presencia?* Imaginemos ahora que hemos establecido a qué distancia un cartel indica a un automovilista la presencia de una estación de servicio. Si el que encuentra el signo así constituido recorre la ruta a pie y empujando su

⁷ La palabra “significancia” utilizada aquí como un neologismo que denota la importancia de un significado, no existe en castellano, aunque existe su forma negativa: “insignificancia”.

automóvil, este signo volverá, otra vez, a ser un símbolo que representa una estación ausente.

La diferencia entre el signo indicador de una presencia y el símbolo representante de un ausente es útil para diferenciar la percepción del recuerdo y categorizar al fenómeno alucinatorio, pero no se mantienen si la llevamos más allá del terreno para el cual ha sido creada.

Ortega y Gasset (1914) escribe que nadie ha visto jamás una naranja, porque todo lo que podemos hacer en el presente de un acto perceptivo, es ver media naranja y suponer, mediante la colaboración de un recuerdo integrado en un concepto, la presencia de la otra mitad. Esto significa que, así como la emergencia de un recuerdo es siempre desencadenada por una percepción presente, toda percepción presente se construye con la colaboración de un recuerdo. Percibir no es, pues, solamente interpretar; *percibir es*, además, *simbolizar*.

El signo posee la capacidad de indicar una presencia cuando se cumplen dos condiciones: la primera es precisamente su capacidad de representar a un particular ausente; la segunda es que ese signo es una parte de este objeto, parte que la experiencia ha mostrado como indisolublemente unida a su presencia. Por este motivo “vemos” al *cowboy* detrás de la roca cuando sobresale de ella su sombrero, pero es también por este motivo que el *cowboy* despista a su enemigo enarbolando el sombrero en la punta del rifle y que el ilusionista del teatro nos hace ver una naranja donde sólo hay media.

Concluyamos, pues, en que para indicar una presencia es necesario representar una “ausencia”.

El rito ha surgido en su origen como elemento acompañante de una vivencia mística (Brod, 1950) que es un sacramento (Bateson, 1972). (Tomemos como paradigma la comunión con Dios.) Este elemento (el uso de la hostia, por ejemplo) se conserva y se repite con la intención mágica de recuperar aquella vivencia. Pero cuando la ceremonia sólo consigue representar a un sacramento ausente, se convierte en un rito vacío con el cual se persigue, inútilmente, la vivencia mística. Tenemos, pues, aquí, una secuencia circular que va de sacramento a rito y de rito a sacramento. Secuencia que he elegido a propósito, porque en ella lo que se busca y se valora (contrariamente a lo que ocurre en el proceso de simbolización), más que la representación de un ausente, es el indicio de una presencia. Cuando este valor ha desplazado su acento, el mito ha dejado de ser la palabra ritual y mágica que intentaba convocar una particular presencia, para convertirse progresivamente en una narración que procuraba evocar la imagen de un ausente manteniendo la noticia de esta ausencia.

En el signo se oculta un símbolo inconciente

Meltzer aclara que la pantalla beta evacúa elementos que “no funcionan como símbolos”, porque no pueden ser utilizados para evaluar y decidir con miras a la acción. Creo que se refiere aquí a la decisión y evaluación que corresponden al pensamiento conciente, como intermediario entre el impulso y la acción, ya que parece evidente que cualquier signo no sólo “puede” ser, sino que es, siempre, utilizado con miras a la acción. La mayor o menor eficacia de un acto evaluado y decidido de forma conciente o inconciente es un asunto que no atañe a esta cuestión.

Pero, si se trata de una utilización conciente, ha llegado el momento de preguntarse si los pretendidos “pseudosímbolos”, lejos de no haber alcanzado el proceso de simbolización, no son, precisamente, signos que cumplen su función de indicar una presencia específica (como sucede en el caso del *cowboy* y la naranja) porque no mantienen noticia conciente de su implícita representación de un particular ausente. Creo que el signo no es en este caso pseudosímbolo porque posee un carácter simbólico, aunque inconciente.

Bion nos habla de una función alfa invertida que reconvierte en beta los elementos alfa. Vinculando este proceso, como lo hace Meltzer, con el de simbolización, produciría “signos” a partir de “símbolos”, invirtiendo la función por la cual los símbolos se forman. Me parece sin embargo más prudente sostener que cuando un “símbolo” funciona como “signo”, ha perdido su carácter de símbolo sólo en la conciencia, y que la metafórica “inversión” de la función alfa corresponde a una formación o conservación de símbolos que permanece ajena a la conciencia.

Subrayemos aquí dos postulados implícitos: 1) Así como no es posible concebir a los procesos primario y secundario existiendo el uno sin el otro, es imposible concebir que la función alfa se halle ausente en la producción de signos o elementos beta. 2) La formación inconciente de símbolos no tiene por qué ser menos rica ni menos “móvil” que la que se realiza en la conciencia. La aparente “fijeza” de los símbolos inconcientes a sus referentes surge cuando penetran en la conciencia como si fueran signos.

Hemos, por fin, llegado a un asunto de la mayor trascendencia. El ejemplo del sombrero del *cowboy* nos ha mostrado que si no fuera porque negamos el carácter de representante de ausente que el signo contiene, y lo convertimos en un indicador de presencia, de un modo que desde un punto de vista lógico es un abuso, y desde un punto de vista estadístico funciona adecuadamente a nuestros fines, la percepción de un objeto sería imposible y jamás decidiríamos la puesta en marcha de una acción eficaz. Podríamos sostener que para decidir una acción sobre el *cowboy*, a partir

de su sombrero, es mejor mantener la conciencia de la “probabilidad estadística” que transformar inconcientemente un símbolo en un signo, o la percepción de una parte en la percepción del todo al cual ella representa. Sin embargo, es evidente que con una conciencia así sobrecargada en cada acto perceptivo, quedaría muy poco espacio para las reflexiones nuevas y, lo que es más importante todavía, el perjuicio ocasionado por la lentificación de la acción excedería en la mayoría de las veces al beneficio de la disminución del riesgo.

Vemos entonces que “transformar” símbolos en signos también puede llegar a ser un beneficio. Pero, cuando en la evacuación de la experiencia emotiva a través de la pantalla beta el “beneficio” es relativo, porque paga un alto precio bajo la forma de ineficacia en la acción, me parece que no sólo debemos considerar la intervención de una función alfa invertida, sino, ante todo, la de una función alfa negativa, que produce concepciones erróneas. Creo que, de uno u otro modo, la capacidad inconciente para representar ausentes, o, en otras palabras, para formar símbolos, se conserva íntegra, y que incluso la mentira o la falacia pueden, en algunas ocasiones, funcionar como instrumentos útiles en el logro de una acción eficaz.

Podemos diferenciar teóricamente a la alucinación de la percepción, y al delirio del pensamiento que capacita para la acción que llamamos eficaz, gracias a que mantenemos una distinción entre el signo indicador y el símbolo representante. Pero esta distinción, que funciona adecuadamente en los problemas ya pensados y en las situaciones gruesas, se vuelve inadecuada, y es una forma de maniar al pensamiento, cuando se trata de volver a pensar en la presunta carencia de simbolización en el fenómeno que denominamos somático.

El vínculo entre el referente y el símbolo

Dentro del complejo sistema simbólico, rico en permutaciones, que constituye el universo cultural del hombre, la extrema distancia que existe entre el referente y el símbolo que lo representa, recorrida a través de innumerables intermediarios simbólicos en un creciente proceso de abstracción, explica el que hayamos perdido noticia de la vinculación “natural” (mantenida en lo inconciente) entre el referente y su símbolo.

Todo símbolo, como todo signo, es pues, en última instancia, una parte de aquello a lo que alude. Expresado en otros términos: todo símbolo es un signo natural. Cuando decimos que los símbolos surgen como producto de una convención arbitraria, es porque hemos perdido conciencia de su inconciente vinculación con el referente que representan (Chiozza, 1983k).

Si podemos decir que el número que sale en la ruleta es un producto del azar, es porque intencionadamente hemos dificultado la tarea de medir la relación existente entre el impulso aplicado inicialmente a la rueda y el resultado finalmente obtenido.

¿El proceso de simbolización es exclusivamente humano?

Quienes han preferido sostener que el proceso de simbolización (y con él la cultura) es un patrimonio exclusivamente humano han tenido que ir más allá del afirmar que el símbolo se define por su capacidad de representar a un particular ausente. Se ha dicho que en el animal la relación entre el signo y el referente es fija e inmutable a través de los siglos, y que en el hombre, en cambio, esta relación es enormemente variable. También se ha dicho que en el animal el significado de un signo depende mucho menos del contexto que en el caso del hombre. Por fin ha sido señalado el hecho de que un perro no puede, como podría un hombre, construir un mapa que conduzca a algún congénere hacia el deseado hueso. Un argumento semejante a este último (diferenciando un lenguaje de signos, expresivo, de un lenguaje proposicional, simbólico) ha sido utilizado para negar el carácter de “verdadero” lenguaje a los modos en que una abeja comunica a sus congéneres el lugar en donde ha encontrado una fuente de néctar.

Pero las diferencias que acabamos de mencionar se deshacen en cuanto dejamos de aplicar a un intervalo de tiempo, a un contexto, o a un mapa, los parámetros nacidos de una “medida” humana, a partir de los cuales hemos establecido esos criterios. Bateson (1979) señala, por ejemplo, que la relación entre elemento y contexto funciona en la embriología y en la anatomía de una manera análoga a como funciona en la gramática.

Tal vez sería más adecuado decir que las diferencias señaladas entre la simbolización humana y el fenómeno animal equivalente, de todos modos se mantienen, pero que no resultan útiles para comprender una función distinta en lo que respecta al proceso que denominamos formación de símbolos. En otras palabras: no alcanzan para negar al animal la facultad de simbolizar. Creo que, por el contrario, descubrir la ubicuidad del proceso de simbolización nos ha ayudado a comprender, en los últimos años, un sentido en la forma, en la función, en el desarrollo y en el trastorno de los organismos vivos (Portmann, 1961).

Los intentos realizados para describir una diferencia sustancial en el proceso de simbolización, que explique el desarrollo peculiar del psiquismo humano, nos ofrecen en cambio un espectáculo patético y pobre, que recuerda otros esfuerzos semejantes por librar de una nueva injuria a

nuestro narcisismo antropocéntrico. Creo que en estos casos se incurre en dos omisiones. Se omite definir con más cuidado qué es lo que se entiende por símbolo, y también tener en cuenta que no es lo mismo carecer de un particular sistema de símbolos que el carecer de una función simbólica.

El alcance del fenómeno mental

Comencemos por citar dos fragmentos de Bion (1977) extraídos de su “Segunda reunión en Nueva York”.

Es mucho más razonable suponer que el feto, incluso el embrión, tienen una mente que quizás algún día sea descripta como altamente inteligente...

...“pensar” es una nueva función de la materia viva. No quiero sugerir sin embargo, que ciertas plantas no tengan mente, ya que no sabemos cómo es una mente vegetal, como la de la atrapamoscas (muscípula), por ejemplo.

Parece evidente que Bion traza los parámetros de aquello que denomina “mente”, de un modo lo suficientemente amplio como para permitirle, en principio, incluir en el fenómeno al conjunto entero de los seres vivos. Protomental no es entonces un término que designa a una actividad psíquica que precede a lo mental, sino, por el contrario, a una actividad mental que es distinta de un tipo de pensar y de soñar que Bion equipara con la función alfa.

Lejos de procurar establecer si la mente del feto, de la planta, o la del perro, se hayan provistas o privadas de conciencia, nos interesa ahora otro problema. ¿Esta mente “primitiva” que tal vez es “altamente inteligente”, coincide con lo que Bion denomina “protomental”? ¿Podemos afirmar que es sólo una pantalla beta? Cito nuevamente un párrafo de su “Segunda reunión en Nueva York”:

...se puede considerar que las cosas llamadas materiales son ajenas a nuestra jurisdicción porque son hechos de constitución física. Pero —y aquí entro en terrenos que sin duda darán lugar a controversia, y con razón— quisiera suponer que, además de esos teóricamente supuestos e imaginarios elementos alfa y elementos beta, también el pensamiento entra en una fase que yo llamaría *primordial*.

Por último, volviendo sobre la cuestión definitiva: ¿podemos sostener que el aparato protomental o la mente primordial no son capaces de

simbolizar? Es imposible ponerse de acuerdo en este punto sin aclarar previamente cuál es el concepto de símbolo que utilizaremos. Me parece razonable sostener, como lo hace Susan Langer (1941), que lo que mejor define al símbolo es su posibilidad de representar a un particular ausente manteniendo noticia de su ausencia.

Podemos aceptar, o no, este criterio, pero no encuentro razones para definir al símbolo de otra manera. Toda definición es una solución de compromiso en la cual ganamos y perdemos algo. Pensar que lo esencial del símbolo es representar a un particular ausente, por oposición a la función de indicar una presencia, permite comprender que el símbolo es un constituyente fundamental del psiquismo que nos faculta para evocar, recordar, desear, abstraer y establecer el proceso secundario desplazando pequeñas cantidades de investidura. Lo cual, a su vez, nos faculta para transformar al pensamiento en un ensayo anticipado de la acción. Pero esta definición de símbolo no alcanza para diferenciar con ella al psiquismo humano del psiquismo animal. Porque cuando un perro que desea un hueso escarba y desentierra uno que antes había ocultado en el lugar donde ahora escarba, es evidente que si entonces algo tiene “*in mente*”, de modo conciente o inconciente, ese algo es el representante de un ausente, y que si “busca”, es porque tiene noticia de la ausencia. En este sentido desear es simbolizar.

No encuentro sin embargo otro concepto de símbolo lo suficientemente general y elemental como para que funcione adecuadamente en todas aquellas situaciones que se categorizan habitualmente como simbólicas. Si quisiera trazar una definición de símbolo que fuera aplicable a la letra alfa de una ecuación matemática, y no lo fuera, en cambio, para la fotografía que conservo de un paisaje, me encontraría luego con que esa definición no me sirve para asignar a una bandera el carácter de símbolo, o, lo que es peor, no me serviría para concebir una función distinta en la manera de llegar a uno y otro representante del ausente. Otra vez, como siempre, el problema radica en encontrar el criterio para trazar un límite en el interior de una serie continua.

IV. Una aproximación al problema de psiquis y soma

De acuerdo con lo que afirma Meltzer, Bion imaginaba el aparato protomental en los confines entre el funcionamiento neurofisiológico y el funcionamiento mental. La función del aparato protomental consiste en la evacuación de una experiencia emocional que no ha alcanzado a constituirse símbolo. Esta evacuación puede realizarse a través de fenómenos psicósomáticos.

Concebir que algo funcione en los límites entre el funcionamiento neurofisiológico y el mental parece llevar implícito que: a) estos dos funcionamientos no son partes concomitantes o simultáneas de un mismo proceso, sino que se presentan como alternativas; b) uno de estos funcionamientos puede transformarse en el otro o, por lo menos, influir en el otro, lo cual significa que cada uno de ellos puede también existir y funcionar independientemente de la existencia o de la modificación del otro; c) existe un tipo de funcionamiento que no es completamente fisiológico ni completamente mental.

Es cierto que encontramos en la obra de Freud numerosos pasajes que se apoyan en una concepción semejante, pero existen otros en que su pensamiento se expresa en conceptos más elaborados y más originales, y parece razonable tener en cuenta estos últimos si se trata de evaluar el desarrollo que ha alcanzado en este punto el psicoanálisis freudiano.

Cuando Freud sostiene, por ejemplo, que el síntoma somático “interviene en la conversación” (Freud y Breuer, 1895*d**, pág. 301), que el “órgano habla” (Freud, 1915*e**) y que tanto el lenguaje como el síntoma somático extraen sus materiales de una misma fuente inconciente (Freud y Breuer, 1895*d**), alude al proceso de simbolización en la histeria, pero es necesario recordar que incluía en esta enfermedad numerosos trastornos en el territorio de la vida vegetativa.

Hay un punto en el cual Freud se expresa de un modo que excluye toda duda. Es cuando afirma que la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis consiste en sostener que el pretendido concomitante somático, por oposición a lo psicológico conciente, no es otra cosa que lo psíquico inconciente (Freud, 1940*a* [1938]*).

Si queremos ocuparnos, como psicoanalistas, de comprender el fenómeno llamado “psicosomático”, debemos comenzar por reexaminar el concepto que acerca de lo físico (o de lo somático) tenemos. Reproduzco aquí lo que escribí en otro lugar (Chiozza, 1981*g*):

En la sala de cirugía en donde se opera un enfermo de litiasis biliar con el auxilio de una colangiografía, se ve una vesícula en el abdomen abierto y otra en la pantalla de radioscopia. Se piensa cotidianamente que la vesícula de la colangiografía es una representación, obtenida por medio de los rayos X, de la vesícula “real”, que se ve en el abdomen, pero esto constituye un error. La vesícula que se observa en el campo quirúrgico, lejos de ser la “cosa en sí” vesícula, es una representación diferente, aunque más habitual, obtenida mediante la luz incidente. No sólo el color, sino también la forma, observados en un microscopio, varían según el colorante con el cual se los ha hecho visibles.

De modo que aquello que vemos, oímos, tocamos, gustamos u olemos, siempre es el producto del encuentro entre la “cosa en sí” y nuestra posibilidad perceptiva, nunca la “cosa en sí” misma.

En trabajos anteriores (véase Chiozza, 1981g) fundamento las razones por las cuales me parece operativo concluir en que: a) físico, o somático, es aquello que posee caracteres organolépticos, que “actúa” frente a los órganos de los sentidos como un tipo de existente que ocupa un lugar y permite la noción de espacio; b) psíquico, o mental, en cambio, es aquello que posee un significado, que se presenta como una interpretación que cualifica el instante vivido y permite la noción de tiempo.

¿Qué deberemos decir entonces de lo psicossomático? En primer lugar, que lo inconciente, en sí mismo, no es psíquico ni es somático (Freud, 1900a [1899]*), ya que estas dos categorías son artefactos de la conciencia. En segundo lugar, que psicossomático es aquello que se presenta a la conciencia por una doble entrada, como existente material perceptible y como significado inteligible. En tercer lugar, que aquellos procesos que ingresan a la conciencia por una sola puerta, como procesos somáticos desprovistos de un significado psicológico intrínseco inteligible, o como procesos psíquicos sin una modificación material registrable en los órganos, constituyen ante todo una evidencia de nuestra actual insuficiencia, en uno u otro campo, y no nos autorizan a sostener el carácter unilateral del fenómeno.

V. El problema de la simbolización en la enfermedad somática

Tomemos como ejemplo la afirmación siguiente: 1) El dolor de cabeza se produce como consecuencia de un fenómeno vasomotor local. 2) El dolor de cabeza ocurre porque existe un fracaso en el intento de elaborar emociones traumáticas a través de pensamientos. 3) Sucede como si hubiéramos introducido bolitas de metal en una máquina para moler café. Frente a este enunciado, que dividimos en tres sentencias, la gran mayoría sostendrá que las dos primeras pueden corresponder a la afirmación de un hecho, y la tercera, a una metáfora. Dicho en los términos en que se expresa Cassirer (1963), las dos primeras se refieren a signos (o fenómenos) que pertenecen al universo del ser, y la tercera, a símbolos que pertenecen al universo humano del sentido.

¿Es posible sostener que las tres sentencias afirman hechos ciertos o, si se quiere, que todas aluden a signos que pertenecen al universo del ser?

Parece absurdo sostener que la cabeza es “en verdad” una máquina de moler café, y que cuando duele es porque se han puesto “efectivamente” dentro de ella bolitas de metal. Pero, lejos de intentar legitimar ese pensamiento, me propongo subrayar precisamente lo contrario: aquello que llamamos “afirmación de un hecho cierto” es, aunque de lo somático se trate, siempre una metáfora, o, si se prefiere, un símbolo que representa a una experiencia inabarcable.

Cuando un físico teórico afirma que la valencia química del hidrógeno depende del número de electrones que posee su átomo en la órbita exterior, sabe que su afirmación no es menos metafórica (Turbayne, 1970) que el ejemplo de las municiones en el molinillo de café. Pirandello (1921), en su *Seis personajes en busca de un autor*, nos enfrenta con el pensamiento de que no existe un hecho histórico “objetivo”, sino solamente un conjunto de versiones acerca de un presunto suceso. En el terreno de la patología médica no tiene por qué ser diferente que en el de la física o la historia. Frente a todos los registros, sean somáticos o psíquicos, que de un cáncer podemos obtener, no existe uno acerca del cual pueda decirse: éste no es sólo una metáfora, éste es real. Llamamos “hecho” a una metáfora que funciona de un modo tan privilegiado como para adquirir ubicuidad en el consenso. No sólo el electrón o la permeabilidad de la membrana neuronal son metáforas de este tipo, sino nuestro concepto entero de aquello que llamamos realidad (Turbayne, 1970).

Nada tiene de sorprendente que todo cuanto podamos afirmar acerca de lo que existe, entre dentro de la categoría que llamamos símbolo. Cuando hablamos de la enfermedad somática, nuestras palabras y nuestros conceptos, como es obvio, son símbolos acerca de esa enfermedad. Pero hemos visto que hay ocasiones en que nuestros símbolos funcionan como signos que nos indican la presencia de “algo” frente a lo cual se justifica abandonar las pequeñas investiduras tentativas y “autorizar” una descarga plena. Decimos entonces que nuestro “dicho” corresponde a un “hecho”. O, también, que el síntoma del cual el paciente se queja no corresponde a una hipocondría sino a una enfermedad “real”.

En ese último caso, cuando nuestro aparato sensorial registra una alteración somática que acompaña a la queja del paciente, decimos que esa alteración que percibimos (y, además, nombramos) es un signo de la presencia de la enfermedad y no un “mero” símbolo de esa misma enfermedad. Símbolo sería, en cambio, el nombre que le damos. Sin embargo, tal como lo muestra el ejemplo de la naranja y el del sombrero del *cowboy*, sucede que si nos hallamos en presencia de un signo de una enfermedad “real”, es precisamente porque el carácter de símbolo, que posee ese signo, permanece inconciente.

No se trata de negar que “algo” hay allí, sino sólo de afirmar que lo que hay no es exactamente aquello que percibe el observador, ni aquello que percibe el paciente, porque lo que ambos “perciben” es una interpretación que han hecho de lo que hay allí. Esta interpretación fue realizada a partir de un dato sensorial que es un símbolo inconciente de lo que entonces, “luego” de la interpretación, fue “percibido”. Se trata en estos casos de un símbolo que en la conciencia funciona como un “signo” de que aquello que hay allí, presente detrás de la roca, es, efectivamente, el *cowboy*, y no otra cosa que también tiene sombrero. En otras palabras, nuestra percepción de un territorio es siempre un mapa.

El déficit simbólico

Preguntémosnos ahora en qué sentido podría sostenerse que el trastorno psicossomático constituye un fracaso del representar mediante símbolos, y se mantiene en el terreno de los signos “privados de significado”.

Meltzer sostiene que los elementos beta, privados de significado, se evacúan en el trastorno psicossomático “atacando a la parte fisiológica” como pseudosímbolos cuya función es esencialmente asimbólica. Afirma que no tienen significado emotivo, pero que, sin embargo, tienen significado a nivel del ello. Afirma también que las sensaciones (no las funciones) somáticas están ligadas a las alucinaciones. Se trataría en este caso de un tipo de simbolización que no ha llegado al nivel del pensamiento, del sueño y de la emoción conciente. Es posible pensar que el vínculo que establece Meltzer entre las sensaciones somáticas y la alucinación hace referencia al carácter de presencia que poseen dichas sensaciones, lo cual las acerca a la función del signo.

Nos encontramos, pues, por un lado, con una función asimbólica que tiene significado a nivel del ello y, por el otro, con un tipo de simbolización que podemos aproximar a la función del signo. Ambos conceptos ganan en claridad si aceptamos que el dato sensorial identificado como somático (y no sólo el del médico que observa, sino también aquel que registra el paciente acerca de sí mismo) es un símbolo que en la conciencia funciona como signo. Pienso, además, que, de acuerdo con las conceptualizaciones de Meltzer anteriormente mencionadas, cabría distinguir, en el trastorno psicossomático, dos tipos de fenómeno: los signos físicos que registra el médico y el paciente ignora, y los síntomas somáticos que el paciente recibe en la conciencia como sensaciones físicas privadas de un significado psíquico intrínseco. Los primeros corresponden a la evacuación de los elementos beta, los segundos al “área de las sensaciones somáticas”.

Una teoría psicoanalítica de la enfermedad somática

El sostener que una alteración “psicosomática” es la evidencia de una función que no alcanza el “nivel” de la simbolización explica el pesimismo implícito en la afirmación de Meltzer de que no ha surgido ninguna teoría psicoanalítica sobre este tipo de trastorno.

Veamos entonces si podemos proponer, en pocas palabras, una teoría psicoanalítica de la enfermedad somática. Debemos reproducir, previamente, algunos conceptos esenciales de la teoría que Freud ha planteado acerca de los afectos:

- 1) Los afectos pueden ser equiparados con ataques histéricos universales y congénitos que “contienen”, como herencia arcaica, la repetición inconciente de un suceso prehistórico, supuestamente filogenético (Freud, 1926*d* [1925]*). Recordemos aquí que el ataque histérico fue, en su origen, un suceso motor justificado (Freud, 1909*a* [1908]*). No es posible obtener la emergencia del suceso prehistórico bajo la forma de un recuerdo, como no es posible analizar el contenido de los símbolos universales basándose solamente en las asociaciones del paciente (Freud, 1900*a* [1899]*).
- 2) No existen afectos inconcientes en el sentido de actualidad que poseen las ideas inconcientes. Los afectos, como actualidad, son procesos de descarga cuyas últimas manifestaciones son percibidas por la conciencia bajo la forma de los sentimientos (Freud, 1915*e**) que solemos denominar.
- 3) En lo inconciente, como actualidad, existe una disposición al afecto (Freud, 1900*a* [1899]*), constituida por la “clave de inervación” que corresponde a una emoción cualitativamente diferenciada. Esta clave de inervación, actual en lo inconciente, no es otra cosa que lo que denominamos idea inconciente (Freud, 1900*a* [1899]*). Existe también en lo inconciente un montante de afecto, constituido por una magnitud que, al investir una determinada clave, inicia el proceso de descarga correspondiente (Freud, 1915*e**).
- 4) La verdadera finalidad de la represión es impedir el desarrollo de un afecto (Freud, 1915*d**, 1915*e**) cuya descarga, aun siendo placentera para un sistema, provocaría un mayor displacer en el otro.
- 5) Cuando soñamos con ladrones, y tenemos miedo, los ladrones podrán ser imaginarios, pero el miedo es real (Freud, 1900*a* [1899]*).

Expresándonos de un modo muy esquemático, diremos que en la neurosis se desplaza un afecto, a los fines de evitar el displacer, de una representación a otra, y que, en cambio, en la psicosis, lo esencial del mecanismo defensivo consiste en alterar el juicio de la realidad, de modo que en ella el desarrollo de un afecto, que hubiera sido penoso, queda sustituido por la descarga de otro acorde con una realidad que ha sido deformada para satisfacer una fantasía optativa. Tanto en una como en otra enfermedad, los modos de organización de la defensa permiten que los procesos de descarga se realicen de acuerdo con las claves normales de inervación de los afectos. La teoría psicoanalítica que propongo para la enfermedad somática consiste en sostener que el proceso defensivo puede, en ocasiones, alterar el equilibrio con el cual el montante de afecto inviste los distintos elementos de la clave, determinando que la descarga se realice de un modo que torna irreconocible la cualidad de ese particular afecto y conduce a que la conciencia lo experimente como un fenómeno somático privado de toda significación afectiva. En otras palabras: el proceso de desplazamiento, que en las neurosis se efectiviza transcurriendo de una representación a otra, en la enfermedad que rotulamos (desde la conciencia) como una alteración somática, ocurre dentro de la idea inconciente que constituye la clave de inervación, hipercatectizando alguno de sus elementos en detrimento de otros. Así como en todo individuo normal funcionan mecanismos o aspectos neuróticos y psicóticos, funcionarán también normalmente estos aspectos o mecanismos que, a falta de nombre mejor, llamamos patosomáticos.

La presunta carencia de significado de la experiencia emotiva

Comenzaré por citar un párrafo de un trabajo anterior (Chiozza, 1975c):

La identidad fundamental existente, en cuanto a su estructura constitutiva, entre histeria y emoción, nos permite comprender las llamadas organoneurosis como conversiones histéricas que afectan a las inervaciones vegetativas. Nada habría que objetar al concepto tradicional de organoneurosis si no fuera porque en ese camino la teoría ha perdido la conexión específica del trastorno particular con una determinada emoción primaria deformada que representa o alude (simbólica y específicamente) a la persistencia de una conducta arcaica, determinada por un suceso filogenético particular.

Esta relación muchas veces se halla conservada, como señalaba Freud, en los usos del lenguaje. En el historial de Isabel de R.

(Freud y Breuer, 1895*d**), por ejemplo, correlaciona tales histerias “vegetativas” precisamente con la expresión primitiva de las emociones. Durante el proceso de atemperación de los afectos (íntimamente vinculado con su función en el lenguaje), los productos del acontecer filogenético son continuamente resignificados en el transcurso de la historia individual, recorriendo una secuencia que conduce desde la emoción a la palabra, pasando por el campo intermediario del gesto.

Tanto los símbolos como los signos pueden referirse a ideas, conceptos abstractos, emociones u objetos concretos. Puedo decir, por ejemplo, que la palabra que un paciente pronuncia es un signo de que en él se ha formado una determinada idea. De más está decir que, aun en el caso de los objetos físicos, lo que se percibe es siempre el producto de un concepto. Esto se ve con claridad cuando aquello que se percibe a través de un signo es, por ejemplo, un infarto de miocardio. La diferencia entre un signo y un símbolo es la misma que va del “dicho” al “hecho”, y corresponde a que se ponga o no se ponga en juego una magnitud de investidura que denominamos plena.

La emoción es un tipo de proceso intermedio que participa de las características del símbolo y el signo. Por este motivo pudo decir Freud que el afecto es una reminiscencia (Strachey, 1964) y, al mismo tiempo, un suceso “real” (Freud, 1900*a* [1899]*), una descarga actual que “afecta” al yo (Freud, 1915*e**). La teoría psicoanalítica de los afectos nos ofrece la ventaja de un concepto dentro del cual desaparece la tradicional alternativa entre psiquis y soma. En el camino que transcurre desde el impulso a la acción eficaz que hace cesar la excitación que emana de la fuente pulsional, el afecto es una descarga vegetativa, una acción motora cuya magnitud constituye una serie complementaria con la magnitud que se descarga en la acción sobre el objeto. La emoción se percibe entonces como un suceso físico presente que, al mismo tiempo, puede ser interpretado como un fenómeno psíquico, como un acontecimiento que encierra un significado históricamente comprensible.

¿Qué es, desde una óptica psicoanalítica, “la parte fisiológica”?

Parece evidente que muchas de las descripciones acerca de la función alfa en la evaluación y decisión se refieren a un proceso que pertenece al sistema de la conciencia. Su fallo equivaldría entonces a una ausencia de significación en la conciencia. Es fundamental reparar además en

que cuando se hace uso de expresiones tales como “los elementos beta pueden atacar a los órganos, a la parte fisiológica”, se ingresa en un tipo de pensamiento que queda fuera de la teoría psicoanalítica precisamente porque no se han utilizado los elementos de esa teoría que nos permiten comprender qué es, psicoanalíticamente hablando, “la parte fisiológica”.

Si tenemos en cuenta la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, ya citada, en virtud de la cual los pretendidos concomitantes somáticos de los procesos psicológicos concientes no son otra cosa que lo psíquico inconciente, tanto la fisiología como la fisiopatología, vistas desde una óptica psicoanalítica, describen signos cuyo significado psíquico (sea como signo expresivo o como símbolo representante) permanece fuera de la conciencia por obra de un proceso defensivo cuyos productos, en los casos que estudia la fisiopatología, deseamos, como psicoanalistas, mejorar.

Algo más sobre el déficit simbólico

La utilidad clínica que deriva de categorizar procesos evacuativos, alucinatorios, psicósomáticos, etc., todos ellos ligados a lo que se considera un déficit simbólico, es innegable. Aquello que resulta discutible es lo que suele entenderse por déficit simbólico. No se trata solamente del hecho, repetidamente observado, de que muchos pacientes que padecen trastornos llamados “psicósomáticos” son personas que evidencian una riquísima capacidad de simbolización en los órdenes más diversos, sino que el concepto mismo de déficit simbólico debe ser mejor aclarado.

Lo que denominamos “déficit simbólico” no parece ser el producto de una ausencia de capacidad simbólica o de un aparato protomental que funciona “desde su interior”, aislado de la función alfa. Parece en cambio mucho más convincente sostener que los llamados elementos beta son siempre el producto de una función alfa invertida pero no ausente, y que el resto de los “pseudosímbolos”, o signos, son símbolos falsos (en el sentido de mentiras) que provienen de una función alfa negativa.

Así como decimos que la represión es un retiro de la investidura, o una contrainvestidura que obtiene su magnitud de la misma pulsión inconciente que inviste a los objetos, debemos reconocer que un “pseudosímbolo” es un símbolo inconciente que funciona como signo en la conciencia, y que un símbolo falso no es un sinsentido, sino un contrasentido.

Planteamos que hay una negación, “normal” en todo acto perceptivo, que transforma a un símbolo en un signo a los fines de poner en juego la plena investidura. Ahora debemos añadir que esta negación, incrementada

más allá de lo “normal” bajo el dominio de una defensa o de una fantasía optativa, corresponde a la operatividad de la función alfa invertida.

VI. El psicoanálisis de la enfermedad somática

Como hemos visto al principio, Meltzer sostiene que los éxitos terapéuticos con la enfermedad psicosomática se deben al “reforzamiento de las partes no psicosomáticas”, y que no ha surgido, dentro del psicoanálisis, ninguna teoría sobre este tipo de trastorno. También dice que constituye un área periférica con respecto al psicoanálisis propio y verdadero. Piensa que existe una gran posibilidad terapéutica de los trastornos psicosomáticos a través de la ampliación del área cubierta por las funciones simbólicas.

Continuando una línea de investigación que se inicia en los primeros trabajos de Freud acerca de la histeria, interpretamos la enfermedad somática de un modo que nos permite influir, paulatinamente, sobre un mayor número de distintos procesos, mediante la “lectura” de los símbolos que, *específicamente*, constituyen. Es cierto, sin embargo, que, tal como lo afirma Meltzer, la mayor parte de la influencia terapéutica que cotidianamente se logra no se obtiene por ese camino, sino a través de la interpretación de las resignificaciones secundarias de las fantasías específicas. Estas resignificaciones pertenecen al campo de lo que Meltzer considera psicoanálisis propio y verdadero, es decir que corresponden a los traumas infantiles y al complejo de Edipo “clásico”. Pero el camino recorrido en estas páginas permite comprender que es preferible hablar de significaciones primarias, universales y congénitas, y resignificaciones secundarias, que corresponden a la vida individual, antes que de partes psicosomáticas y partes neuróticas de la personalidad.

Existen, en la obra de Freud, conceptos esenciales que marcan un claro camino a la investigación psicoanalítica de los trastornos corporales. No me es posible exponer ahora esta cuestión con la amplitud con que lo hice en otras ocasiones, pero los cuatro conceptos de Freud citados precedentemente, y la teoría psicoanalítica de los afectos, son ejemplos bastante convincentes. El párrafo de Bion transcrito en el comienzo de este trabajo marcha indudablemente en la misma dirección cuando señala que quizás un día el psicoanálisis (habla del psicoanálisis, y no de otra ciencia con un distinto nombre) logre un acceso terapéutico a este tipo de problemas. Bion apunta también al descubrimiento de una relación específica (una relación de significado) entre el síntoma somático y los derivados que llegan a “los niveles de pensamiento conciente y racional”,

concepto en el cual trabajamos desde hace ya muchos años en un campo que, a nuestro juicio, pertenece a la teoría psicoanalítica.

Ya que iniciamos estas reflexiones con una cita de Bion que se encamina hacia la especificidad psicosomática, finalicémoslas con una frase de Ronald Laing (1982) que comparte el mismo sentido:

...encuentro particularmente notable la especificidad de las detalladas correspondencias entre las estructuras biológicas y las estructuras psicológicas.

**COMENTARIO SOBRE
“NARRATIVIDAD, TIEMPO
Y MITO EN PSICOANÁLISIS
Y EN PSICOSOMÁTICA”
DE CARLO BRUTTI**

(1989 [1986])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1989a [1986]) “Comentario sobre ‘Narratividad, tiempo y mito en psicoanálisis y en psicósomática’ de Carlo Brutti”.

Primera edición en italiano

“Commento”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 168-169.

Comentario a la presentación del trabajo de Carlo Brutti (1986) “Narratività tempo e mito in psicoanalisi e in psicósomatica”, en el marco del seminario “Metahistoria y lenguaje de la vida en psicoanálisis y en psicósomática”, dictado por Luis Chiozza los días 9, 10 y 11 de mayo de 1986, en Perugia, Italia.

Me ha gustado mucho la comunicación de Brutti. De ella quisiera subrayar algunos puntos que me parecen fundamentales. Ante todo me parece cuidadosamente sostenido el hecho de que hay siempre una historia, e insisto sobre esto porque muchas veces en la experiencia de psicoterapia parece faltar una historia en cuanto el paciente evita contárnosla: nos trae hechos a los cuales les falta un hilo conductor. Sin embargo, en los casos en los cuales la historia no es explícita, está implícita. Por esto considero que cuando el relato no se encuentra en las palabras del paciente, somos nosotros los que podemos, con nuestras palabras, construir sobre las palabras del paciente una historia. Todo esto tiene que ver con lo que Brutti llamaba la reducción sincrónica. Pero es importante también decir que esta historia no debe ser tomada como si fuera la verdadera historia y menos una historia completa. Una historia es siempre una novela, útil y apropiada para comprender un pedazo de la vida; desde nuestro punto de vista, el pedazo de la vida que debemos comprender es el que se expresa en la enfermedad.

El segundo punto que quería subrayar es la diferencia entre mito e historia. Lo que llamamos mito es la historia imposible de recordar. Desde nuestro nacimiento, decía Brutti, no tenemos recuerdos, pero sí memoria. La diferencia entre memoria y recuerdo es realmente fundamental. Sabemos que nuestro nacimiento deja dentro nuestro huellas en la memoria, pero que no se manifiestan en el recuerdo consciente. Sobre la experiencia de nuestro nacimiento solemos tener relatos que provienen de otras personas. Tales relatos en una patobiografía, son la expresión simbólica de estas huellas de la memoria. Todo esto, naturalmente, dicho de un modo esquemático. Nosotros tenemos una memoria y un recuerdo: la memoria no se puede manifestar siempre como recuerdo. Después tenemos nuestro relato de aquello que recordamos y también el relato que podemos hacer de nuestra

vida a partir de lo que nos han contado nuestros padres. ¿Cuál es el valor de este último relato? Es simbólico: es una alusión a lo que está en nuestra memoria, pero no en nuestro recuerdo. La importancia de esto reside en el hecho de que el terreno mítico, que es el de la memoria, es el terreno de los símbolos universales que no tienen nunca acceso a nuestra conciencia. Son el inconciente no reprimido, pero “resistido”, que nunca ha sido conciente. Y es en este nivel que se desarrolla la enfermedad somática: como un símbolo que deriva su poder de las huellas de la memoria que no forman parte del recuerdo. Y es justamente por esto que la interpretación simbólica de la enfermedad somática encuentra tantas resistencias.

Freud decía que los símbolos universales se pueden psicoanalizar pero nunca recorriendo las asociaciones del paciente, porque el paciente no puede tener tales asociaciones, como sucede en cambio con los símbolos que son constituidos durante la infancia.

Cuando nosotros tenemos que encontrarnos con la enfermedad somática, debemos tener en cuenta los símbolos universales. Para analizarlos, Freud sostenía que era necesario recurrir a otras fuentes: a los mitos, al lenguaje popular, etc. El lenguaje popular no es casual: en ese lenguaje se sabe perfectamente lo que significa cada enfermedad. Por ejemplo, si una persona quisiera adquirir una propiedad pero eso desencadenase controversias, podría expresarse en un cierto punto así: “Esta propiedad no la quiero comprar más porque no quiero tener un dolor de cabeza”. Si uno toma seriamente la expresión del lenguaje corriente, llega a la simbolización corporal y comprende lo que es la enfermedad somática.

**COMENTARIO SOBRE “EL
PENSAMIENTO DE LUIS CHIOZZA:
PROBLEMAS EPISTEMOLÓGICOS”
DE ARNALDO BALLERINI
Y ANTONIO SUMAN**

(1989 [1986])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1989b [1986]) “Comentario sobre ‘El pensamiento de Luis Chiozza: problemas epistemológicos’ de Arnaldo Ballerini y Antonio Suman”.

Primera edición en italiano

“Commento”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 179-183.

Comentario a la presentación del trabajo de Arnaldo Ballerini y Antonio Suman (1986) “Il pensiero di Luis A. Chiozza: problemi epistemologici”, en el marco del seminario “Metahistoria y lenguaje de la vida en psicoanálisis y en psicósomática”, dictado por Luis Chiozza los días 9, 10 y 11 de mayo de 1986, en Perugia, Italia.

Me ha gustado muchísimo esta comunicación tan profunda y en diálogo con tantos autores tan importantes.

Quería comenzar diciendo que las citas acerca de mi opinión de que cada enfermedad puede ser vista como simbólica y que cuanto está más allá de la conciencia no es ni psíquico ni somático, se refieren a dos principios que me parecen fundamentales. Quizás sería oportuno esclarecer mejor por qué lo que es inconsciente no es ni psíquico ni somático: se trata de precisar que cuanto indicamos como “somático” es un artefacto de la conciencia, pero que también lo que consideramos “psíquico” es un artefacto de la conciencia, y, más allá de la conciencia, lo que llamamos inconsciente no sabemos qué es. El concepto de psíquico y de somático son organizaciones conceptuales que se estructuran en nuestra conciencia. Más aún: podemos decir que en toda la historia de la ciencia, o del conocer humano, estos dos modos de concebir la realidad deben entenderse como un artefacto teórico más que como un acto de conocimiento inmediato. Al afirmar esto quiero subrayar que cuando uno no se preocupa de pensar con la rigurosidad de la ciencia, en nuestra relación con los seres vivos nunca se hace la división entre psíquico y somático. Cuando en cambio se debe afrontar la cuestión desde un punto de vista teórico, necesariamente se recae en tal división. Pero en razón de ello, se va más allá de lo que se entiende por conocimiento de un ser vivo.

Por lo tanto, la estructuración de la ciencia, como bien han subrayado Ballerini y Suman, la división entre ciencias de la naturaleza y ciencias de espíritu, se ha verificado siempre. Pero a la luz de que podemos decir esquemáticamente que son dos las ciencias primarias. Una es la física, en cuyo horizonte conceptual se desarrollan la química, lo que llamamos biología, la fisiología y toda la medicina concebida como relaciones

de causa-efecto. Y la otra ciencia primaria sería la historia, pero no reducida a un mero acaecer cronológico de hechos materiales concebidos al modo de la física, sino la historia en su significado primigenio que lleva implícito el sentido de la narración. Respecto a tal problemática es interesante considerar la posición de Freud. Él, en muchos puntos de su obra, sostiene que el inconciente no puede ser o sólo psíquico o sólo somático. En la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, Freud dirá que el concomitante somático no es otro que lo psíquico inconciente, y aunque nuestros métodos de aproximación al inconciente son relativos a la vertiente psíquica, el inconciente mismo no es psíquico. Siempre respecto de las distinciones entre ciencias de la naturaleza y ciencias del espíritu, es importante tener en cuenta que hoy es la misma física la que pone en crisis esta distinción. Heisenberg, cuando ha puesto su principio de indeterminación, ha inaugurado un filón de pensamiento para el cual la misma conciencia deviene un objeto de estudio de la física. En otras palabras, podemos decir que la introducción del sujeto en el objeto pone en crisis una percepción ingenua de la objetividad. No se trata de deber renunciar a reconocer la realidad, sólo debemos ser conscientes de la dificultad que esta pretendida objetividad comporta. Esto es importante afirmarlo en el momento en que los psicoanalistas y el mismo Freud, como ha sido subrayado por muchos autores, han quedado sometidos al modo de pensar mecanicista. Una cosa es pensar según los criterios de estos efectos que son útiles a los procesos del conocer y otra cosa es quedarse prisionero en esta única manera de pensar.

Veamos qué le ha sucedido a Freud. Por más que su descubrimiento ha sido muy novedoso, inicialmente ha quedado prisionero de un criterio psicogenético. Pero cuando ha descubierto el lenguaje arcano que en la histeria se expresa a través de los síntomas corporales, Freud ha hecho más que sostener la psicogénesis de esta enfermedad “orgánica”: ha subrayado que la enfermedad orgánica es un lenguaje y esto equivale a revelar el carácter histórico-lingüístico del fenómeno orgánico. Podemos decir que de aquí ha tomado uno de sus impulsos la superación de la dicotomía cartesiana, superación que poco a poco está impregnando toda nuestra cultura. Y es esto lo que le ha hecho decir a Ortega y Gasset que en el fondo su filosofía era biológica. Él se lamentaba de que desafortunadamente los que hacen *zoología* han utilizado para su oficio la palabra “*biología*”. Y han hecho difícil utilizar la palabra “*biología*” para su filosofía, la de Ortega. No era así en los inicios. Ortega subraya el hecho de que para los griegos *bios* se refiere a la vida en el modo propio en que cada uno la experimenta dentro de sí mismo y experimenta el sentido. *Zoe*, en cambio, representaba la vida contemplada desde afuera. Ahora, dice Ortega, no hay nada de malo

en que un científico no conozca el griego; pero es un problema en cambio que lo utilice sin conocerlo. Entonces sugiere que los que ordinariamente utilizan la palabra “biología” deberían hablar de “zoología” (incluyendo en la zoología también la botánica) y dejar la palabra “biología” para los filósofos, que hablan de la vida en sentido más completo. Esto vale también para nosotros como médicos. Desgraciadamente, en medicina se habla siempre de biología sin comprender que *bios* se refiere a cada ser viviente que es tal en cuanto animado, y animado quiere decir que tiene una vida con su interioridad. Es tal criterio el que le ha hecho decir a Portmann, famoso zoólogo de Basilea, que no existe *zoe* sin *bios*. Esto me parece importantísimo. No quisiera sin embargo que mis palabras fueran sentidas como un desprecio para la medicina tradicional. Quiero ser claro, pero ante todo confirmar que no hay desprecio en lo que afirmo. He practicado la medicina muchos años y sé cuán importante es este trabajo, y sé que mañana yo mismo podría necesitar de la medicina tradicional. Pero debo reconocer que esta actividad, en su tesitura conceptual, es prevalentemente veterinaria: quiero decir que toma como fundamento la zoología, es decir la vida contemplada desde afuera; si se hace medicina sin ligarla con las vivencias interiores del paciente: se hace una medicina zoológica. Weizsaecker, una vez en España le dijo a un conocido clínico: “Pero ustedes son todos zoólogos porque contemplan los fenómenos como se pueden contemplar desde afuera de la vida”. Pienso entonces que se debería apropiarse uno de la palabra “biología” en su sentido más completo y auténtico. Ya Weizsaecker, por otro lado, sostenía que todo lo corpóreo tenía un sentido (y es justamente por eso por lo que no puede ser explorado sólo desde afuera). Es cierto que Weizsaecker era conciente de que ese postulado debía ser demostrado. Por eso, la medicina psicósomática—como él decía— debía esperar a un genio como Freud.

¿Cuál es mi posición personal con respecto a esta opinión de Weizsaecker? Muchas veces he dicho que se trata de una demostración que no se puede hacer. Más que de mostrar, se trata de asumir una actitud que es la misma que tuvo Freud frente a la histeria. En sustancia, él dijo: “Trataré de comprender”. Es como afirma Jaspers, citado por Ballerini y Suman: el derecho está. Quería agregar a todo esto una metáfora a la cual recurro muy a menudo. Cuando uno camina sobre una playa puede encontrar conchillas y esto no sorprende, dado que para encontrarlas no es necesario prestar demasiada atención. Pero si encuentran en la arena una moneda, uno queda sorprendido. Hasta acá se trata de un suceso poco significativo, pero si a medida que se camina se encuentra siempre más monedas en la playa, entonces uno no puede dejar de buscar. Yo creo que esto representa metafóricamente lo que sucede con el símbolo de la

enfermedad somática. Freud encontró la primera moneda sobre la arena y ahora nosotros tratamos de seguir sus pasos y seguimos encontrando monedas. Esto no prueba nada, no demuestra nada, sólo el hecho de que estas monedas están. Mientras las monedas se encuentren en la arena yo continuaré buscándolas. Una actitud tal –que ciertamente comporta una inspiración montada sobre un sistema que puede articular el conjunto de los descubrimientos hechos– nos permitirá comprender el sentido simbólico de fenómenos así considerados corpóreos que constituyen un área reprimida dentro del mismo psicoanálisis. Yo creo que todavía no tenemos elementos suficientes para convalidar plenamente la afirmación de Weizsaecker. Pero el desarrollo de las teorías sobre el psiquismo fetal, la profundización sobre los estudios del simbolismo, la obra de Bion, constituyen contribuciones preciosas que enriquecen cada vez más la hipótesis de Weizsaecker.

En lo que tiene que ver con mi contribución, pienso que podrían encontrarse las líneas de fondo en algunos números de los *Cuadernos* y en mi último libro *¿Por qué enfermamos?*⁸

⁸ {El autor se refiere aquí a los *Quaderni di Psicoterapia Infantile* y a *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (Chiozza, 1986b). Libros del Zorzal publicó en 2007 la última edición argentina ampliada de este libro (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]). Véase OC, t. XIV.}

CÁNCER, NARCISISMO Y MUERTE

(1995 [1987])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995r [1987]) “Cáncer, narcisismo y muerte”.

Ediciones en castellano

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

El contenido de este texto corresponde a las intervenciones de Luis Chiozza en una entrevista realizada por Francesco Campione. El diálogo completo se publicó en L. Chiozza y F. Campione (1987d), “Cáncer, narcisismo e morte”.

Sobre el significado inconciente del cáncer

Lo que sucede en el caso del cáncer, a diferencia de lo que sucede respecto a otras fantasías específicas de enfermedades orgánicas diversas, se puede expresar del modo siguiente: los significados inconcientes que se expresan en el cáncer, que son simbolizados en las enfermedades cancerosas, pertenecen a algo tan profundamente reprimido que la verdadera dificultad no consiste en formular una explicación usando términos que puedan ser comprendidos también por aquellos que no tienen un suficiente conocimiento del psicoanálisis, sino más bien en el hecho de que, tratándose de cosas reprimidas, puedan ser más bien creídas que comprendidas. Lo que se debería preguntar entonces no es tanto si existe una explicación clara, sino si puede ser comprendido aquello que no es creído. Para decirlo con las palabras de William Blake: “La verdad no puede ser dicha de un modo que la haga comprensible sin hacerla creíble”

En el caso en cuestión, la dificultad es por lo tanto la apuesta: ¿cómo se puede comprender algo que es enormemente difícil de creer en tanto que es muy reprimido? El modo más claro de expresar esta idea es, me parece, el que aparece en mi libro *¿Por qué enfermamos?* (Chiozza, 1986b). Me refiero a la historia del melanoma que se relata en el capítulo X, en el cual se ha hecho un esfuerzo para expresar de la manera más clara posible el problema.

En cuanto a si el resumen esquemático que propone se ajusta a mi concepción del significado inconciente del cáncer:

Cuando el crecimiento ha terminado, cada amor (homosexual, incestuoso o genital) es imposible, todos los ideales serán transgredidos transformándose en ídolos aterrorizadores y la sublimación de

la creatividad y de la cultura se han hecho demasiado impersonales para suscitar interés, el hombre se enferma de cáncer, cáncer que tiene por lo tanto el significado de una tentación de triunfar sobre las frustraciones negando los propios límites y las pérdidas sufridas al procurarse una satisfacción narcisista que equivale a ser “la madre de sí mismo”. Tentativa que, siendo imposible, pondrá inevitablemente por delante a la paradoja de una autorreproducción celular incontrolada (el cáncer de hecho) que, limitándose a una parte del organismo, se sustrae a las leyes de organización y agregación del conjunto orgánico que es el individuo llevándolo a la muerte,

me parece que lo puedo suscribir casi totalmente. Digo “casi” porque no diría que el cáncer ocurre cuando “cualquier amor es imposible”: basta que el amor sea insuficiente para que se pueda tener un cáncer. Pero en realidad se trata de una cuestión que no es tan esencial.

Sobre el tratamiento psicoanalítico del cáncer

Si un determinado significado se manifiesta como cáncer, un cambio de significado se puede manifestar como curación del cáncer. Yo no creo que un cáncer sea incurable porque un significado no pueda alterar un conjunto orgánico. Creo, en cambio, que la incurabilidad del cáncer, cuando el cáncer es incurable, se manifiesta como imposibilidad de hacerse conciente su significado. Quiero decir con esto que no es el cáncer, como enfermedad orgánica, aquello que es imposible modificar a través de la interpretación psicoanalítica. Lo que tal vez es imposible de modificar a través de la interpretación psicoanalítica es el significado alterado que se manifiesta como enfermedad cancerosa en tanto enfermedad psíquica y no en tanto enfermedad orgánica. Lo diré de un modo que resulte más claro. Lo que llamamos cáncer, entendiendo que nos referimos a una enfermedad orgánica, lo consideramos una enfermedad orgánica en la medida en que dejamos que su significado permanezca inconciente, pero esto no quiere decir que el cáncer sea una enfermedad orgánica, o solamente orgánica.

El cáncer es una alteración orgánica desde un cierto punto de vista y una alteración psíquica desde otro punto de vista. Como alteración psíquica, puede ser incurable en el sentido de la extrema dificultad que un paciente puede tener de llevar a la conciencia determinados significados que alteran la forma orgánica que llamamos cáncer. Por otra parte, no siempre es así.

Así como la medicina tradicional, que opera sobre lo orgánico, puede arribar en muchos casos a lo que llamamos curación del cáncer, también a través del psicoanálisis se puede obtener la curación del cáncer con una

frecuencia similar. Pero no en todos los casos. Hay, en otras palabras, cánceres curables y cánceres incurables, sea desde el punto de vista de la medicina tradicional como desde el punto de vista psicoanalítico. Pero el hecho de que sean cánceres incurables desde el punto de vista psicoanalítico no depende del hecho de que llevar a la conciencia el significado sea inútil, depende de no poder hacer conciente ese significado. Existe la misma dificultad para curar un cáncer incurable desde el punto de vista orgánico que desde el punto de vista psicoanalítico.

Respecto de la pregunta sobre si interpretar el significado del cáncer, no pudiendo utilizar este significado para la curación, no equivaldría sólo a atribuir al enfermo de cáncer una intención y necesidad de tener un cáncer: pienso que ese temor de llevar a la conciencia el significado del cáncer sin lograr curarlo, haciendo así sufrir al paciente una crueldad, es un temor que no tiene sentido. El error consiste en pensar que el cáncer permanecería incurable después de haber llevado a la conciencia su significado. Cuando permanece incurable es porque no es posible llevar a la conciencia el significado. Y no me refiero a una conciencia sólo intelectual del significado, porque hacer conciente un significado de modo intelectual no es hacerlo realmente conciente sino hacer una doble inscripción.

En cuanto a la posición de Susan Sontag que usted menciona sobre la inutilidad o incluso crueldad de interpretar el significado de la enfermedad cuando no puede ser utilizado para la curación, diré que es exactamente opuesta a la que yo trato de delinear, por lo siguiente. Sontag piensa que se atribuye significado a una enfermedad orgánica a partir de la conciencia, porque piensa que los significados que se dan a las enfermedades orgánicas desde el punto de vista psicológico no son específicos, y entonces, sobre un síntoma orgánico se puede proyectar prácticamente cualquier significado. Pero yo pienso, en cambio, que el significado inconciente reprimido del síntoma orgánico es un significado que, siendo su significado, es siempre específico, y es eso lo que da al síntoma su forma orgánica. Para mí, el síntoma orgánico es un lenguaje y, por lo tanto, su significado es específico como el significado de una letra y el de un elemento de un código. Se entiende que esto permite luego una gama de combinaciones complicadísimas que hace que no existan dos cosas iguales.

Sobre la enfermedad más allá del individuo

En referencia a mi afirmación de que el cáncer, como una forma de vida, no sólo trasciende los límites del tumor, sino que, más allá de lo que consideramos individuo humano, se extiende dentro de una sociedad

(Chiozza, 1978*m*), se pueden decir varias cosas. En primer lugar, esto no tiene que ver con el hecho de que aquellos que se ocupan de comprender el significado inconciente, es decir, nosotros psicoterapeutas, y más específicamente los psicoanalistas, tienen ante sí una tarea doble: por un lado, la tarea de tratar a los individuos y, por el otro, la de influir sobre la sociedad que nos circunda. Y esto último no ya en una forma que se llama psicoterapia, porque no es posible. Por lo menos nuestro método no tiene una estructura clara en el sentido de una psicoterapia de la sociedad. Se podrá hacer una psicoterapia de las instituciones o una psicoterapia de grupo, pero se está hablando de un inconciente social que es mucho más amplio que el de un grupo o el de una institución y para el cual los psicoanalistas no han estructurado un método psicoterapéutico, ni la sociedad les ha atribuido a ellos una tarea de ese género. Hay, en cambio, algo que existe desde que existe el psicoanálisis, aquello que Freud llamaba el “movimiento psicoanalítico”. Es un movimiento ideológico que, como todo movimiento ideológico, intenta influir en la sociedad. En este sentido diría, sintetizando un poco, que el movimiento psicoanalítico es la forma que toma la tentativa de los psicoanalistas de tener influencia sobre la sociedad, intentando modificar muchas de sus interpretaciones, cosa que seguramente sucede en el campo específico de las enfermedades concretas y su profilaxis mediante lo que en el campo de la medicina tradicional se indica como educación sanitaria. En última instancia, cuando un psicoanalista habla en público sobre los significados del cáncer, hace profilaxis del cáncer y educación sanitaria.

En cuanto a la pregunta sobre si el cáncer es una enfermedad mortal cuya especificidad está dada por la tentativa del individuo de negarse como individuo, es decir como organismo individual, para recuperar la inmortalidad de las células que en su singularidad pueden potencialmente reproducirse al infinito, me siento en la posición de suscribir casi completamente lo que usted ha planteado.

El cáncer puede contener una fantasía de inmortalidad. Sin embargo, sabemos que el cáncer lleva muy a menudo a la muerte del organismo en el cual reside, y digo del “organismo en el cual reside” porque el cáncer, colocándose en una posición anárquica, no pertenece al organismo, lo destruye pero no forma parte de la organización estructural y jerárquica de la cual formaba parte el conjunto de las células antes de que se desarrollara el cáncer. Por lo tanto, el cáncer, pasando a través de la distribución del organismo que lo contiene, falla en su deseo de inmortalidad. Paradojalmente, las únicas células que pueden, por decirlo de algún modo, realizar el deseo de inmortalidad, no son las células cancerosas, sino las células del plasma germinal que pasan de un individuo al otro. En última

instancia, lo que es más importante comprender de esto es el hecho de que profundizando los niveles de significación de lo somático tomamos conciencia de que lo que llamamos “yo” es un recorte de la conciencia que se refiere a un cierto nivel de organización orgánica. Como si el organismo en su significado comprendiese al yo habitual, el yo coherente, el yo que tiene que ver con el *self*, con la imagen de representación de sí mismo, muy vecino al yo conciente, más allá de aquello que en otros niveles es el inconciente. Y es como si en otros niveles, en el inconciente, este yo y este organismo fueran formados con unidades más elementales y que éstas, en última instancia, en un sentido metafórico, pudieran ser consideradas como yoes muy primitivos.

Y esto me reconduce a alguna idea formulada en la perspectiva de la inteligencia artificial, como por ejemplo la de Hofstadter, que para detectar la misma cosa usa la metáfora del hormiguero. Desde cierto punto de vista, el yo es el yo de la hormiga, pero desde otro punto de vista es un yo del hormiguero que es mucho más amplio. Esto último es en un cierto sentido un mega-yo respecto al yo de la hormiga, de modo que podríamos pensar, cuando nos referimos a la mortalidad y la inmortalidad, que se ponen en juego fantasías para las cuales la muerte de un yo aparece como la inmortalidad del yo primitivo, del yo más elemental. Pero, como he dicho antes, en el caso del cáncer esa tentativa falla.

Sobre las condiciones psicológicas del cáncer y sobre lo psíquico y lo orgánico

Hay muchas preguntas, intentaré responder una por una. La primera pregunta es: ¿por qué frente a la imposibilidad de amar en algunos sujetos aparece un cáncer y en otros no? En primer lugar, quiero repetir que no es necesario que haya una imposibilidad de amar para que tengan un cáncer, basta que haya una insuficiencia en el amar. En segundo lugar, se deben dar, desde el punto de vista de la teoría, varias condiciones perfectamente identificables para que tengan un cáncer, no basta la insuficiencia del amar. Se debe dar una intensa condición de fijación en un período de desarrollo de la libido que corresponde precisamente al desarrollo fetal. Debe haber una regresión a este punto de fijación determinada por la insuficiencia de la satisfacción libidinosa en el período de desarrollo alcanzado y a esto se debe agregar una imposibilidad o incapacidad de satisfacción libidinosa en los períodos inmediatamente posteriores al embriológico-fetal. Cuando se suman todas estas condiciones, el sujeto se enferma de cáncer. Y esto es extremadamente frecuente: de hecho, un individuo de cada cuatro muere

de cáncer. Por otro lado, tenemos que ser conscientes del hecho de que los otros tres que no mueren de cáncer, uno generalmente se enferma de cáncer y se cura espontáneamente, como sabe hoy la inmunología. Algún otro de los tres no muere de cáncer porque mientras tanto muere de alguna otra cosa. Con esto nos podemos dar cuenta de cuán frecuentes son las condiciones psicológicas necesarias para enfermar de cáncer.

Respecto a muchas de las cuestiones que usted ha planteado en sus preguntas, no me ocuparé mucho en detalle, porque para muchas de ellas veo, más que una discrepancia de ideas, una discrepancia de lenguaje, y, obviamente, si se cambia la estructura de la formulación verbal se cambia un poco el pensamiento.

Diré por lo tanto que si muchas de las cosas dichas no corresponden exactamente a lo que yo digo, no son exactamente mi pensamiento, tampoco están muy alejadas de mis posiciones. Y sería demasiado largo entrar en detalle en cada una de las cuestiones propuestas, formulándolas en términos un poco diferentes.

En cuanto al tema de la medalla o moneda de dos caras (una orgánica y otra psíquica)⁹, siento que debe haber algo más que una moneda de dos caras. Es necesario tener en cuenta que las dos caras de la moneda no son otra cosa, en sentido estricto, que una metáfora, lo que significa que detrás o más allá de la conciencia no hay una realidad de dos caras, sino que más allá de la conciencia hay algún tipo de realidad de la cual no sabemos cuántas caras tiene; lo que sabemos es que esta realidad que está más allá de la conciencia se manifiesta en la conciencia a través de las dos realizaciones conceptuales que representan el desarrollo del aparato mental del hombre con características hasta ahora binarias y que en un cierto modo fuerzan a este más allá para entrar en la conciencia sólo a través de estas dos categorías (psíquico u orgánico), dado que la conciencia no tiene otras categorías. Por lo tanto, la conciencia tiene una categoría que se llama “física” y una otra categoría que se llama “historia”, y a través de estas dos categorías se establecen dos organizaciones conceptuales que corresponden a diversos tipos de ciencia, pero, en última instancia, se dividen siempre entre el mundo de la materia, de los sentidos, de la percepción, y el mundo de la interpretación, del lenguaje, de la historia o del significado psicológico. Son dos organizaciones conceptuales y, al mismo tiempo, existe una cierta conciencia del hecho de que tienen relaciones

⁹ {La metáfora de las dos caras de una moneda (como dos modos de aparición de una realidad a la conciencia ha sido utilizada en diversas ocasiones. Para un desarrollo sobre los motivos de la elección de esta metáfora, véase “La depresión en clínica médica” (Chiozza, 1978I), en OC, t. IV.}

entre ellas, es decir que son fenómenos que no tienen lugar sólo de un lado, más allá del hecho de que la realidad entera no puede ser reducida a ninguna de estas organizaciones conceptuales.

Por lo tanto, cuando hablamos de dos caras de una moneda, no hablamos de una moneda que está más allá de la conciencia, con características “cosificadas” de moneda de dos caras; decimos sólo que esta compleja realidad se manifiesta en la conciencia como si fuese una moneda de dos caras.

Sobre el hecho de que la intencionalidad del cáncer haría pensar en una espiritualización de la materia, diré también aquí algo similar. Cuando comprendemos el significado, se revela de algún modo en nuestra conciencia la idea de algún “sentido”. Algo así como la idea inevitable de que el universo entero marcha en alguna dirección. Lo que equivale a comprender este sentido como si fuese el sentido del universo entero, como si el universo entero estuviese diciendo cualquier cosa a través de una frase, una unidad de sentido dentro de un discurso completo. Sin embargo, y lo repito, el modo en el cual nuestra conciencia puede percibir al universo puede ser desde el punto de vista físico (en tal caso, el universo viene percibido como una gigantesca máquina de relojería) o desde el punto de vista psíquico (en tal caso, el universo viene percibido como si fuese una forma de lenguaje y, en este sentido, como si estuviese dotado de intencionalidad). En este último sentido, no se habla de intencionalidad en el sentido mecanicista de una intención dentro de la célula; es intención en la célula como es intención en un planeta; es decir, es intención del universo, no porque pensemos que el universo tiene un alma, aunque podríamos también decirlo así forzando mucho la cuestión y entrando casi en el platonismo.

Lo que quiero decir, y lo repito una vez más, es que así como en una cierta organización de la conciencia, podemos ver el universo como un enorme acúmulo de materia y energía, lo podemos ver también en otra organización de la conciencia, de algún modo, como una idea ingeniosa. Estamos aquí en los límites de la epistemología, porque la realidad será ciertamente más compleja, pero nuestro aparato para pensar ha desarrollado estas dos posibilidades.

Si nos detenemos después sobre la pregunta “¿a quién pertenece la intención del cáncer?”, volvemos otra vez a la misma cuestión. En cuanto comprendamos el significado diremos: el organismo humano y el cáncer son ideas; así como un pájaro contemplado por un ingeniero es una idea de la misma clase que una locomotora.

El cáncer es la idea de sustraerse a la organización del yo del nivel individual que tiene nombre y apellido y circula por la calle diciendo “éste soy yo”. Por lo tanto, este cáncer no obedece a la intención de este yo, tiene

otra intención, y en tal sentido también el cáncer es una forma de vida, vivir a la manera cancerosa, así como el pájaro y el insecto son formas de vida. Desde el punto de vista de un ser humano, el cáncer es eso que llamamos enfermedad porque ataca su organización; pero también un parásito, que desde el punto de vista del ser humano es una enfermedad, es una forma de vida, y lo mismo se puede decir para una bacteria o para un virus.

En este sentido debemos volver al sentido del concepto de entropía, para darnos cuenta de que cuando, en la segunda ley de la termodinámica, la física dice que el universo está continuamente perdiendo orden, es decir que hay una entropía positiva creciente, no estamos siempre concientes de que el concepto de entropía es en realidad un concepto que la física toma de la psicología, porque la idea de orden no puede ser nunca física, salvo que atribuyamos a la física un psiquismo diferente. Si el universo tiene orden, tiene psiquismo. Para que se entienda mejor podremos reformular la pregunta: ¿por qué digo que el desorden es más probable que el orden? ¿Por qué entre los 15.000 o 150 millones de estados posibles, equiposibles, que tiene mi biblioteca, hay sólo uno o dos que yo, Luis Chiozza, llamo biblioteca ordenada? Porque para que hablemos de orden cada uno debe decir qué es el orden y qué es el desorden. ¿Y quién dice que un universo con equilibrio térmico absoluto en el cual el único movimiento sería el movimiento browniano de las moléculas, estaría en perfecto desorden? Sólo un psiquismo puede decirlo, el psiquismo que es intencionalidad, sentido y significado. Por lo tanto, que el universo se desordena es un concepto psíquico, no físico.

En este sentido, podríamos decir que lo que para el hombre es desorden para el cáncer es la forma de orden suya propia. Es más: una célula epitelial en cuatro días se descama y muere, pero si se forma un epiteloma puede vivir seis meses, ocho meses, un año. Desde el punto de vista del cáncer es una intención vital; desde el punto de vista del organismo complejo es una intención anárquica. Es una intención vital desde el punto de vista de la célula singular, una intención tanática desde el punto de vista del organismo.

Llegamos por fin a la idea de que se debería introducir a la conciencia entre lo psíquico y lo orgánico. Yo no creo que se trate de introducir a la conciencia entre psíquico y orgánico porque no creo que psíquico y orgánico existan más allá de la conciencia. Yo creo que psíquico y orgánico son dos modos que la conciencia tiene de aprehender aquello que está más allá, sin que a esto se le puedan aplicar psíquico y orgánico más allá que como categorías. Por lo tanto, psíquico y orgánico son dos modos que tiene la realidad de manifestarse en la conciencia. Por la misma razón, no creo que se pueda decir que alguna cosa sea primero psíquica y después orgánica; esto es sólo un aparecer a la conciencia. Yo creo que las cosas

no son ni psíquicas ni orgánicas, sino que la conciencia a veces percibe primero lo psíquico y a veces percibe primero lo orgánico. O mejor: a veces percibe las cosas en un modo que llama psíquico y a veces las percibe en un modo que llama orgánico.

Sobre el cáncer como solución dañosa y su modo de abordaje

Respecto de la posición de Weizsaecker frente a la enfermedad, que no es la de “Fuera con ella” sino la de decir “Sí, pero no de este modo”, usted pregunta si implica respecto del cáncer “realizar el deseo narcisista de inmortalidad de otro modo que a través de nacer de sí mismo”. En realidad, lo esencial de lo que sostenemos sobre el cáncer no se basa sobre el hecho de que el cáncer implique un deseo de superar la muerte, sobre un deseo de inmortalidad, un deseo que el hombre padece en sí mismo y por lo tanto viene el cáncer. El cáncer es mucho más concretamente un fracaso en el desarrollo, del mismo modo que ocurre con otras enfermedades, fracaso de cuya especificidad y de cuyas condiciones ya he hablado.

¿Cómo se puede afrontar la cuestión propuesta por Weizsaecker?

En el sentido de que un médico que tiene un enfermo de cáncer no debe tratar al cáncer simplemente como un enemigo y extirparlo, sino que debe de algún modo pactar con el cáncer, como debe hacer con cualquier otra enfermedad. Y la razón de esto está en el hecho de que la enfermedad contiene también la intención del sujeto de encontrar una solución, la enfermedad misma es una tentativa de encontrar una solución a los problemas personales. De modo que, así como no se puede decir a un toxicómano que no tome más la droga, sin considerar lo que la droga significa en su vida, así al enfermo se debe tratar de decir: “Sí, hay algo a lo cual hay que dar satisfacción, pero no de este modo”. Por lo tanto, se deduce que la pregunta se transforma: ¿de qué modo se puede satisfacer aquello para lo cual el sujeto no ha encontrado otro modo que el cáncer para satisfacerlo?

La respuesta se torna muy amplia si damos cuenta del hecho, como habíamos dicho, de que el cáncer implica una insuficiencia en el desarrollo de fases muy precoces en el desarrollo psíquico, y la respuesta consiste en tratar de resolver las circunstancias vitales que impiden al sujeto encontrar otra forma de amor menos dañosa. Pero esto, de algún modo, no es más que una propuesta, porque ningún psicoterapeuta puede encontrar una solución en lugar del paciente. Lo que los psicoterapeutas hacen en realidad consiste en llevar a la conciencia, en hacer conciente

al paciente el precio que ha tenido que pagar por la solución que él ha encontrado. Es aquello que puede determinar de parte del paciente un rechazo de la solución dañosa y una búsqueda de una solución mejor. Solución que el paciente alguna vez encontrará y otra vez no. Y estamos así nuevamente en el tema de que no todo se puede curar.

En este sentido, debemos tener conciencia del hecho de que la psicoterapia, como cualquier otra forma de medicina, se enfrenta con la posibilidad o la imposibilidad de curar, con la posibilidad o la imposibilidad de aliviar el sufrimiento. Hasta que el médico no acepta la posibilidad de su fracaso, no se coloca en una buena disposición para obtener a veces el éxito. Aquello que en la psicoterapia se ve con claridad, se puede trabajar mejor psicoterapéuticamente cuando se admite la posibilidad del fracaso.

Con esto creo haber respondido lo esencial de la última pregunta.

**COMENTARIOS INTRODUCTORIOS
AL DEBATE DE LA PELÍCULA
HANNAH Y SUS HERMANAS
DE WOODY ALLEN**

(1995 [1987])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995s [1987]) “Comentarios introductorios al debate de la película *Hannah y sus hermanas* de Woody Allen”.

Ediciones en castellano

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

El texto de este artículo corresponde al comentario realizado por el autor en el teatro Sha el día 5 de junio de 1987.

Woody Allen

Aunque los personajes de una ficción artística se construyen recomponiendo, en combinaciones distintas, experiencias que forman parte de la vida real de sus autores, suelen adquirir una vida propia, como ocurre con Don Quijote, o con Sherlock Holmes, detrás de la cual no sólo desaparece la personalidad del autor que lo ha creado, sino también la del actor que lo representa.

Fuera de la ficción artística, en la vida real, las personas cuyos actos nos importan hasta un punto que los convierte en actos del dominio público, las personas importantes, se transforman rápidamente en personajes. Pero estos personajes reales de la vida pública, se trate de Einstein, de Onassis o de Fellini, son también, en un cierto sentido, personajes de ficción, ya que la experiencia muestra que aun nuestro conocimiento de las personas con las cuales mantenemos un trato íntimo se realiza, inevitablemente, con una cuota de ficción.

¿Por qué sucede a veces que el autor y el actor desaparecen detrás del personaje hasta el punto de que, como es el caso del doctor Frankenstein, todo el mundo ignora su nombre, y en otros, Carlos Chaplin, por ejemplo, ocurre lo contrario? Asistimos aquí a dos maneras diferentes del arte. La primera genera una forma imaginaria como la de Otelo, Sancho Panza o el comisario Maigret, que nace a una vida perdurable; la segunda se entretiene indisolublemente con la carne del autor o el actor que la interpreta.

El Woody Allen que conocemos a través de sus películas es, sin duda alguna, un personaje, como lo fueron, en su hora, Vittorio De Sica y Marilyn Monroe. Tanto es así que, en *Hannah y sus hermanas*, nadie ve a Woody Allen representando al personaje Mickey, sino a Mickey representando a Woody Allen.

La característica sobresaliente del personaje Woody Allen es la de ser un antihéroe que asume, impúdicamente, nuestras debilidades humanas. A los hombres nos encanta ver que la fealdad, la cobardía, la inseguridad, los celos, el miedo a la enfermedad y a la muerte, la impotencia, la esterilidad o la masturbación, no impiden que nos elija una mujer hermosa. Las mujeres disfrutarán seguramente pensando que se puede ser feliz, como Holly, sin necesidad de tener éxito en la difícil tarea de conquistar a un hombre fuerte, un hombre capaz de mostrar su debilidad sin utilizarla como moneda de cambio. Sin embargo, el encanto de la magia se disipa cuando comprendemos que todas estas debilidades, sutilmente convertidas en méritos para el consumo público, disimulan intencionadamente que, detrás del personaje Woody Allen, existe una persona cuyo éxito es, una vez más, un triunfo heroico nacido del talento y de la capacidad de trabajo.

Hannah y sus hermanas

Si cupiera alguna duda de que *Hannah y sus hermanas*, a pesar de que sacude intencionadamente nuestras vísceras, es una película tranquilizadora, basta ver el forzado *happy end* dentro del cual Hannah, Holly, Lee, Elliot y Mickey solucionan falsamente sus problemas. Sin embargo, este final forzado es, también él, en un cierto sentido, representante de la realidad, porque siempre, en algún momento del día, de la semana, o del mes, existe un instante en el que nos convencemos de que nuestros problemas se han solucionado.

Hannah y sus hermanas, como toda obra de arte genuina, nos enfrenta con un drama, más allá del *happy end* y de la comicidad, o el humorismo, con el cual Woody Allen lo suaviza y nos distrae.

Si aceptamos reunirnos aquí, para comentar esta película, es decir para reflexionar juntos acerca de ella, es porque, enfrentados con ese drama, necesitamos pensar acerca de él. Todos los sectores del conocimiento humano pueden contribuir a ese propósito, pero la única opinión solvente y responsable que yo puedo aportar proviene de mi formación psicoanalítica, y, aunque evitaré nuestra jerga profesional, hablaré desde allí.

Desde un punto de vista psicoanalítico, la obra de arte, como sucede con un mito o con un sueño, intenta aliviar el carácter traumático de un drama, y funciona como la carne que crece, de manera sana o enferma, para cerrar la brecha de una herida.

¿Cómo es el drama humano que generó ese sueño que vemos en el cine con el título de *Hannah y sus hermanas*? Los dramas son eternos, porque se reiteran en cada vida otra vez, siempre desde cero, de nuevo, es decir, como si fueran nuevos, según la conocida frase de los cuentos infantiles:

“Érase una vez”. Su trama, como toda trama, se entreteje con hilos, y estos hilos son temas inquietantes de distinto grosor. Ya que este comentario se propone introducirnos en una discusión más amplia, recorreremos el dibujo de la trama a partir de algunos de sus hilos más gruesos.

El amor prohibido

Cuando la película comienza, Elliot contempla a Lee. La ve hermosa y sexy. ¿En qué consiste, y de dónde proviene, el *sex appeal* de Lee?

Es cierto que Lee pone lo suyo, pero, entre todos los hombres de esa fiesta, sólo Elliot lo experimenta con tal intensidad. Reparemos en que Elliot expresa su deseo de cuidarla, y también en el impacto, impúdico, de la primera humorada: Lee es hermana de Hannah, la mujer de Elliot.

Pronto nos enteraremos de que el asunto tiene historia. No sólo porque Friederick, que vive con Lee, ya lo ha notado, sino porque Lee disfruta del rubor de Elliot.

Más allá de las apariencias superficiales ocurre siempre así: para que un deseo adquiera fuerza se necesitan, por lo menos, dos. Pero esos dos “entre” los cuales el deseo surge, nunca están solos. Viven inmersos en un mundo de afectos y recuerdos con otras personas del presente o del pasado. Elliot es el esposo de Hannah, y Hannah es la hermana de Lee.

En la fuerza atractiva que une a Elliot y Lee, participan muchas cosas de importancia distinta.

Cuando vemos a Elliot correr, jadeante, por las calles de Manhattan, para encontrarse “casualmente” con Lee, la torpeza adolescente del cuarentón atrapado por la magnitud de sus sentimientos nos hace sonreír con ternura. Nos damos cuenta entonces de que lo que arrebató la voluntad de Elliot no es sólo la juventud de Lee, es, ante todo, el encuentro, emocionante, con su propio deseo; un deseo juvenil que lo llena de rubor, un deseo que ya no esperaba y que, sin embargo, “le hacía falta”. No. En la explicación de la seducción que Lee ejerce sobre Elliot su juventud no es lo esencial, como tampoco es esencial su belleza.

Lee dista mucho de ser fea, pero la hermosura que Elliot le encuentra es una consecuencia de su amor y no su causa. La experiencia muestra que la belleza, lo que se llama objetivamente belleza, no es un ingrediente constitutivo del amor, sino un regalo que a veces facilita el amor, y otras lo dificulta. Por esto, la sabiduría popular afirma que la mujer linda desea la suerte que tiene la fea. Por eso también se dice que el amor es ciego. En realidad no sucede que el enamorado no ve los defectos, sucede que no les otorga importancia.

Cuando pensamos en la excitación sexual solemos olvidarnos de que el afrodisíaco por excelencia es el amor, y que una parte muy importante del amor es la ternura. Elliot, que pierde el aliento por Lee, no sólo ha dicho que quiere besarla, ha expresado también cuánto desea cuidarla. Sus sentimientos se expresan en el poema de Cummings que le regala a Lee. Recordemos que en el poema, alguien, que se ha encerrado en sí mismo, es abierto por el otro, pétalo a pétalo. Nadie –dice Cummings–, ni aun la lluvia, tiene manos tan pequeñas. ¿Es esta la ternura de un hombre maduro frente a una mujer que parece una niña? ¿Es Lee el capullo que debe ser abierto?

Elliot podrá jugar con la idea de que Lee es una niña capullo, pero sabe que Lee vive con Friederick, quien la sacó de la gordura y del alcoholismo, y le enseñó muchas cosas, porque Lee quiso aprender de Friederick, como ahora quiere aprender de Elliot, en otra dirección. Aunque Lee no lo sepa, Elliot es el capullo que espera ser abierto con las pequeñas manos de Lee. ¿No es, acaso, Elliot, el que se ruboriza como una colegiala? Y sin embargo también quiere cuidarla, ¿por qué?

Volvemos, una vez más, a enfrentarnos con el eterno círculo que, interpretado en un tiempo que avanza hacia el futuro, adquiere la figura de una escalera caracol. Elliot, que es hoy un asesor financiero, fue una vez un niño que, como es bueno que ocurra, todavía vive en él. Este niño, entregado a los cuidados de Hannah, se ha creído, hasta hace poco, feliz. Hannah es una mujer maravillosa, no sólo cocina un pavo exquisito y recibe en su casa a la familia entera, le presta dinero a Holly, mantiene a los hijos del matrimonio con Mickey, se ocupa del bienestar de sus hermanas e intercede en las frecuentes peleas de sus padres; es, además, una estependa actriz.

Elliot ha sabido hacer dinero, pero Hannah puede crear. Ella sabe o intuye que todos, incluyendo a Elliot, la envidian y, aunque llena su casa de gente, se siente inmensamente sola, con necesidades enormes que no puede llenar. Hay algo, sin embargo, que se le escapa a Hannah, ignora que no se deja cuidar. Ese niño insaciado que habita en el corazón de Elliot no sólo busca caricias, anhela, cada vez más fuerte, el supremo placer de otorgar el placer.

El resorte está tenso y el artefacto montado. La cadena se rompe por el eslabón más fino. ¿Qué hubiera ocurrido con la insoportable carencia de Hannah si Elliot no se hubiera precipitado en los brazos de Lee?

Lee, que también envidia a Hannah, recibe embelesada el interés erótico de Elliot. Hace ya tiempo que Friederick la usa, pero no se ocupa de ella. Su primera pregunta, luego de compartir con Elliot la cama del hotel, es si ha sabido hacerlo tan bien como Hannah. La respuesta, elocuente, de Elliot, alude al cariño con que Hannah lo hace.

La fuerza de la atracción que une a Elliot y Lee, nacida de la envidia, y de la devoción que ambos sienten por la inalcanzable Hannah, se realimenta

cotidianamente, pero si adquiere una intensidad arrolladora, es porque existe un dique que se opone a su curso. La idea del delito, la prohibición “legal”, la oposición moral, reactivan las huellas inconcientes de aquellos sufrimientos infantiles que una vez fueron sentidos como una excitante e insoportable provocación.

Lamentablemente es desde allí, desde el sentimiento insoportable y repetido de una renuncia injusta, que surge en ellos el impulso para afrontar el riesgo que transforma el intento en aventura, sin adquirir plena conciencia del doloroso precio que es necesario pagar, precio cuya primera cuota consiste precisamente en la mentira.

Elliot y Lee habían llegado, en cada una de sus vidas, a un punto crítico que exigía un desenlace. Si preferimos pensar que ambos debían atreverse a luchar contra la prohibición del amor que tocó sus corazones, debemos admitir entonces que les faltó el coraje y la responsabilidad necesarios para asumir su crisis y elaborar la decisión desde motivaciones mejores. Por esta razón, y porque no comprende que este tipo de decisión es distinta a las que toma ejecutivamente en sus negocios, la consulta de Elliot con el psicoanalista fracasa.

La mentira y la culpa

Con la palabra “mentira” designamos un conjunto de acontecimientos que son muy distintos entre sí. Puede uno mentirse a sí mismo o dedicar una mentira a otro, puede ignorar que miente o mentir a sabiendas. Existe una mentira, el error, que proviene de un límite en nuestra capacidad de percibir o pensar, y otra que es el producto de la intención de obtener una ventaja. El beneficio que se intenta obtener puede ser para el que miente o para aquel a quien se dedica la mentira.

Es fácil decir que la mentira es un pecado y que no se debe mentir; sin embargo, todo psicoanalista sabe que ningún fenómeno psíquico, y por lo tanto tampoco la mentira, funciona sólo para mal, que la actitud de hacer siempre aquello que se debe es también perjudicial, y que la mentira que se dedica a otro sólo es posible con su complicidad.

Los personajes de *Hannah y sus hermanas*, todos ellos, testimonian que vivimos mintiéndonos a nosotros mismos, pero el caso de Elliot es distinto. También él, como todos, se ha mentido a sí mismo. Así sucede cuando piensa que su relación con Lee es un episodio controlable que será pura ganancia, y también cuando, frente al matrimonio de Lee, adopta la actitud del que ha superado una crisis, en lugar de comprender que la vida lo ha vencido, retornándolo, acobardado, al punto de partida. Pero, a diferencia

de los otros personajes, Elliot, además, se involucra conscientemente, como tantas veces nos ocurre, en otras formas de mentira.

Elliot le miente a Hannah porque se hace cargo de la responsabilidad de evitarle el sufrimiento, pero también para obtener el amor de Lee sin renunciar al cariño y al cuidado que le otorga Hannah. Intenta negar sus sentimientos de culpa a través de reproches a Hannah, pero, cuando la tortura con sus peleas injustificadas, sólo consigue aumentarlos. Ignora que Hannah prefiere sospechar, apenas, la verdad que no soporta, y que por este motivo sostiene inconcientemente las mentiras de Elliot.

Hannah huye así de la responsabilidad y obtiene las mismas ventajas por las que miente Elliot. De este modo mantiene inconciente, además, su propio sentimiento de culpa, y ejerce sobre Elliot la misma tortura.

De una manera análoga, y con motivaciones, implicancias y consecuencias parecidas, Elliot le miente a Lee, cuando le asegura que su relación con Hannah prácticamente ha terminado.

Los sentimientos de culpa no dependen, como suele creerse, del beneficio obtenido, sino de los motivos y los procedimientos por los cuales se busca obtenerlo. Equivalen al sentimiento de haber cometido una falta, y esa “falta” representa lo que a uno le falta para convertirse en su propio ideal.

Es evidente entonces que todos vivimos inmersos en sentimientos de culpa de intensidad diferente. Freud descubrió que cuando los sentimientos inconcientes de culpabilidad son muy grandes, nos obligan a cometer un delito a fin de poder atribuirlos a un hecho conciente y, al mismo tiempo, satisfacer la necesidad de castigo.

Nos preguntamos antes cómo es el drama humano que generó ese sueño que vemos en el cine con el título de *Hannah y sus hermanas*. Podemos volver ahora, de otra forma, sobre la misma pregunta: ¿cuáles son los ideales que sus personajes traicionan? No necesitamos hacer un elenco, sino, por el contrario, ir atando cabos para recuperar la trama.

El egoísmo

Ya hemos visto que todos envidian a Hannah. Ella, a su vez, envidia a quienes pueden mostrar sus debilidades y dejarse cuidar. En el fondo de la envidia encontramos, siempre, un malentendido. Uno envidia el goce que uno desea e imagina presente en la persona envidiada. Además, imagina que el otro ha adquirido cuanto posee mediante una técnica mágica. Cuando uno comprende que el goce imaginado no coincide con el que el otro alcanza realmente, y que lo que se adquiere es el producto de un

proceso que dista mucho de la magia y que supone un precio en esfuerzo y sufrimiento, la envidia se atempera.

Algo parecido ocurre con los celos, que también se nutren de un malentendido. Sin embargo, el consenso público, que no legitima la envidia, legitima los celos. El envidioso debe hacerse responsable de su envidia, ya que el envidiado, para el consenso, es inocente, y la envidia es un sentimiento negativo. Se piensa, en cambio, que si alguien cela es porque ama. A menos que los celos sean delirantes, el celoso es solidaria y simpáticamente confortado. Quien expone a otro a sufrir celos debe hacerse responsable de una conducta que el consenso considera negativa.

Veamos ahora qué nos enseñan los celos de Friederick. Cuando se da cuenta de que Lee se ha acostado con Elliot, sufre enormemente, y desde su sufrimiento, le pide que no lo abandone, porque sin ella no podrá vivir. Se ve bien claramente que no se opone a la relación de Lee con Elliot pensando que esa relación puede dañarla. No lo anima el deseo de protegerla, ni el de ocuparse del bienestar de Lee. Los celos son un sufrimiento egoísta que no nace del amor, nace del querer.

El que quiere busca poseer, el que ama aspira a que lo amado se desarrolle en la plenitud de su forma. Se quiere una rosa hermosa en el florero de nuestro escritorio, se la ama cuando se goza viéndola desarrollarse como parte de una planta viva. Es difícil amar lo que se quiere. En cuanto a celar lo que se ama, sólo tiene sentido si devolvemos a la palabra “celo” (en singular) su sentido primitivo de cuidado y protección. Pero este celo se diferencia claramente de los celos (en plural), como sufrimiento egoísta por el bien que se distancia.

¿Por qué duelen los celos?

Con la palabra “egoísmo” designamos la tendencia a favorecer a nuestro ego, es decir a nuestro “yo”, tendencia que en psicoanálisis denominamos interés. Si tenemos en cuenta el interés con que procedemos para favorecer a nuestro ego, y el amor que, como Narciso, le dedicamos, resulta asombroso comprobar la extrema dificultad que tenemos para precisar los límites que definen a nuestro “yo”.

Nada hay más difícil que decir quién soy. Mi cuerpo, mi piel, mis manos, mi corazón, mi cerebro, no son yo, son míos. Lo mismo ocurre con mis recuerdos, con mis sentimientos o con las imágenes que me devuelve el espejo. Ni siquiera mi apellido, mi nombre de pila y el sobrenombre con el cual me llamaban mis padres designan más que aproximadamente a la misma persona. Lo prueba el hecho de que, siendo un niño, fui un yo que

tuvo que aprender a llamarse como lo llamaban otros, otros que lo veían distinto a como él se veía.

Sin embargo, y precisamente por esos motivos, hay algunas experiencias tan fundamentales para el sentimiento de identidad, como para que la ausencia de su repetición sea experimentada como la destrucción del yo. Una de esas experiencias es la mirada amorosa de los ojos maternos, mirada que todo adolescente busca reencontrar en la cara de las jóvenes que pasan por la calle. Hombres y mujeres han encontrado alguna vez, en los actos más logrados del amor, el sentimiento de despertar partes dormidas que dan nacimiento a una nueva identidad.

Podemos comprender ahora por qué duelen los celos. Hay veces en que el amor nos otorga el maravilloso regalo de una identidad más rica. Si caemos entonces en la tentación de repetir inmodificadamente nuestros actos vitales, no sólo nuestra cotidiana capacidad de gozar de la vida, sino la existencia misma de la identidad que ahora nos define, quedarán para siempre condicionadas a la posesión de una determinada persona, una persona que ya no podremos amar, porque necesitamos quererla para nuestros propósitos. El más mínimo alejamiento de la persona falsamente “amada” quedará entonces confundido –en esto radica el malentendido de los celos– con la aniquilación de nuestro yo, y nuestros intereses egoístas, desesperadamente excitados, nos impedirán, a pesar de nuestra vergüenza, estar a la altura de nuestros mejores ideales. Este es el drama de Friederick, filósofo y pintor.

A pesar de que el tema de los celos se reitera, al finalizar la película, con una pequeña alusión cuando Hannah se dispone a interpretar a Desdémona, la mujer de Otelo, el drama de *Hannah y sus hermanas* no se agota, sin embargo, con la comprensión de los celos; muy por el contrario, nos introduce, desde allí, en un problema fundamental: el egoísmo que conduce a la traición de los valores. La sexualidad, el amor prohibido, la culpa, la envidia y los celos son utilizados como exponentes cotidianos de una desorientación radical, de una profunda confusión en las metas del individuo humano.

Esa carencia, simbolizada en la existencia vacía de los padres de Hannah, caducos, en el virtual “anonimato” de los personajes infantiles, en el alcoholismo de Lee, en su búsqueda de una pseudocultura, y, sobre todo, en la drogadicción de Holly, nos conduce de la mano hacia el personaje central: Mickey-Woody Allen, cuya ridiculez oculta su carácter patético transformando nuestras debilidades en méritos.

Mickey resume en su persona el corazón de la trama. Detrás de una pseudointelectualidad que adopta la forma equívoca del antihéroe, surge el drama del hombre que, en su aventura egocentrista, se ha perdido a sí mismo, convirtiendo su vitalidad en una mera agitación sin sentido.

Mickey, hipocondríaco, vive aterrorizado por la aniquilación de su yo, que confunde con la aniquilación del mundo. Su esterilidad, que inconscientemente interpreta como impotencia sexual, se transforma en la torturante amenaza de una disminución en el goce. No es de extrañar que sea estéril, ya que no puede amar a los niños.

Fuera de algunas de las formas de la comicidad y el humor, es incapaz de cualquier actitud o pensamiento que lo lleve a trascenderse a sí mismo; nada que sea auténticamente espiritual le es posible. Su búsqueda religiosa queda, por este motivo, transformada en un negocio de supervivencia yoica que, naturalmente, fracasa. Su pretendida “incurabilidad” psicoanalítica surge de la misma fuente.

Ni el embarazo, ni la literatura de Holly, poseen una verosimilitud convincente. Sólo Hannah podría, con su actividad genuinamente artística, asumir el estandarte de la vida espiritual en sus nuevos valores. Sólo Hannah podría, si no fuera porque, para sentirse “yo”, permanece todavía atrapada en la ficticia necesidad del elogio.

**REFLEXIONES
PSICOANALÍTICAS ACERCA DE
LA MUERTE DE UN VIAJANTE
DE ARTHUR MILLER**

(1995 [1987])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995t [1987]) “Reflexiones psicoanalíticas acerca de *La muerte de un viajante* de Arthur Miller”.

Ediciones en castellano

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

El texto de este artículo corresponde al comentario realizado en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática el 15 de julio de 1987.

La muerte de un viajante, de Arthur Miller, es una obra de arte de una factura impecable. Sus personajes “piensan” y se expresan en el lenguaje de las personas reales. Dustin Hoffman interpreta esta obra con fidelidad absoluta hacia la acabada pulcritud del texto, comunicando sin lugar a dudas, como lo hace Arthur Miller, la enfermedad del personaje. No es difícil, por este motivo, utilizar los conocimientos de la psicopatología para interpretar las vicisitudes de su historia.

Deseamos poner un nombre psiquiátrico a la enfermedad de Willy Loman para tranquilizar un poco la conmoción de nuestro ánimo, pero intuimos que esa conmoción proviene, precisamente, de que nos hemos reconocido en él. Es posible que yo recuerde mal, pero me parece que Frederick March, su otro gran intérprete, facilitaba nuestra identificación con el viajante poniendo en la escena a un Willy más heroico, cuya enfermedad era menos evidente.

Realicemos, entonces, un movimiento inverso al de nuestra tentación, no enfriemos el drama que sentimos en la carne recurriendo a la descripción de una teoría, sino, por el contrario, busquemos comprender, en el dolor de un Willy gravemente enfermo, la verdadera magnitud del problema que cotidianamente nos acecha. *La muerte de un viajante* es nuestra muerte en la medida en que nuestra vida es un duro trajinar, de aquí para allá, que en nada se parece a la recta trayectoria que alguna vez soñamos.

I. “¡Los hermanos Loman!”

Hay muchas familias que sienten su apellido como un motivo de orgullo, pero son muy pocos los casos en los cuales todo el mundo conoce las razones

que sustentan ese orgullo. La gran mayoría de las veces, como sucede con los Loman, es necesario explicarlo con una serie de argumentos que casi nunca logran convencer. Pero el orgullo subsiste, y con él nace una obligación que adquiere el carácter de una deuda con los padres y los hijos. Willy siente que sostiene mal este estandarte e intenta pasárselo a sus hijos. Biff, que lo ha soportado demasiado tiempo, se aleja sintiéndose inmensamente culpable, y Happy recoge el estandarte, sosteniendo el sueño de “los hermanos Loman” y la imprescindible necesidad de “quedar el primero”.

II. “Tú eres mi sostén y mi apoyo, Linda”

Linda cree en el sueño de los Loman. Su confianza, que obviamente no deriva de los hechos que han vivido, tampoco deriva, al contrario de lo que podría creerse, del amor que la une a Willy. Es al revés. Linda amará por siempre a Willy porque en él, tal cual es, ha depositado una confianza que no acepta equivocarse. Lo amará mientras sea “su” Willy, el Willy que ella sueña, el Willy “con” sus sueños de grandeza. Desde allí, desde ese sueño de los Loman que es su propio sueño de señora de Loman, Linda podrá sacrificarlo todo, comenzando por la vida de sus hijos y terminando, si fuera necesario, con la del propio Willy. Porque Willy, el adorado, ya no es Willy, es un Dios del cual se espera todo y es, al mismo tiempo, su imprescindible posesión. Pero Linda, cuando “admira” a Willy, ignora todo esto. Confunde su necesidad con el amor. Prefiere verlo como un hombre agotado porque no se atreve a reconocerlo enfermo. Intenta protegerlo de la maldad de un mundo que amenaza los sueños compartidos, incluyendo, en esa “maldad”, la que atribuye a sus hijos. Biff ha comenzado a comprenderlo, pero Happy todavía sueña con una mujer “como mamá”.

III. “Hay grandeza en ti, Biff... Estás dotado como ninguno”

Willy necesita “tener” a sus hijos para cumplir sus proyectos, porque se siente incapaz, por sí mismo, de justificar el orgullo de los Loman. Aparentemente ha hecho y haría cualquier cosa por ellos, pero en realidad no puede ayudarlos a realizarse en la plenitud de su forma, porque espera, desesperadamente, concretar, utilizando sus vidas, sus propios sueños de grandeza. Linda lo ayudará, con la tenacidad de un náufrago, en la empresa inconciente de moler la vitalidad y la moral de sus hijos en la maquinaria de los ideales mediocres. Ambos padres, confabulados en ese designio infernal que

seguramente han sufrido en su infancia, someten a sus hijos a una extorsión melancólica permanente cuyo paradigma encontramos en las palabras de Linda, cuando refiriéndose a los personajes “malignos” que torturan injustamente a Willy, exclama: “¿Son acaso peores que sus hijos?”. De este modo, provocándoles insoportables sentimientos de culpa, intentan retenerlos para sus propios fines. Pero el sistema no funciona, porque aunque la sacrificada Linda consigue mantener la ilusión de su pureza, la culpa que Willy acumula en sus entrañas amenaza con hundirlo en la psicosis. Willy, desesperado y agotado, fracasa en la tarea, cada vez más gigantesca, de demostrar al mundo lo que vale un Loman. Sus dudas no son nuevas. Su vida, como hombre, como padre y como jefe de familia, está llena de mensajes contradictorios que enloquecen a sus hijos. No tanto porque en el fondo se enorgullece de los robos que finge reprobar, sino porque mientras se comporta según el supuesto de que sus hijos, y especialmente Biff, son seres excepcionales, está firmemente convencido de que son tan incapaces como él.

IV. “Me has enamorado”

Frente a la magnitud de la tarea que Willy se ha impuesto, hace ya mucho tiempo que ha perdido la poca confianza que tenía en sí mismo. No parece haber mantenido un contacto suficiente con su padre. Tal vez por esto le pide a Ben, el hermano que ha triunfado: “Háblales de papá. Quiero que los chicos te oigan”. Quizás también por esto seguirá preguntándose, por el resto de su vida: “¿Dónde... dónde está el secreto?”. Willy dedicará, patéticamente, su vida a buscar el aplauso y el camino de la gloria, sin saber que lo que desea es el cariño. Su necesidad de defender el orgullo de los Loman, que nació como un medio para ser querido, se transformó, inconcientemente, en la finalidad por la cual sacrifica los vínculos de amor de su familia.

Willy necesita, cada vez con más fuerza, nutrirse de la confianza que puedan depositar en él. La devoción de Linda y la admiración de sus hijos, aunque le son imprescindibles, no son ya suficientes. Ha querido creer que “lo que importa no es lo que haces, sino a quién conoces y la sonrisa de tu cara”. Su amorío con Francis, a quien “ha enamorado”, y durante el cual se siente deprimido, parece responder a la necesidad de aumentar su autoestima, aunque también influye el hecho de que lo llevará “derechamente a los clientes”. Sus sentimientos de culpa frente a la inautenticidad de sus pretensiones de grandeza, incrementados ahora por la banalidad de su relación con Francis, escasamente erótica, le impiden defenderse cuando Biff lo acusa de farsante. Allí pierde la amistad y la confianza de su hijo, quien de ahora en adelante encontrará un motivo conciente para hacerlo responsable del fracaso de su vida.

V. “Ya no venderé nada”

Willy busca desesperadamente que alguien le firme un cheque en blanco, es decir que alguien crea en su capacidad sin exigirle una garantía que no puede presentar. Ha muerto Ben, y esta será la última gota que llenará la copa desencadenando su suicidio. Ya no le basta con el amor, desesperado, de Linda, ni con el resto de admiración, enflaquecida, de sus hijos. No le bastan los préstamos de Charley, que lo quiere, ni el respeto de Bernard. Quiere un empleo en Nueva York, como reconocimiento de una vida, pero se conforma con menos, con tal de que sea gratis, porque “ya no venderá nada”. Busca una prueba de gratitud que certifique el valor de su vida y le devuelva la autoestima. Porque hace tiempo que siente: “...no me hacen caso. Nadie me da importancia”.

VI. “Yo lo llamé Howard”

Willy se comporta como un hombre que ha acumulado méritos. No sólo porque su casa “no tiene una grieta” y ha arreglado el techo con sus propias manos, sino porque siente su vida como un perpetuo sacrificio. Afirma que “nunca le ha pedido un favor a nadie”, y que si ahora, después de treinta y cuatro años en la firma, reclama, es porque “se le hicieron promesas desde ese otro lado de la mesa”, y porque no se puede “tirar el pellejo” después de “haberse comido la naranja”. Willy se comporta como alguien que posee un crédito exigible y pretende ser tratado con la consideración que le es “debida”, pero presiente que hay algo falso en la supuesta deuda, así como siempre, en el fondo de su alma, sintió que eran falsos los motivos de su orgullo. Por esto su enumeración de méritos comienza por ser poco convincente, en el promedio de sus comisiones, y finaliza, patéticamente, en una maraña de valores ilusorios. El padre de Howard, una vez, le puso la mano en el hombro. Además tuvo a Howard en sus brazos cuando era un bebé y “prácticamente” determinó su nombre.

VII. “Si tuviera cuarenta dólares semanales...”

Willy, de cuya persona “hay mucho más en la escalinata que ha construido delante de su casa que en todas las ventas de su vida”, niega que no lo han despedido por viejo, sino por inservible. Aceptaría ganar cuarenta dólares semanales por “conservar” un puesto que ya ha perdido y que no

puede desempeñar, pero rechaza el empleo de cincuenta dólares semanales que le ofrece Charley, a quien le pide esa misma cantidad todas las semanas, llevando la “cuenta al centavo” de un préstamo que no podrá devolver. Pero, como dice Charley, “no sólo se necesita un modesto sueldo”. Willy Loman necesita salvar el orgullo de los Loman y sueña, desesperadamente, con hacer las cosas “muy a lo grande”. Aunque se siente en el borde del fracaso, no quiere “descender”, convirtiéndose en un empleado de Charley, “un hombre que no sabe coger una herramienta...”.

VIII. “Esto es un negocio, amigo mío, y cada cual ha de rendir lo que pueda...”

Charley le replica a Willy: “Lo llamaste Howard, pero no puedes vender eso. Lo único que tienes en el mundo es lo que puedes vender...”, pero Willy simula no entender. Del mismo modo pretende entender el que Charley le diga: “Mi salvación es que nunca me interesé en nada”, porque Willy niega que el interés que ha puesto en sus hijos no es una dádiva sino, por el contrario, una deuda.

Cuando Willy, frente a Howard, pretende poseer una capacidad que no tiene con el fin de recibir dinero sin reconocer una deuda, necesita negar, para sostener esta postura, que el dinero pertenece a quien, como su hermano Ben, bien o mal se lo ha ganado. Dado que esta negación choca con la meta a la que apunta su vida, la conclusión es obvia: siente, en el fondo, como un robo, su pedido de ayuda. Cuando elogia a sus hijos “temerarios” por robar la madera del vecino, y Charley le advierte que la cárcel está llena de temerarios como éstos, será su hermano Ben el que replica: “pero también la bolsa de valores”.

Aquello que Willy pide a Howard no es un sueldo, ni un préstamo, ni un regalo, porque sabe que no puede devolverlo ni en trabajo ni en dinero, ni ofreciendo genuinamente gratitud. Exige la devolución de una presunta deuda, o, lo que casi es lo mismo, una indemnización ficticia. Pretende que aquello que necesita y Howard tiene, le pertenece por derecho, porque se lo ha ganado. Pero en este punto sus argumentos son débiles, y por eso necesita negar que el dinero de Howard, bien o mal habido, es un recurso propio que tiene el derecho de otorgar o negar. Willy, como todos los que se sienten incapaces, aceptará sentirse algunas veces culpable y otras acreedor, pero nunca deudor. No está obligado a prestar ni a regalar porque se siente pobre, y aquello que le prestan deberá pagarlo Dios. Prefiere ignorar que, aunque el aire es gratuito, el descanso no implica dejar de respirar.

IX. “¿Quieres decirme con claridad qué quieres de mí?”

Biff, por fin, después de haber robado, absurdamente, una lapicera, ha comprendido la “ridícula mentira” que ha trastornado su vida: “¡Papá! Soy de los de ochavo a la docena... y eso eres tú también”. Pero Willy no soporta escuchar las abrumadoras y elocuentes palabras con que Biff, sin rencor, enfrenta sus reclamos. Por la misma razón que confunde su necesidad de cariño con su necesidad de gloria, prefiere convertir, para poder escapar de una mediocridad que lo aterra, su drama en una tragedia. Cuando Biff le expresa, compungido, “No pensaba irme de esta manera”, la contestación de Willy busca agravar la pelea: “Bien. De esta manera te vas. Adiós”.

Sin embargo, el llanto y el acercamiento de su hijo lo han dejado atónito. No puede creer que ese cariño le esté destinado. Luego de preguntarle a Linda por qué su hijo llora, dirá muy conmovido: “¿No es... algo notable? Biff... ¿me tiene afecto!”. Pero ya es tarde para Willy Loman; ni la lucidez ni el cariño de su hijo podrán deshacer el equívoco que ha signado su vida. Casi inmediatamente exclama: “¡Ese chico...! ¡Ese chico va a ser algo excepcional!”.

Linda, frente a la tumba de Willy, no comprende por qué se ha suicidado. Willy ha seguido, por fin, los pasos de su hermano Ben; ahora muerto, ha conseguido también convertir su drama, demasiado vulgar, en una tragedia, y, además, imagina forzar de este modo la realización de su sueño: “¿Ya te imaginas a esa magnificencia de muchacho con veinte mil dólares en el bolsillo?”. Su fracaso lo acompañará hasta la tumba, porque no consigue disimular el suicidio para que pueda cobrarse el seguro.

X. “Nadie puede acusar a este hombre. Un viajante tiene que soñar...”

Si Charley, frente a la tumba, pronuncia esas palabras, es porque, a pesar de todo, como Linda y Biff, cree que existe poesía en los sueños de Willy. A pesar de los recuerdos de los partidos de fútbol y del columpio entre los olmos, a pesar de la siembra reciente de las semillas de huerta, el propio Willy, y su hijo Happy, parecen presentir, en cambio, que desde hace ya mucho tiempo, el sueño de Loman ha quedado contaminado por la idea de que “ladrón que roba a ladrón tiene cien años de perdón”.

**LA INFLUENCIA DE WEIZSAECKER
EN LA ARGENTINA**

(1987)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1987e) “La influencia de Weizsaecker en la Argentina”.

Primera edición en alemán

“Viktor von Weizsäcker's Einfluß in Argentinien”, en Peter Hahn y W. Jacob (comps.), *Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag*, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York, 1987, págs. 221-231.

Ediciones en castellano

L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 21-33.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 19-31.

Traducción al italiano

“L'influenza di Weizsäcker in Argentina”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 25-38.

Un libro reciente del psicoanalista argentino Luis Chiozza se presenta con un curioso prefacio: “Mi padre, cuando yo era un niño, me explicó una vez, mientras disfrutábamos los tres de una caja de dátiles, que tanto gustaban a mi madre, que el que siembra dátiles, a menos que sea joven, no llegará a comerlos. Esto me debe haber impresionado, porque nunca más lo olvidé. Hay ideas que son como los dátiles, tardan tanto en crecer, que el que las siembra no verá sus frutos. Pero los dátiles existen, y los sembramos mientras comemos los que otros sembraron”¹⁰. Chiozza no dice si, al formular esta similitud, tenía en mente a Viktor von Weizsaecker. No es improbable, ya que el libro aparece en una colección que se llama “Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsaecker” y Chiozza no hace un misterio, en esta como en otras publicaciones suyas, de la deuda que en lo que respecta a su concepción de la enfermedad y de la práctica terapéutica tiene con Von Weizsaecker. Se puede encontrar seductora la idea de que alguna semilla de dátil comida en Heidelberg hace algún decenio, haya crecido y fructificado en la Argentina... La metáfora probablemente habría sido placentera para el mismo Weizsaecker. La influencia que él ha ejercido en la renovación del pensamiento y de la práctica no ha generado entusiasmo ni ha tenido una rápida difusión. No ha construido un sistema; y aun menos quiso formar una escuela. Era consciente de que la renovación que proponía no era un simple paliativo a los males de la medicina o un accesorio que podía agregarse, sino que presupone una desestructuración y una reconstrucción en profundidad. La empresa es tan ardua como para que se necesitara un genio para realizarla: “Faltaba el Paracelso de nuestro tiempo; yo, en todo caso, no hubiera podido serlo, sea por falta de disposición, sea por debilidad de convicción” (Weizsaecker, 1954, pág. 138).

Guarire tutto l'uomo,
SANDRO SPINSANTI (1988)

¹⁰ {El texto citado corresponde al epígrafe de *Psicoanálisis: presente y futuro* (Chiozza, 1983a).}

...no se puede traducir la lengua de las enfermedades al dialecto de la física y de la química. Si, a pesar de todo, se hace, se cometen errores. Es más acertado interpretar cada historial clínico como la historia de una vida, traducir el lenguaje de la enfermedad al lenguaje de la biografía.

Yo quisiera ser lo suficientemente joven para poder empezar ahora esta tarea. Mas espero confiado en que vendrán investigadores más jóvenes para llevar a cabo esa traducción.

*Los conceptos fundamentales
de la investigación,*

VIKTOR VON WEIZSAECKER (1951b)

El contexto constituido por la corriente cultural en la cual hunde sus raíces el pensamiento de Weizsaecker, es el mismo en el cual surgieron dos hombres muy distintos, cuyas obras, sin embargo, tienen mucho en común: Sigmund Freud y Geörg Groddeck.

Freud demostró que los síntomas histéricos podían *ser leídos* como signos de un lenguaje críptico similar al de los sueños. Weizsaecker y Groddeck comprendieron que *toda* enfermedad del cuerpo podía ser contemplada de una manera idéntica, es decir que podía ser interpretada como un símbolo lingüístico. Comprendieron también que ese modo de pensar iniciaba una tarea cuya magnitud superaba sus fuerzas. Ambos recurrieron a Freud, buscando ayuda frente a las dificultades de semejante empeño. Freud les otorgó repetidamente su simpatía, su interés y su estímulo para la prosecución de ese camino, pero se rehusó a acompañarlos. Tal vez no se atreviera a añadir un nuevo motivo a las resistencias que ya despertaba el psicoanálisis.

Tanto Groddeck como Weizsaecker, ingresando en los confines de una nueva ciencia con problemas que también se plantearon de una manera nueva, se manifestaron, explícitamente, igualmente reacios a trazar un sistema. Solemos decir, acerca de Groddeck, que no formuló una teoría. Tal vez sea más acertado sostener que su teoría funciona tan alejada de los parámetros habituales de la “formación de sistemas”, que no parece teoría. Weizsaecker, dotado de una formación multidisciplinaria profunda y extensa, nos enfrenta con un caso distinto. Su esfuerzo por trazar un puente entre el pensamiento habitual y lo aparentemente “impensable”, apoyado en fundamentaciones filosóficas y científicas más explícitas que las de Groddeck, se traduce en una obra que resiste con facilidad cualquier tipo de objeción.

En nuestros días, ya casi nadie ignora que la ciencia física se ha encontrado obligada a incluir al “sujeto” observador en el campo de estudio de sus experiencias “objetivas”, y asistimos, en los terrenos más disímiles del conocimiento, a una total renovación de los fundamentos que desdibuja las fronteras entre las distintas disciplinas. En estas circunstancias, las ideas de Weizsaecker pueden encontrar más fácilmente lugar y compañía en el edificio de la cultura. Pero, si tenemos en cuenta la época en que Weizsaecker realizó su obra, no puede dejar de sorprendernos la grandeza de su espíritu, la segura intuición que lo condujo a pre-decir un cambio que, todavía hoy, recién comienza, y su excepcional capacidad para soportar la tortura de la soledad implícita en la inevitable incompreensión de su entorno intelectual.

La influencia que ha tenido la obra de Weizsaecker sobre la medicina que habitualmente se practica, ha sido, todavía, escasa. En una época como la nuestra, en que los logros de la técnica nos conmueven cotidianamente con sus contribuciones asombrosas, no suele haber lugar ni íntima disposición para reflexiones tan profundas, aparentemente alejadas del mundo simplificado de los “hechos objetivos”. Sin embargo, la crisis nos rodea por doquier. No sólo en el ámbito de la medicina en tanto procedimiento concreto, sea diagnóstico o terapéutico, sino también en el terreno ubicuo de la ética, de la convivencia humana, de la solidaridad y de la responsabilidad. En otras palabras, en todo cuanto se refiere al establecimiento de valores y creencias.

Es cierto que los problemas políticos, económicos, sociales, alimentarios o epidemiológicos se nos presentan como urgentes e impostergables. Lo mismo ocurre con los problemas perentorios generados por la violencia y la agresión, por el desorden ecológico, por la incomunicación o por la superpoblación. Pero también es cierto que nuestros intentos de darles solución tropiezan con un círculo vicioso, porque nuestro mundo actual carece de creencias y valores *universalmente compartidos* que funcionen a la altura de nuestra actual necesidad.

El consenso médico de nuestros días, tanto en la investigación, como en la docencia, en la práctica terapéutica, o en la confección de los planes sanitarios, privilegia todo cuanto contribuya a incrementar el poder de una técnica que busca operar sobre causas y efectos. Ignoro las razones por las cuales en la Argentina, hace ya más de treinta años, algunos de nosotros comprendimos lo que hoy es evidente. Sólo una medicina como la que Weizsaecker concibe puede satisfacer realmente las necesidades de un contexto cultural como el actual, cuya demanda más perentoria surge de una carencia grave de espiritualidad y cordura.

La importancia fundamental del descubrimiento de Freud no reside en el haber demostrado, en sus primeros estudios sobre la histeria, la

psicogénesis de un trastorno que se observa en el cuerpo, sino en el haber comprendido el carácter histórico-lingüístico de un fenómeno “físico”. La gran mayoría, entre quienes aceptaron la verdad de sus descubrimientos, optó por encerrarlos dentro del marco estrecho de un concepto que provenía de otras fuentes. Comenzó a hablarse entonces de una “*etiología psíquica*” de las enfermedades orgánicas, en un sentido parecido al que daría lugar a la expresión “psiquiatría dinámica”. La inmensa contribución del psicoanálisis a la inteligencia de los significados inconcientes quedó así reducida a una concepción mecanicista que facilitó su aceptación entre los médicos habituados a los razonamientos de la fisiopatología, pero disminuyó la percepción de sus verdaderos alcances.

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

Sin embargo, toda reacción comporta, en el fondo, los mismos defectos que la acción que le dio origen. Los discípulos de Lacan enfatizaron, con razón, esos aspectos “lingüísticos” del pensamiento freudiano que, debido a la intensa resistencia que despertaban en un consenso intelectual regido por otros modelos, habían sucumbido a la represión. Pero también pusieron el mayor empeño en señalar que el psicoanálisis no se refiere, en sus afirmaciones y conceptos, al cuerpo físico o “biológico”, sino que “trabaja” con las representaciones *verbales* del cuerpo. Y que el conjunto entero de representaciones del cuerpo investidas por las pulsiones eróticas constituye el único cuerpo que puede ser “objeto” del psicoanálisis, el “cuerpo del deseo”.

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

no nace como investidura de una pulsión inconciente. La conclusión es similar. Sostienen que existen transformaciones del cuerpo físico que no son el lenguaje “que un órgano habla”.

Podemos dividir artificialmente los problemas que hoy constituyen el punto de urgencia de la psicósomática en tres tópicos que conservan, en el fondo, una identidad de origen.

El primero es un problema que se presenta “en la práctica” como una dificultad en la colaboración entre los médicos que prescriben medicamentos o procedimientos “físicos” y aquellos otros que intentan curar mediante la palabra. Se trata de una confusión de lenguajes en la cual también solemos incurrir, por desgracia, los psicoanalistas. Además de este malentendido permanente, entre patólogos y psicoanalistas, existe también otra dificultad de diálogo entre quienes intentan una medicina psicósomática de orientación psicoanalítica y aquellos que se inscriben en una corriente culturalista que busca “humanizar” la medicina apoyándose fundamentalmente en una psicología de la conciencia.

El segundo problema se constituye alrededor de la cuestión de si existen enfermedades que son psicósomáticas y otras que no lo son, o si, por el contrario, todas las enfermedades son, como el hombre entero, “psicósomáticas”.

El tercero, cuyos “orígenes” pueden encontrarse en el artículo que Freud (1910i*) escribiera acerca de las perturbaciones psicógenas de la visión, en el cual distinguía entre trastornos neuróticos y psicógenos del órgano, adquiere en nuestros días la forma de una rotunda discrepancia entre quienes sostienen que la enfermedad somática es el producto de un defecto de “mentalización” y quienes sostenemos que, por el contrario, es la manifestación de una actividad simbólica inconciente.

Quienes en la década del cincuenta iniciamos nuestra formación psicoanalítica en la Argentina, nos encontramos con una situación privilegiada difícilmente igualable. Disponíamos de la presencia de psicoanalistas como Ángel Garma, Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón-Rivière y Arminda Aberastury, que habían captado la esencia del pensamiento freudiano, y conocían su obra con una profundidad que sólo las personas que unen a una inteligencia excepcional una capacidad intuitiva y afectiva poco común pueden alcanzar. Aunque Rascovsky, Pichón-Rivière y Aberastury nunca se ocuparon de sistematizar en una teoría general su pensamiento en el terreno de la psicósomática, se movían en el mundo de la simbolización somática con una soltura como la que sólo podemos encontrar en Freud, Groddeck o Weizsaecker. Aberastury, además, unía a esa capacidad su conocimiento de la obra de Melanie Klein. Su trabajo en el psicoanálisis de niños, fecundado por su capacidad de leer con facilidad los símbolos corporales, completó los aspectos que Klein no abordó.

Debemos añadir a esto la figura singular de Enrique Racker, quien, dotado de una cultura filosófica y humanística poco común, y conociendo profundamente la obra de Freud y Klein, nos introdujo decididamente en la utilización técnica de la contratransferencia, lo cual implicaba percibir la importancia del lenguaje preverbal. Rascovsky, además, enriqueció ese caldo de cultivo con un aporte que, en esa atmósfera intelectual, era un desarrollo previsible, su insistente defensa del psiquismo fetal, que engendró incomprensiones y cuestionamientos que no siempre se justificaban.

Se explica de este modo que aquellos que tuvimos la oportunidad de formarnos al abrigo de esas enseñanzas, no experimentáramos la necesidad de “retornar” a un Freud que nunca habíamos desestimado. Aunque conocíamos los desarrollos de la Psicología del Yo o de la Escuela Kleiniana, no habíamos quedado encerrados en sus limitaciones. Se explica también el que estuviéramos preparados para retomar, en el punto en que había quedado abandonado, el pensamiento “psicosomático” que Freud, Groddeck y Weizsaecker lograron iniciar.

El hecho de que entre 1946 y 1950 la editorial Pubul, de Barcelona, publicara dos libros de Weizsaecker, *Problemas clínicos de medicina psicosomática* (1941) y *Casos y problemas clínicos. Lecciones de antropología médica en la clínica de medicina interna* (1946-1947), me permitió entrar en contacto con sus ideas cuando aún era alumno en la Facultad de Medicina. De modo que su pensamiento impregnó desde un comienzo mi práctica profesional en la clínica médica. Cuando, pocos años después, inicié mi formación psicoanalítica, me motivaba ya la convicción de que las enfermedades que se manifiestan como trastornos en la estructura o en el funcionamiento del cuerpo, no solamente revelan una alteración del hombre entero, que incluye su alma y su espíritu, sino que *cada una de ellas corresponde a una particular y específica perturbación anímica, distinguible de todas las demás*.

La influencia que el pensamiento de Weizsaecker ha ejercido, tanto en mi trabajo junto a los pacientes, como en el desarrollo de mi manera de concebir la medicina, ha sido, desde entonces, constante y duradera. Esa influencia se fue extendiendo, paulatinamente, hacia un número cada vez más grande de colegas. En 1967 fundamos el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (CIMP)¹¹, y en 1972, un centro asistencial que denominamos Centro de Consulta Médica Weizsaecker (hoy Centro Weizsaecker de Consulta Médica), porque sentíamos la necesidad

¹¹ {El nombre original del CIMP era Centro de Investigación en Medicina Psicosomática, y en 1976, conservando la misma sigla, pasó a llamarse Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática. }

de otorgarle ese homenaje, y porque compartíamos profundamente su manera de concebir la medicina.

Todos estos años dedicados a la investigación del significado inconciente de las distintas enfermedades somáticas nos han convencido de que la teoría que nos permite concebir mejor la relación que existe entre psiquis y soma nace de lo que Freud pensaba acerca del “pretendido concomitante somático”, y nos conduce a sostener que psiquis y soma son categorías que establece la conciencia.

Freud, en 1938, en su *Esquema del psicoanálisis* (Freud, 1940a [1938]*), señala que las series psíquicas *concientes* forman cadenas de significación a las cuales les faltan algunos eslabones, y que la psicología, por este motivo, se vio forzada a crear la idea de que estas series interrumpidas se hallaban vinculadas entre sí por un concomitante somático. Sostiene que *la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis es que estos pretendidos concomitantes somáticos, expresados en términos de un significado que cierra la brecha de la cadena psíquica conciente, no son otra cosa que lo psíquico inconciente*, o, mejor dicho, lo genuinamente psíquico, porque la conciencia es un carácter accesorio que se agrega a algunos de ellos solamente. Si quisiéramos esquematizar la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, creo que deberíamos decir que *lo psíquico inconciente equivale al significado específico de lo que la conciencia registra como cuerpo*.

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

Es evidente que existen muchos sectores de la realidad acerca de los cuales tenemos un registro “doble”, es decir, uno en cada una de las dos organizaciones conceptuales. Cuando esto ocurre, a veces podemos encontrar una correspondencia “punto por punto” entre ambos registros, de manera que aquello que desde un ángulo se percibe como forma, función, trastorno, evolución o desarrollo corporales, desde el otro es experimentado como una determinada fantasía, es decir, como un significado específico, inherente a ese particular existente material. ¿No es entonces natural suponer que nuestra conciencia puede crecer, en conocimiento y poder, ampliando la extensión del sector de realidad que puede comprender de una manera “doble”? Este camino, en verdad, es el mismo que iniciara Freud, cuando al contemplar los trastornos físicos de la histeria como se

contempla un jeroglífico, interpretó su significado inconciente, y consiguió, de este modo, restablecer la continuidad de sentido, interrumpida, de algunas series psíquicas concientes.

Algunos colegas psicoterapeutas piensan, en lo que respecta a este punto, que una cosa es la histeria, o las enfermedades somáticas que radican en las zonas erógenas que alcanzaron su primacía en la infancia, involucradas en una intensa investidura libidinosa, y otra un tumor de la vesícula biliar, que transcurre en el interior de una estructura que jamás pudo ser reprimida, porque nunca formó parte de la vida erótica conciente. Aunque algo diré más adelante, no puedo presentar ahora las razones, expuestas en numerosos trabajos que, sin anular esa distinción entre histeria y tumor vesicular, permiten comprender que ambos tipos de trastorno puedan ser interpretados como un lenguaje inconciente.

Una vez que comprendemos que el conocimiento científico no es propiedad unilateral de las ciencias naturales, comprendemos también la importancia del error en que incurrimos cuando pensamos con conceptos tales como el de “suelo” biológico, o nos expresamos en términos del “sustrato” físico de una realidad psíquica. Procedemos entonces como si las ciencias naturales tuvieran la última palabra acerca del grado de verdad que poseen los resultados de nuestras investigaciones, en lugar de constituir otro campo de trabajo con sus propios aciertos y sus propios errores.

Ampliar la extensión del sector de realidad que la conciencia puede comprender de una manera “doble” no equivale solamente a interpretar el significado psíquico inconciente de una enfermedad somática, implica también la posibilidad de contribuir desde ambos ángulos al progreso teórico. Cuando Freud, en 1895, en su “Proyecto de psicología” (1950a [1895]*), describió las barreras de contacto, describía, tal como se presentaba en su campo de trabajo, el mismo segmento de realidad al cual Sherrington, desde la neurología, se referiría dos años después con el nombre de sinapsis neuronal. La investigación de las fantasías inconcientes más profundas inherentes a la acción farmacológica del opio nos llevó a escribir en 1969 (Chiozza y colab., 1969c), seis años antes de que se descubrieran las endorfinas, que la acción de la morfina podía tal vez concebirse como una opoterapia, es decir, como una terapéutica que reemplaza sustancias que existen naturalmente en el organismo que se trata y que producen el mismo efecto.

La emoción es un tipo de proceso intermedio que participa de las características del símbolo y el signo. Por este motivo pudo decir Freud que el afecto, equivalente a un ataque histérico universal y congénito, es una reminiscencia y, al mismo tiempo, un suceso “real”, una descarga actual que afecta al yo. La teoría psicoanalítica de los afectos nos ofrece la

ventaja de un concepto dentro del cual desaparece la tradicional alternativa entre psiquis y soma.

La metapsicología psicoanalítica sostiene que la acción eficaz hace cesar la excitación que emana de la fuente pulsional. Podemos decir, desde este punto de vista, que en el camino que transcurre desde el impulso hasta la acción sobre el objeto, el afecto es una descarga vegetativa, una acción motora cuya magnitud constituye una serie complementaria con la magnitud que se descarga en la acción eficaz. La emoción se percibe entonces como un suceso físico actual que, al mismo tiempo, puede ser interpretado como un fenómeno psíquico, como un acontecimiento que encierra un significado históricamente comprensible.

Expresándonos de un modo muy esquemático, diremos que en las neurosis se desplaza un afecto, a los fines de evitar el displacer, de una representación a otra, y que, en cambio, en las psicosis, lo esencial del mecanismo defensivo consiste en alterar el juicio de realidad, de modo que el desarrollo de un afecto que hubiera sido penoso queda sustituido por la descarga de otro, acorde con una realidad que ha sido deformada para satisfacer una fantasía optativa. Tanto en una como en otra enfermedad, los modos de organización de la defensa permiten que los procesos de descarga se realicen de acuerdo con las claves normales de inervación de los afectos.

Podemos sostener, en los términos de la metapsicología, que en la enfermedad somática el proceso defensivo altera el equilibrio con el cual el montante de afecto inviste los distintos elementos de la clave de inervación, determinando que la descarga se realice de un modo que torna irreconocible la cualidad de ese particular afecto, y conduce a que *la conciencia lo experimente como un fenómeno somático privado de toda significación afectiva*. Se trata de la diferencia que existe entre el llanto y la epífora.

En resumen: el desplazamiento que en las neurosis se efectiviza transcurriendo desde una representación a otra, en las enfermedades que, desde la conciencia, consideramos somáticas, ocurre dentro de la idea inconciente que constituye una clave de inervación, mediante la sobreinvestidura de algunos de sus elementos a expensas de la investidura de otros. Así como en todo individuo normal funcionan mecanismos neuróticos y psicóticos, funcionarán también, normalmente, estos aspectos o mecanismos que, a falta de nombre mejor, llamamos patosomáticos.

En todo paciente que recurre a un médico porque se considera físicamente enfermo, cabe distinguir dos tipos de fenómenos, los *signos físicos*, que registra el médico y el paciente ignora, y los *síntomas "somáticos"*, que el paciente recibe en la conciencia como sensaciones "físicas" privadas de un significado psíquico intrínseco o primario. A esto último el paciente se refiere diciendo que son síntomas o sensaciones de

origen físico. No existe otra posibilidad, porque cuando el paciente es capaz de comprender, de un modo que no sea meramente intelectual, el significado psicológico del fenómeno que lo aqueja, *jamás categoriza a su trastorno como síntoma de una enfermedad*, sino que lo experimenta como un afecto penoso que puede integrar, en una coherencia de sentido, con el conjunto entero de sus vicisitudes vitales.

Si, desde una óptica psicoanalítica, contemplamos a la fisiología, diremos que es aquella parte de la ciencia que se ocupa de los signos cuyo significado psicológico (sea como signo expresivo o como símbolo representante) ha quedado fuera de una conciencia que, de este modo, queda liberada para nuevas tareas. La fisiopatología, en cambio, describe signos cuyo significado psíquico permanece inconciente como resultado de una “defensa” cuyos productos, *como psicoanalistas*, aspiramos a mejorar.

La obra de Weizsaecker inicia el dificultoso camino hacia la posibilidad de influir sobre las enfermedades somáticas mediante la “lectura” de los símbolos *específicos* que cada una de ellas constituye. Esa influencia es escasa todavía, comparada con la que se ejerce cotidianamente mediante la terapia que se dirige a las resignificaciones secundarias de esos mismos símbolos. Son las resignificaciones que corresponden a los “traumas” infantiles o al complejo de Edipo “clásico”. Pero la influencia terapéutica derivada de la interpretación de las resignificaciones secundarias no alcanzará jamás el grado de eficacia que cabe esperar de la interpretación de los significados primarios, y específicos, correspondientes a los símbolos inconcientes implícitos en la constitución de cada signo.

En los años transcurridos desde 1972 estudiamos, junto con un grupo de colegas, unas 2.000 historias de otros tantos enfermos. Si el espacio del cual dispongo lo hubiera permitido, habría presentado los problemas que se plantean a la psicósomática actual, relatando, resumidamente, tres historias, entre las múltiples que tuvimos la oportunidad de contemplar. Hubiera elegido el caso de un niño de ocho años que sufría un herpes ocular recidivante, el cual, afectando el mismo ojo por tercera vez, lo colocaba en grave riesgo de perder la visión, el de un melanoma metastásico en un hombre joven y el de una mujer con una leucemia linfoblástica aguda¹². Los hubiera elegido precisamente porque los tres enfermos padecían enfermedades que no suelen considerarse psicósomáticas, porque enfrentaban un trastorno grave, dos de ellos una enfermedad mortal, y porque los tres recuperaron la salud. Tengo plena conciencia de que estos tres casos no son suficientes para

¹² Una versión resumida de esas historias fue publicada en *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (Chiozza, 1986b). {Véanse los capítulos IX, X y XII de *¿Por qué enfermamos?*, OC, t. XIV.}

demostrar que, con la ayuda del psicoanálisis, se pueden curar enfermos frente a los cuales la medicina tradicional posee muy poca confianza en sus propios recursos, pero me hubiera gustado presentarlos por otras razones. No sólo al comparar esas historias resulta evidente que *son tan distintas entre sí como lo son las enfermedades que sus protagonistas padecían*, sino que *nos muestran la posibilidad de comprender los trastornos del cuerpo como los signos de un lenguaje inconciente que completa el sentido de la biografía conciente*.

Iniciamos el camino que recorriera Weizsaecker, sumidos en la impotencia del que comienza a comprender sin poder influir, y sintiendo la necesidad de encontrar un lenguaje capaz de producir un cambio en la enfermedad del cuerpo. Pronto nos dimos cuenta de que cuando interpretamos una enfermedad somática cuyo tratamiento habitual es difícil, ya sea porque evoluciona tórpida y crónicamente, o porque su desenlace es mortal, y descubrimos su significado como crisis y punto de ruptura en la trayectoria vital de un ser humano, nos enfrentamos con una “enfermedad psicológica” igualmente grave, y con una tarea psicoterapéutica que presenta una análoga dificultad. Así nos encontramos, durante mucho tiempo, desarmados e impotentes frente a enfermedades como el cáncer, la diabetes o la esclerosis en placas, sintiéndonos perseguidos por nuestra imposibilidad de mejorar las “cifras estadísticas” de las enfermedades que tratamos. Nos sentimos, también, obligados a refugiarnos en la convicción de que nuestra interpretación habría de alcanzar alguna clase de eficacia o, cuando menos, traducirse en una más adecuada profilaxis.

Los progresos que obtuvimos en la comprensión del significado inconciente de las cardiopatías isquémicas nos condujeron hacia nuevas exigencias en lo que respecta al contenido vivencial, la formulación verbal y la autenticidad contratransferencial durante la comunicación de nuestras interpretaciones al enfermo somático. De este modo, paulatinamente, llegamos a experimentar el sentimiento de que algunos de nuestros pacientes graves “responden” a nuestro tratamiento; su mejoría somática adquiere la apariencia de la continuación de un diálogo simbólico inconciente similar, aunque distinto, de aquel otro que estamos acostumbrados a presenciar durante el psicoanálisis de los enfermos neuróticos. Nuestra convicción va creciendo, pero nuestro “diálogo” es todavía un balbuceo torpe, y nuestra convicción deberá esperar aún mucho tiempo para adquirir la fuerza con la cual hoy creemos en otras terapias. Eso sólo podrá llegar a suceder como resultado de una labor ampliamente compartida. Entonces habremos retribuido a Weizsaecker, mediante la materialización de su sueño, una parte del legado que en nuestras manos dejó.

**LA CONTRIBUCIÓN DE WEIZSAECKER
A UNA NUEVA CONCEPCIÓN
DE LA MEDICINA**

**PRÓLOGO A *GUARIRE TUTTO L'UOMO*
DE SANDRO SPINSANTI**

(1988)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1988d) “La contribución de Weizsaecker a una nueva concepción de la medicina. Prólogo a *Guarire tutto l'uomo* de Sandro Spinsanti”.

Primera edición en italiano

“Prefazione. Il contributo di Von Weizsäcker a una nuova concezione della medicina”, en Sandro Spinsanti, *Guarire tutto l'uomo*, Edizioni Paoline, Roma, 1988, págs. 5-12.

Parte de este texto se incluyó, con modificaciones, en el “Prólogo a *Patosofía* de Viktor von Weizsaecker” (Chiozza, 2005e [1988-2005]), OC, t. VII.

El hecho de que entre 1946 y 1950 la editorial Pubul de Barcelona publicara dos libros de Viktor von Weizsaecker, *Problemas clínicos de medicina psicosomática* (1941) y *Casos y problemas clínicos* (1946-1947), me permitió entrar en contacto con sus ideas muy al comienzo de mi formación médica, cuando aún era alumno en la Facultad de Medicina. La influencia que su pensamiento ha ejercido, tanto en mi trabajo junto a los pacientes, como en el desarrollo de mi manera de concebir la medicina, ha sido, desde entonces, constante y duradera. Sus libros, que periódicamente releo desde hace más de treinta años, nunca han dejado de conmoverme o de aportarme alguna nueva luz, antes desapercibida, en cada nueva lectura.

La obra de Viktor von Weizsaecker nos coloca frente a la tarea de rediseñar, sobre bases epistemológicas distintas de las habituales, la medicina entera, en el contacto vivo del médico con la totalidad humana del enfermo.

En nuestros días, ya casi nadie ignora que la ciencia física se ha encontrado obligada a incluir al “sujeto” observador en el campo de estudio de sus experiencias “objetivas”, y asistimos, en los terrenos más disímiles del conocimiento, a una total renovación de los fundamentos que desdibuja las fronteras entre las distintas disciplinas. En estas circunstancias, las ideas de Weizsaecker pueden encontrar más fácilmente lugar y compañía en el edificio de la cultura. Pero, si tenemos en cuenta la época en que Weizsaecker realizó su obra, no puede dejar de sorprendernos la grandeza de su espíritu, la segura intuición que lo condujo a predecir un cambio que, todavía hoy, recién comienza y su excepcional capacidad para soportar la tortura de la soledad implícita en la inevitable incomprensión de su entorno intelectual.

El intento de definir, aunque sea de un modo parcial e impreciso, en qué consiste la contribución de Weizsaecker, lleva implícito tener en cuenta

el contexto constituido por la corriente cultural en la cual hunde sus raíces. Es el mismo contexto en el cual surgieran dos hombres muy distintos de Weizsaecker, y muy distintos entre sí, cuyas obras, sin embargo, tienen mucho en común: Sigmund Freud y Geörg Groddeck.

Describir ese contexto, que floreció fructíferamente en Alemania, alcanzando en su época la cumbre del pensamiento occidental, no es una tarea que yo pueda emprender prolijamente. Bástenos decir entonces que encontramos en la gigantesca figura de Goethe el diapasón privilegiado en el cual resuena esa cultura, diapasón que nos transmite de una manera que es a la vez racional e intuitiva, de una manera “holística”, la esencia de una nueva forma del pensar. Creo que, por este motivo, pudo decir precisamente Freud, el creador del psicoanálisis, que la lectura precoz del ensayo de Goethe acerca de la naturaleza determinó su vocación de médico.

Tanto Weizsaecker como Groddeck comprendieron que la enfermedad del cuerpo podía ser contemplada como una forma más del ejercicio simbólico. Ambos sintieron también que la magnitud de la tarea que se avizoraba era superior a sus fuerzas. Tanto uno como otro recurrieron a Freud, buscando disminuir su sentimiento de soledad frente a las dificultades de semejante empeño. Freud, sin embargo, embarcado en otra lucha titánica, les ofreció su simpatía y su interés; les otorgó repetidamente su estímulo en la prosecución de ese camino, pero se rehusó a acompañarlos. Tal vez no se atreviera a añadir un nuevo motivo a las resistencias que ya despertaba el psicoanálisis.

Ambos, Groddeck y Weizsaecker, ingresando en los confines de una nueva ciencia, con problemas que también se plantearon de una manera nueva, se manifestaron, explícitamente, igualmente reacios a trazar un sistema. Solemos decir, acerca de Groddeck, que no formuló una teoría. Tal vez sea más acertado sostener que su teoría funciona tan alejada de los parámetros habituales de la “formación de sistemas”, que no parece teoría. El caso de Weizsaecker es distinto. Su formación multidisciplinaria era tan profunda y extensa que, más allá del sentido y del valor indudable de su obra, su esfuerzo por trazar un puente entre el pensamiento habitual y lo aparentemente “impensable”, deja la impresión de un fracaso que al mismo tiempo es, casi, un logro. La impresión de fracaso deriva de que su lectura es difícil, en la medida en que es difícil descubrir, en su inteligencia, un sistema. La impresión de que es “casi un logro” proviene, creo, de que su pensamiento parece menos “místico” que el de Groddeck, porque ofrece fundamentaciones filosóficas y científicas más explícitas.

No es esta la ocasión apropiada para intentar siquiera un escueto resumen de los conceptos más importantes dentro de lo que constituye el legado de Weizsaecker. El libro de Spinsanti que tengo el honor de prologar

se introduce decididamente en una labor semejante y lo hace con plena solvencia. Escribiré algunas palabras, sin embargo, acerca del significado que adquiere para la medicina un aspecto fundamental de su obra. Es el aspecto que más ha influido en mi destino intelectual como médico y como psicoterapeuta, y es también, por lo tanto, el que mejor conozco.

Los conceptos de Weizsaecker que afectan a la concepción de la medicina con una trascendencia que, a primera vista, no se sospecha, son muchos, y debo limitarme a señalar algunos.

A partir de sus experiencias en neurofisiología, formula su tesis acerca del “cambio funcional” (la función es función de la función) y sostiene que la interrelación recíproca entre percepción y movimiento forma, en el acto biológico, una unidad indisoluble. Estas ideas lo conducen a afirmar que los enfermos son “objetos que contienen un sujeto”, y a insistir, más tarde, en que el acto médico debe ser entendido como un “trato recíproco”, como una “camaradería itinerante” con el paciente.

No sólo la física, como dije antes, sino también la psicología, habrían de reconocer de manera creciente la importancia de incluir al observador en el campo de estudio, hasta el punto en que la interrelación, primero, y la red interpersonal y “ecosistémica”, después, llegan a ser la meta privilegiada de la investigación psicológica.

En la concepción clásica de la medicina, la realidad del enfermo es una realidad fundamentalmente física. Una realidad que admite cuestiones acerca de los mecanismos que constituyen las relaciones de causa-efecto. Una realidad que nos permite interrogarnos acerca de su naturaleza, de su peculiar modo de ser; en otras palabras, una realidad ontológica.

En la concepción de Weizsaecker, la realidad del enfermo es siempre, además, una realidad psíquica tan primaria como la realidad física. Una realidad que admite cuestiones acerca de los significados que constituyen la relación símbolo-referente. Una realidad que nos permite interrogarnos acerca de su sentido, de su peculiar modo de manifestarse como *pathos*. Por este motivo, Weizsaecker hablará de una realidad pática y de un pentagrama pático, formados por las categorías “querer”, “poder”, “deber”, “estar obligado” y “tener permiso”.

Si cabe decir, de modo metafórico, que el pensamiento causal empuja al enfermo “desde atrás”, desde el antecedente hacia el presente, las categorías páticas de Weizsaecker, obrando como un sentido de la vida, lo traccionan “hacia adelante”, desde el presente hacia la meta. En este punto inserta Weizsaecker lo que denomina su “pequeña filosofía de la historia”: imposible es lo realizado; posible, en cambio, es lo no realizado.

Weizsaecker dirá también que, en el terreno de la vida, existe un más allá que contradice a la lógica, en el sentido de que parte de lo que sucede

no puede ser representado de un modo lógico. En otras palabras: la vida se expresa tanto lógicamente cuanto antilógicamente.

Mencionemos por fin, entre los conceptos que constituyen su antropología médica, aquel que Weizsaecker considera más peculiarmente suyo. Se trata de lo que denomina “formación del ello”. Con él se refiere a un suceso por mediación del cual se produce al mismo tiempo una realidad objetiva y una idea. Huiremos aquí de la tentación de trazar las diferencias entre este “ello” de Weizsaecker y el “ello” de Groddeck o de Freud. Lo cual probablemente mostraría que esas concepciones diferentes se originan en una subyacente realidad común. Mencionaremos en cambio la importante conclusión a la cual Weizsaecker arriba a partir de este concepto de la formación del ello. Una idea realmente nueva, sostiene, es sólo aquella con la que tiene lugar también un suceso realmente nuevo, ya que ambas cosas vienen a ser lo mismo. Volvemos así, luego de un largo periplo, y a través de una formulación que se refiere a una realidad que trasciende los límites del individuo, a la tesis de la unidad psicofísica indisoluble de todo acontecimiento biológico.

La influencia que ha tenido la obra de Weizsaecker sobre la medicina que habitualmente se practica ha sido, ciertamente, escasa. En una época como la nuestra, en que los logros de la técnica nos conmueven cotidianamente con sus contribuciones asombrosas, no hay lugar ni íntima disposición para reflexiones tan profundas, aparentemente tan alejadas del mundo simplificado de los “hechos objetivos”. Sin embargo, la crisis nos rodea por doquier. No sólo en el ámbito de la medicina en tanto procedimiento concreto, sea diagnóstico o terapéutico, sino también en el terreno ubicuo de la ética, de la convivencia humana, de la solidaridad y de la responsabilidad. En otras palabras, de todo cuanto se refiere al establecimiento de valores y creencias. Por más importantes e impostergables que parezcan los urgentes problemas, políticos, económicos, sociales, alimentarios o epidemiológicos, a pesar de que los problemas perentorios generados por la violencia y la agresión, por el desorden ecológico, por la incomunicación o por la superpoblación, parezcan constituir el punto privilegiado para nuestra inmediata ocupación, debemos tener conciencia clara de que nuestro mundo actual carece de creencias y valores universalmente compartidos que funcionen a la altura de nuestra actual necesidad y, por este motivo, huyendo de la tentación equívoca que nos induce un sentido común que ahora es anacrónico, debemos volvernos hacia la filosofía, hoy desprestigiada en todo cuanto no sea metodología de la ciencia al servicio de la técnica. Y debemos volvernos hacia la filosofía, en búsqueda de logros mediatos pero sólidos, en búsqueda de una sabiduría que sea algo más que erudición, algo más que “saber cómo”

producir, en búsqueda de un conocimiento que sea significado y no mera y desjerarquizada información, a fin de poner orden en nuestro caos desde metamodelos de pensamiento generales y compartidos, desde principios que, al llegar a ser consenso, puedan funcionar como estructura en una atmósfera de paz y libertad.

En el terreno de la medicina, que es el que conozco, la obra de Weizsaecker perdura y se abre paso, desde las fuentes subterráneas de nuestra actual cultura, confluyendo con otras, como confluyen los ríos, que vienen desde lejos para llegar al mar. Desde que comencé a disfrutar de su lectura, fui encontrando, aquí y allá, siempre del modo más inesperado, espíritus gemelos laborando en la misma dirección. No es este el lugar ni la ocasión adecuada para intentar siquiera un inventario de esa gigantesca labor. Bastará con que diga que las aguas de esos ríos se hallan ya muy cerca de su desembocadura en el mar.

Agreguemos unas pocas consideraciones acerca de los desarrollos que la obra de Weizsaecker engendró en nuestro medio. Su influencia comenzó por consolidar nuestro convencimiento de que las enfermedades que se manifiestan como trastornos en la estructura o en el funcionamiento del cuerpo, no solamente revelan una alteración del hombre entero, que incluye su alma y su espíritu, sino que cada una de ellas corresponde a una particular y específica perturbación anímica, distinguible de todas las demás. A partir de este punto, sumidos en la impotencia del que comienza a comprender sin poder influir, sentimos la profunda necesidad de encontrar un lenguaje capaz de producir un cambio en la enfermedad del cuerpo.

En la fase sucesiva llegamos a comprender que cuando interpretamos una enfermedad somática cuyo tratamiento es difícil, sea porque su evolución es tórpida y crónica, sea porque su curso habitual conduce a la muerte, y descubrimos su significado como crisis y punto de ruptura en la trayectoria vital de un ser humano, nos enfrentamos con una “enfermedad psicológica” igualmente grave, y con una tarea psicoterapéutica que presenta una análoga dificultad. Así nos encontramos, durante mucho tiempo, desarmados e impotentes frente a enfermedades como el cáncer, la diabetes o la esclerosis en placas, sintiéndonos perseguidos por nuestra imposibilidad de mejorar las cifras estadísticas acerca de la evolución de las enfermedades que tratamos. Sintiéndonos, también, obligados a refugiarnos en la convicción de que nuestra interpretación habría de alcanzar alguna clase de eficacia o, cuando menos, traducirse en una más adecuada profilaxis.

Sin embargo, los últimos progresos obtenidos en la comprensión del significado inconciente de las cardiopatías isquémicas nos condujeron hacia nuevas exigencias en lo que respecta al contenido vivencial, la formulación verbal y la autenticidad contratransferencial durante la comunicación

de nuestras interpretaciones al enfermo somático. En otras palabras: aprendimos a distinguir entre un primer conocimiento, intelectual, de los significados inconcientes de cada enfermedad somática, y una segunda instancia, mejor elaborada en el lenguaje cotidiano de la vida, que deriva de la capacidad del terapeuta para mantener abierto el camino por el cual, desde su propio inconciente, nace una interpretación impregnada de afecto y convicción auténticos.

Desembocamos así, casi inesperadamente, en la intrigante situación del que se halla explorando activamente una máquina mal conocida y compleja que de pronto comienza a funcionar. Nos encontramos ahora frente al sentimiento, nuevo, de que entre las palancas que hemos desplazado, se encuentra la que ejerce la acción eficaz. Algunos de nuestros pacientes graves “responden” a nuestro tratamiento. Su mejoría somática adquiere la apariencia de la prosecución de un diálogo simbólico inconciente similar, aunque distinto, de aquel que la psicoterapia habitual de los conflictos neuróticos nos ha acostumbrado a presenciar. Esto nos permite avizorar el día, cada vez más cercano, en que resultados como éstos se traducirán en una variación de las cifras estadísticas. Habremos así retribuido a Weizsaecker, entre todos, y mediante la materialización de su sueño, una parte del legado que en nuestras manos dejó.

Hagamos por fin una breve referencia a la dimensión espiritual de la obra de Weizsaecker, dimensión que impregna todas sus ideas y que se evidencia claramente en sus conceptos de “reciprocidad en la vida” y “solidaridad en la muerte”. Es esta dimensión, precisamente, aquella a la cual Spinsanti dedica la mayor parte de su empeño.

Además del interés que la lectura de este libro suscita, tengo la seguridad de que el lector que recorra sus páginas sentirá emerger la incitación a un cambio que abre las puertas de la trascendencia.

LO PSICOSOMÁTICO

(1995 [1988])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995u [1988]) “Lo psicossomático” [II].

Ediciones en castellano

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

El contenido de este trabajo corresponde a las intervenciones del autor en una mesa redonda organizada por la *Revista de Psicoanálisis* de la Asociación Psicoanalítica Argentina. El debate completo se publicó en M. Békei, M. Chevnik, L. Chiozza, J. C. Gorlero y L. Kowenski (coord.) (1988b), “Lo psicossomático” [I].

Definiciones preliminares de “soma”, “psiquis” y “psicosomático”

La cuestión psicossomática tropieza siempre con una dificultad: operan en nosotros una cantidad de sobreentendidos que no son concientes y que nos llevan a utilizar frecuentemente los mismos términos para designar cosas distintas, de modo que lo que parecía ser una discrepancia de ideas suele ser, muchas veces, un malentendido.

Desde el comienzo se plantean tres preguntas. ¿Qué entendemos por soma? ¿Qué entendemos por psiquis? ¿Qué entendemos por psicossomática?

Esquemáticamente puede decirse que “somático”, “material” o “físico”, es todo aquello que posee caracteres organolépticos, es decir: que se presenta a la percepción sensorial (incluyendo las prolongaciones instrumentales de la percepción). “Psíquico”, en cambio, es todo aquello que posee un significado. No está de más aclarar que lo que se “percibe” de una palabra es su parte “física”, sea acústica o visual. Su “parte psíquica”, el significado, no se percibe sensorialmente, se interpreta.

Podemos identificar dos organizaciones conceptuales en la conciencia: una polarizada por la ciencia física, que da lugar a la química, o a la fisiología, por ejemplo, y la otra, representada por la historia, en torno a la cual podemos agrupar ciencias como la psicología o la sociología. Esto corresponde a la conocida división entre ciencias de la naturaleza y ciencias del espíritu. Es obvio que la realidad se resiste a ser “forzada” unilateralmente dentro de una de estas dos conceptualizaciones, lo cual equivale a decir que “soma” y “psiquis” mantienen relaciones entre sí.

Así nace la cuestión psico-somática y, junto con ella, nace el drama que consiste en el intento de comprender a qué categoría pertenece el guión que une, o separa, las dos partes de la palabra. De más está decir que cuantas veces se ha explorado la “relación” psicossomática se ha tratado implícitamente a ese guión como si fuera físico, permaneciendo así, siempre, en una de las dos orillas que se intentaba vincular. Es habitual pensar, equivocadamente, que el hipotálamo, o el sistema endócrino, “median” entre psiquis y soma, sin cobrar conciencia de que la dificultad en comprender la relación entre lo psíquico y el cerebro o el hipotálamo no es menor que la que encontramos cuando procuramos concebir la relación entre los pensamientos y el riñón.

Hacia una teoría psicoanalítica de los trastornos psicossomáticos

Aunque Freud no articuló en un cuerpo de teoría los elementos que, dentro del psicoanálisis, son claves para comprender la cuestión psicossomática, creo que es un error decir, como suele oírse, que no puede trazarse una teoría psicoanalítica del trastorno psicossomático.

Un elemento clave lo encontramos en la teoría de los afectos. Freud (1900a [1899]*) señalaba que cuando soñamos con ladrones, y tenemos miedo, los ladrones podrán ser imaginarios, pero el miedo es real. De este modo subrayaba el carácter de descarga “actual” (Freud, 1915e*) que es propio de los afectos, pero también sostenía que todo afecto, en tanto equivalente a un ataque histérico universal y congénito, es una “reminiscencia” (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*). Otro elemento clave es su teoría de las zonas erógenas (Freud, 1905d*, 1915c*, 1924c*). Los psicoanalistas no hablamos de fantasías orales por casualidad, sino que las llamamos orales porque su órgano fuente es la boca. Es decir que la teoría psicoanalítica sostiene que las fantasías orales derivan de una fuente específicamente cualificada que determina su peculiar calidad. Suponemos entonces que un mismo existente inconciente, la zona erógena “boca”, penetra en la conciencia de dos maneras distintas. Una de ellas son las pulsiones orales que determinan las fantasías orales; la otra son las representaciones que configuran en la conciencia nuestra percepción del órgano material que denominamos “boca”. Con esto estamos admitiendo que la teoría psicoanalítica concibe y conceptualiza una relación, que además es específica, entre un órgano corpóreo, la boca, y una particular cualidad de fantasías. Freud (1915c*) sostenía, al respecto, que del examen de los fines del instinto es posible deducir cuáles son las zonas erógenas, cualitativamente diferenciadas, que le han dado origen.

Encontramos además otros elementos, claramente explicitados por Freud, que nos orientan en la misma dirección. No sólo ha sostenido, por ejemplo, que el órgano “habla” (Freud, 1915e*), sino que el síntoma orgánico “interviene en la conversación” (Freud y Breuer, 1895d*, pág. 301) como un “dialecto” de lo inconciente y, también, que la histeria (incluye aquí lo que denomina “histerias vegetativas”) tal vez no se limite a simbolizar los usos del lenguaje, sino que obtenga sus materiales, junto con tales usos, de una misma fuente inconciente (Freud y Breuer, 1895d*).

Sin embargo, es en una de sus últimas obras, en 1938, donde nos brindará el elemento más categórico. Sostiene allí entonces que la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis consiste en afirmar que el pretendido concomitante somático de los procesos psicológicos conscientes no es otra cosa que lo psíquico inconciente, capaz de rellenar la brecha de los eslabones faltantes en las series psíquicas conscientes (Freud, 1940a [1938]*).

En lo que respecta a qué es lo que debemos entender por psicósomática, debemos tener en cuenta que con la misma palabra se suelen designar cosas muy diferentes. Se utiliza muchas veces esa palabra para referirse a una especialidad dentro de la medicina, lo cual supone sostener que hay enfermedades que son psicósomáticas y otras que no lo son. Así, en el tratado de medicina general de Pedro-Pons, por ejemplo, se incluye a las enfermedades psicósomáticas en el tomo que se ocupa de los trastornos psiquiátricos y neurológicos. En la opinión de la mayoría de los autores que sustentan esta posición, las enfermedades psicósomáticas se constituyen de un modo “psicogenético”. Dicho en otras palabras: se interpreta que son enfermedades producidas por una causa psíquica. En la conceptualización de otros autores, entre los cuales me incluyo, la relación psicósomática no implica necesariamente una relación de causa-efecto, en la medida en que “psíquico” y “somático” equivalen a dos caras de una misma moneda. Desde este último punto de vista, el hombre entero es “psicósomático”, y cuando enferma, no pierde, ni su enfermedad tampoco, la condición psicósomática.

Hay enfermedades, como la melancolía, en las cuales no hemos encontrado todavía una alteración de la estructura material; otras, como el cáncer de esófago, en las cuales es difícil admitir un significado específico primario, distinto de las significaciones que “revisten” a la enfermedad configurando una patoneurosis. La parálisis histérica, antes de Freud, “era” una enfermedad física, luego de su interpretación psicoanalítica pasó a ser considerada una enfermedad psíquica, pero, rigurosamente hablando, es psicósomática, no por obra de sus mecanismos genéticos, sino porque en ella registramos alteraciones en ambos cuadrantes.

En la tarea de trazar un encuadre teórico para la psicósomática, podemos partir de la metapsicología de los afectos. Freud (1915d*, 1915e*)

sostenía que el verdadero motivo de la represión era el de impedir el desarrollo de un afecto que generaría placer en un sistema y displacer en el otro. En el caso de las neurosis, la transacción se logra desplazando el afecto de una representación a otra; en el caso de las psicosis se altera el juicio de realidad a los fines de sustituir un afecto por otro. Tanto en las neurosis como en las psicosis, los afectos que se descargan son siempre reconocidos, por la conciencia, como tales. La teoría que proponemos surge, entonces, de considerar que el desplazamiento puede transcurrir “dentro” de la misma clave de inervación de los afectos, sobrecargando alguno de sus elementos en detrimento de otros. Cuando ocurre esta deformación “patosomática” de un afecto (por ejemplo, la tristeza-llanto), se pierde la conciencia de su significado afectivo, y el afecto deformado pasa a ser categorizado como un síntoma somático (epífora en el ejemplo citado).

Si tenemos en cuenta este concepto de una “enfermedad de los afectos”, se comprende a qué se refería Marta Békei cuando dijo que yo no estoy de acuerdo con que los pacientes “psicosomáticos” son distintos de los otros y evidencian un déficit en los procesos de simbolización. En realidad no estoy en desacuerdo con la teoría del déficit simbólico por lo que esta teoría afirma (entre paréntesis no ha sido, para mi gusto, Marty, sino Meltzer, comentando la obra de Bion, quien ha desarrollado una fundamentación teórica más completa en esa dirección, véase Chiozza, 1985b), sino por lo que calla, porque no da cuenta de toda la riqueza simbólica inconciente que se oculta en la sintomatología somática, más allá de las dificultades que plantea su interpretación. Creo que para aclarar esta cuestión deberíamos tal vez hablar un poco de lo que entendemos por símbolo. Susan Langer (1941) ha replanteado la filosofía alrededor del problema de la simbolización. Su definición de “símbolo”, entre la profusa literatura que al respecto existe, me parece, de lejos, la mejor lograda. De acuerdo con Susan Langer, el signo es una señal que indica, específicamente, una presencia; y el símbolo, una representación que alude, o evoca, a un particular ausente.

Hace un momento se dijo que la formación de símbolos es una respuesta a la necesidad de elaborar una ausencia traumática, oponiendo luego este pensamiento a las ideas de Winnicott acerca de la actividad creativa como producto de una buena relación niño-madre que posibilita un “espacio de ilusión”. Bion habla, en un sentido similar, de una madre con capacidad de “*rêverie*” que ayuda a su hijo en el proceso de simbolización. Por otro lado Freud (1950a [1895]*) sostiene, ya desde el “Proyecto de psicología”, que todo pensamiento nace de una frustración. Creo que, bien mirado, no existe contradicción entre estos términos, porque la ausencia traumática determina la necesidad del símbolo, mientras que una buena relación con el objeto ayuda a simbolizar. En cuanto a la existencia de difi-

cultades de simbolización en la enfermedad somática, creo que el equívoco reside en que no tenemos suficientemente en cuenta la existencia de una simbolización que permanece inconciente, cuyos procesos penetran en la conciencia bajo la forma de un trastorno asimbólico.

En resumen, diría que hay enfermedades que se manifiestan a la percepción conciente del observador, o del propio sujeto, como una alteración “puramente” somática, y otras que se manifiestan con un significado inherente que conduce a que se las experimente como un fenómeno unilateralmente psíquico. Pero también existen otras que se manifiestan, sucesiva o simultáneamente, a la percepción conciente del médico o del enfermo, de una manera doble. Además, en cada uno de nosotros, nos consideremos enfermos o sanos, así como existe una parte de la personalidad en la cual operan mecanismos neuróticos y otra donde operan mecanismos psicóticos, existe una parte “patosomática”. De hecho, la caries dental, las várices, los vicios de refracción óptica, etc., son procesos tan frecuentes como para afirmar que no existe prácticamente una persona exenta de algún trastorno somático.

En cuanto a lo que decía Chevnik acerca de que en la enfermedad somática ocurriría una desinversión de los afectos, creo que esa desinversión es aparente o, mejor expresado, que ocurre un desplazamiento dentro de lo que Freud (1900a [1899]*, pág. 573) consideraba la “clave de inervación” del afecto, hipercatectizando algunos de sus elementos en detrimento de otros. Freud (1916-1917 [1915-1917]*) sostenía que no existen afectos inconcientes en el mismo sentido en que existen ideas inconcientes. Mientras que en lo inconciente las ideas son “actuales”, los afectos son potenciales, y se convierten en actuales cuando una vez investidos por un “montante” pulsional progresan hacia la conciencia como procesos de descarga. Precisamente la parte eidética de una particular representación inconciente configura, en opinión de Freud, la clave de inervación, cualitativamente diferenciada, de un afecto específico, constituyendo de este modo una disposición afectiva inconciente, igualmente específica. Si no fuera porque podemos diferenciar al miedo de la envidia como derivados de distintos “contenidos” inconcientes, jamás podríamos psicoanalizar.

Se comprende entonces que los procesos de descarga que se realizan de acuerdo con claves deformadas defensivamente, constituyan “equivalentes afectivos” de distintas representaciones inconcientes, y que la conciencia los registre como procesos somáticos privados de significado emotivo, en virtud de esa misma defensa. A partir de esta significación “primaria” del trastorno somático, tan “universal y congénita” como lo son los afectos, se estratifican, como las catáfilas de una cebolla, las distintas resignificaciones secundarias, “inespecíficas”, que corresponden a las distintas vicisitudes de

una vida individual. El término “conversión”, utilizado por Freud “en aras de la brevedad” (Freud y Breuer, 1895*d**, pág. 105), debemos entenderlo entonces en un sentido metafórico. Lo psíquico no se “convierte” realmente en somático ni lo somático en psíquico. Un estado que la conciencia categoriza como “de origen” somático y privado de un significado afectivo cambia de categoría gracias a la interpretación. Cuando una interpretación hace desaparecer un trastorno “somático”, nada se desmaterializa para convertirse en psíquico, sino que un estado psicósomático se transforma en otro estado psicósomático distinto.

Hacia una ampliación del campo de intervención del psicoanálisis: de las resignificaciones secundarias inespecíficas a las significaciones primarias específicas

Gorlero decía recién que el trastorno psicósomático, más que un dialecto de lo inconciente, es un jeroglífico que sólo podemos descifrar si disponemos de los datos “clave” ejemplificados con la palabra “Cleopatra”. Vale la pena subrayar que esto mismo sucedía con los sueños, o con la histeria, antes de Freud. La investigación en este terreno muestra que el trastorno psicósomático, una vez interpretado, pierde su carácter críptico, pero la dificultad consiste en que la clave para su lectura no es la misma que la que podemos utilizar para descifrar los significados de la neurosis “clásica”. Ahora bien, lo peculiar de este asunto reside en que cuando nos encontramos frente a un “jeroglífico” somático sin la clave que posibilita su lectura, nuestra resistencia “aprovecha” la ocasión para negarle el carácter de escritura.

Curiosamente, los físicos, los ingenieros en computación y los especialistas en inteligencia artificial nos aportan hoy los instrumentos más útiles para vencer el obstáculo epistemológico fundamental. No es casual que un premio Nobel de física, Eugène Wigner (1961), haya escrito, no como mero “*hobby*”, sino como parte de su trabajo científico, un ensayo titulado: “Comentarios sobre la cuestión mente-cuerpo”. No sólo la física actual ha desembocado claramente en la relatividad del concepto “materia”, sino que la computación y la tarea realizada en inteligencia artificial nos llevan a comprender cada vez mejor que hay un “*software*” en el “*hardware*”. La máquina de sumar más elemental, es decir el modelo mecánico, nos enfrenta con el hecho de que “el conocimiento del procedimiento de suma” se conserva “dentro” de la estructura física, en la relación entre sus engranajes, de una manera análoga a como se conserva la multiplicación en la dimensionalidad física de una regla de cálculo. En otras palabras: en la forma de la materia, “hay” una idea.

Gorlero puso el dedo en la llaga del problema cuando, refiriéndose a significados –inscriptos en el cuerpo– cuya clave de lectura desconocemos, trajo el ejemplo de una dinámica familiar en la cual el mito de un padre con “un hígado de hierro” permitía comprender la enfermedad hepática del hijo. Si entiendo bien lo que plantea, esta significación se mantiene en el nivel de una resignificación secundaria. El noventa por ciento de nuestros éxitos terapéuticos con la mayoría de las enfermedades somáticas se debe a la interpretación adecuada de estas resignificaciones. Constituyen entonces, sin duda, un instrumento utilísimo, en un sentido análogo a lo que Freud consideraba terapia indirecta de las neurosis actuales. Sin embargo, el problema esencial, que atañe al cómo se establece, primordialmente, la alteración somática, a partir de las significaciones primarias, que son específicas, permanece, de este modo, impoluto.

Señalemos, de paso, que la imagen de un significado que “se inscribe” en el cuerpo no parece adecuada, porque despierta la idea de que un trauma puramente psíquico “escribe” sobre un cuerpo puramente físico. Mejor es pensar que el trauma “psicocorpóreo”, con un significado original que se perpetúa en una transformación del cuerpo, mantiene ese significado, de este modo, oculto a la conciencia.

El problema de las significaciones primarias se relaciona íntimamente con el tema de los símbolos universales (Freud, 1900a [1899]*, 1916-1917 [1915-1917]*) y las fantasías primordiales (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*, 1918b [1914]*), que Freud jamás abandonó. Algo similar ocurrió con su convicción acerca de la transmisión hereditaria de los caracteres adquiridos, nacida de sus observaciones en el campo del psicoanálisis. Cuando Jones le sugirió que, debido a los recientes postulados de la biología, convendría suprimir un párrafo en el cual se adhería a la tesis lamarckiana, respondió que el párrafo debía quedar. Años después, los avances en el pensamiento biológico permitieron retornar, a través de un rodeo más complejo, a la idea similar de Lamarck.

A propósito de la cita aportada por Kowenski, quiero decir que esas ideas de Freud tienen un antecedente inmediato en su artículo de 1910 acerca de las perturbaciones psicógenas de la visión (Freud, 1910i*). Allí diferencia entre las perturbaciones secundarias de un órgano, neuróticas, como consecuencia de una función simbólica para la cual no es apto (el ojo congestionado representando un pene erecto, por ejemplo), y las perturbaciones psicógenas, en las cuales la alteración del órgano, toda ella, representa simbólicamente la fantasía inconciente que de ese modo se expresa. Se ha dicho que la desgracia de todo revolucionario es ser, él mismo, un producto de la época que intenta cambiar. Creo que este pensamiento puede aplicarse también a Freud, ya que en su obra encontraremos numerosos pasajes en los cuales no asume las consecuencias de sus propias ideas. Las palabras acerca de las neurosis

actuales que cita Kowenski y su concepto de las perturbaciones neuróticas, no psicógenas, de un órgano, me parecen un ejemplo en ese sentido. Basándonos en muchas otras de sus afirmaciones llegamos a comprender que cualquier alteración orgánica, cualquier “concomitante somático”, posee un significado psíquico primario e inherente.

La dificultad para encontrar el “Cleopatra” del jeroglífico configurado por la enfermedad somática, se comprende mejor si tenemos en cuenta que Freud expresó, muy claramente, que el paciente no está en condiciones de aportar asociaciones acerca de los símbolos universales, dado que son el producto de sucesos filogenéticos y, por lo tanto, no se han constituido a partir de acontecimientos de la historia personal. No se trata en este caso, como ocurre con el complejo de Edipo, de buscar en la infancia del sujeto, sino que debemos recurrir a los usos del lenguaje, a los mitos, a determinados productos de la contratransferencia, que forman parte de un acervo cultural universal. Me parece que este es un punto esencial para poder penetrar en la discusión profunda del problema constituido por la discriminación de significados primarios y resignificaciones secundarias, discriminación fundamental para poder establecer una teoría que dé cuenta de la elección del órgano, viejo problema de la psicósomática. En el caso, por ejemplo, de la psoriasis, que mencionaba Gorlero, aunque el estudio de las resignificaciones secundarias nos permite, mediante el mecanismo que antes mencioné, algunos éxitos psicoterapéuticos, no nos alcanza para comprender por qué otro enfermo, con las mismas fantasías inconcientes, presenta un trastorno somático distinto de la psoriasis. En este punto se da la paradoja de que quienes sostienen que una misma alteración somática puede ser la expresión de fantasías inconcientes diferentes, es decir inespecíficas, no estudian sin embargo, indiscriminadamente, cualquier alteración somática, sino que, por el contrario, concentran su interés en alguna enfermedad particular. Creo que admiten de este modo, implícita e inconcientemente, que buscan hallazgos específicos.

Es interesante comprobar que Bion, en sus últimos años, a partir de sus reuniones de 1977 en Nueva York (Bion, 1977), y de la escritura de sus *Memorias del futuro* (Bion, 1975), al mismo tiempo que ingresó a la consideración del psiquismo fetal, comenzó a interesarse por la interpretación de un significado específico para cada una de las distintas alteraciones somáticas. Diría que la dificultad para penetrar en estos niveles de la representación simbólica, muy anteriores al advenimiento de la palabra, pero, además, “preontogenéticos”, es la misma que se encuentra para vencer las resistencias que, provenientes de la represión primaria y la fisura creada por el trauma de nacimiento, nos separan del acceso al psiquismo fetal.

La biología molecular y la cibernética interpretan la secuencia de aminoácidos del ADN celular desde conceptos tales como “significado”,

“símbolo”, “sintaxis”, “gramática”, etc., que son propios de la lingüística. Este vínculo entre ADN y significado que cada día se nos muestra más estrecho nos conduce a comprender mejor la relación entre ADN y pensamiento (lenguaje), que la relación entre pensamiento y cerebro. Nos liberamos así de las limitaciones contenidas en la idea de que el psiquismo es un producto del sistema nervioso, lo cual nos libera de la necesidad de una “intermediación nerviosa” entre las fantasías inconcientes y los órganos.

La enfermedad somática como jeroglífico (fantasía específica) y su interpretación

Es indudable que en psicosomática se han hecho muchas cosas valiosas. Balint, por ejemplo, ha desarrollado sus famosos grupos, en los cuales lo que se busca es ayudar a los médicos generales para elaborar los problemas de la relación médico-paciente surgidos de sus dificultades contratransferenciales inconcientes. También se ha progresado mucho en el sentido de que disponemos hoy de numerosas historias de tratamientos psicoanalíticos durante los cuales el paciente ha desarrollado alguna enfermedad somática y, a veces, se ha “curado” de ella a través de una técnica interpretativa, que en nada difiere de lo habitual. Se ha progresado, además, en el terreno constituido por la identificación de distintas estructuras de personalidad, o perfiles, proclives a la adquisición de determinadas enfermedades somáticas. Por otra parte se ha insistido, sobre todo en los últimos tiempos, en la importancia del “estrés” como factor determinante de la aparición de un trastorno somático. La influencia del estrés sobre la capacidad inmunitaria abrió, por ejemplo, el camino para una aceptación más fácil de una nueva “especialidad”, la psicooncología.

Todos esos desarrollos me parecen, como dije, muy valiosos, pero lo que deseo aclarar es que en el transcurso de mi participación en esta mesa redonda estoy hablando de otra cosa, y también que esa “otra cosa” ya está en Freud. Se trata, en esencia, del interpretar el “jeroglífico” que la enfermedad somática “es”, lo cual nos conduce a descubrir que las diferentes enfermedades somáticas “son” fantasías inconcientes tan distintas entre sí como difieren entre sí, en su evolución y en su morfología, las enfermedades somáticas consideradas. Este es un punto que despierta todavía polémicas, pero también es un punto sobre el cual cada vez hay más por decir, y es por este motivo que me parece importante ponerlo aquí, “sobre la mesa”.

En cuanto a la cuestión de que un paciente con “una somatización” (el concepto “somatización” tiene los mismos bemoles que señalamos para el concepto “conversión”) se cure mediante la aparición de un trastorno

psicótico, creo que, en realidad, estamos ante una de las tantas situaciones en las cuales un “mecanismo defensivo” se sustituye por otro. Si tal sustitución es algo que vale la pena es harina de otro costal y habría que juzgarlo en cada ocasión. Depende de cuán grave la enfermedad somática sea, pero no debemos olvidarnos del hecho, fundamental, de que todo proceso psicoanalítico posee una dirección de “avance” en el sentido de hacer conciente lo inconciente, ya que, tal como lo señalara Freud, el potencial patógeno de lo que permanece inconciente es siempre mayor.

Las interpretaciones que se basan en los símbolos universales y no en las asociaciones del paciente, a las cuales Marta Békei denominaba “tajantes”, suelen ser estériles más que patógenas, porque producen dobles inscripciones en el sentido en que lo señalaba Freud, cuando funcionan como intelectualizaciones en lugar de producir la integración de lo inconciente en la conciencia con la emergencia del afecto correspondiente que estaba reprimido. Así ocurre si interpretamos las fantasías inconcientes “universales” implícitas en el trastorno somático en un sentido ingenuo y rudimentario, similar al interpretar los símbolos universales en el fenómeno onírico a la manera de una “clave de los sueños”. Todos sabemos que este “malentendido” que signó toda una época de críticas al psicoanálisis no fue un malentendido casual, sino un producto malicioso de las resistencias. Lo mismo vale para la crítica a la interpretación de las fantasías inconcientes específicas de los diferentes trastornos somáticos.

Me parece muy atinado el comentario de Chevnik, acerca de que frente al “vacío de significación” creado por el síntoma somático el analista puede responder con dos actitudes contratransferenciales: llenarlo con una hiperactividad mental o experimentar otro vacío semejante que convierte al significado en inaccesible. Estoy de acuerdo con que, de las dos respuestas, la que contiene la posibilidad de un mayor perjuicio es la segunda, porque aunque por medio de la hiperactividad se puede llegar a la situación de intelectualización, también es cierto que si, de este modo, se resuelven conflictos neuróticos interpretando resignificaciones secundarias, el síntoma somático, como dijimos antes, puede desaparecer, sin que se haya tomado conciencia de su significado específico. Cuando, en la posición contratransferencial contraria, permanecemos inmersos en el “vacío de significación”, la vivencia no suele limitarse al sentimiento de lo inaccesible, sino que recorre toda una gama que va desde la distracción hasta el letargo que Cesio ha descripto, pasando por los estadios intermedios del disgusto, el fastidio y el aburrimiento.

Creo que la idea de que la fantasía inconciente puede producir efectos en el cuerpo, en otras palabras, la idea de psicogénesis, aunque recorre el texto freudiano y puede continuar siendo útil en algunas conceptualizaciones

no rigurosas, es una idea perimida, en el sentido de que poseemos otras formulaciones teóricas que funcionan mejor frente al conjunto entero de los hechos. Cualquier concepto científico puede ser visto como una metáfora, y el de psicogénesis no escapa a esta condición, pero hay metáforas mejores y peores en el campo de la ciencia. Mejor que pensar en lo psíquico actuando como causa sobre el cuerpo, es pensar que el trastorno que se percibe como somático desde uno de sus aspectos o “caras”, es al mismo tiempo una fantasía desde la otra, transitoriamente oculta, y que la interpretación que muta el significado de esa fantasía, muta inevitable y simultáneamente el aspecto (del trastorno) que percibimos como somático.

Vale la pena aclarar que si la respuesta interpretativa “hiperactiva”, que mencionaba Chevnik, puede conducir al analista hacia una conducta omnipotente, el silencio interpretativo puede esconder a la omnipotencia en su forma negativa. Si es omnipotente sostener *a priori* una significación que se sustenta en razones endebles, es también omnipotente afirmar que algo no posee una significación inherente por el solo hecho de no habérsela encontrado. Entre ambos extremos transcurre la posibilidad de hallar una significación y, como ocurre en el caso de cualquier interpretación, proponerla al juicio y a la observación repetida, a los fines de ratificarla o rectificarla.

Tomemos el caso, por ejemplo, de las cardiopatías isquémicas. Se ha hablado de la importancia que adquiere, en estos enfermos, el estrés, o el perfil de personalidad que los norteamericanos designan con el término “A”, o, como sostiene Liberman, la sobreadaptación. Todo esto se encuentra, es cierto, en el enfermo que sufre una cardiopatía isquémica, pero también se encuentra en pacientes que sufren otras enfermedades. Cuando investigamos en búsqueda de las fantasías inconcientes específicas de las cardiopatías isquémicas (Chiozza y colab., 1983h [1982]), encontramos un tipo particular de “deformación” afectiva que se presta especialmente para ser designado con la palabra “ignominia”, y que presenta una conexión de sentido con la “forma” del trastorno orgánico.

Sabemos que la observación clínica, en psicoanálisis, progresa lentamente, porque es difícil acumular un gran número de casos prolijamente estudiados. En lo que se refiere al cáncer y a las enfermedades hepáticas, pudimos acumular una mayor experiencia que en el caso de las cardiopatías isquémicas debido al tiempo transcurrido desde las primeras investigaciones.

Ya dijimos que aunque no podemos encontrar, para este tipo de búsqueda, demasiada ayuda en las asociaciones del paciente, disponemos de los otros materiales que el psicoanálisis clásicamente estudia, es decir, los mitos, las obras literarias, los usos de lenguaje popular, etc. Es cierto que, como decía recién Gorlero, no basta para esta tarea el conocimiento de los símbolos universales clásicos, que son los que se presentaron primeramente

a la investigación psicoanalítica, sino que debemos investigar en esa “fuente común” de la cual extraen sus materiales tanto los síntomas como el lenguaje. Recordemos que Chomsky postula que los principios que pertenecen a la gramática universal, y que parecen ser de propiedad del sistema lingüístico adquirido, son determinados por un mecanismo innato comparable al que determina la naturaleza y función de los órganos. Recordemos también que Freud (1911c [1910]*) se muestra acorde con la idea de Schreber acerca de la existencia de un lenguaje fundamental, de carácter universal, primario con respecto a las diferentes lenguas que se hablan, del cual los símbolos universales y congénitos constituirían restos perdurables.

Se ha dicho que el problema del significado es el problema fundamental que se ha planteado a este siglo y, en realidad, se lo encuentra impregnando las más diversas disciplinas. Hofstadter (1979) ha escrito un libro fascinante, *Gödel, Escher y Bach*, que no sólo ha sido traducido a las lenguas más tradicionales, sino también a otros idiomas como el ruso, japonés, chino y holandés. Hay un capítulo de este libro, titulado “La localización del significado”, en el cual se discute profundamente el problema de cuándo un significado debe ser considerado como inherente a una estructura o, por el contrario, proveniente del contexto. Es, como se ve claramente, el mismo problema que subyace a la distinción entre significados primarios, universales, y resignificaciones secundarias. Todo significado, de acuerdo con Hofstadter, se compone de un mensaje interior, un mensaje marco y un mensaje exterior. El primero es el mensaje “pensado” por el emisor, el segundo es la indicación de que se trata de un mensaje y el tercero consiste en las instrucciones de lectura. Cuando, durante una sesión psicoanalítica, nos encontramos con un “material somático”, nos encontramos frente a un problema semejante: no sólo se trata de si posee una significación inherente, sino también de cuál es el marco que privilegia nuestra atención y, además, de cuál es el código disponible para su lectura.

El ADN es un ejemplo adecuado de una estructura orgánica que “localiza” dentro de sí el mensaje interior, el marco y el código para su lectura. Una semilla de eucalipto podrá permanecer estéril, es decir “incomprendida”, pero si fructifica, engendra precisamente un eucalipto, porque en ella, desde un punto de vista semántico, reside todo lo necesario para su lectura.

La interpretación: sus límites teóricos

En el caso de algunos bacteriófagos que poseen una estructura viral más sencilla, se ha llegado a “leer” el encadenamiento semántico de la secuencia completa de sus aminoácidos, comprendiendo además que estos

aminoácidos funcionan como signos de puntuación, marcando el fin de la codificación de una enzima y el comienzo de otra.

Lo más importante que podemos aprender en ese sentido, no reside sin embargo en la equiparación entre determinadas estructuras orgánicas y un significado particular, sino en el hecho de que todos estos sistemas celulares que son autorreplicativos son al mismo tiempo autorreferenciales, enfrentándonos no solamente con las paradojas insolubles que condujeron a la crisis de los sistemas lógicos, sino también con el misterio de qué es lo que decide cuándo una instrucción se copia (o se utiliza como “dato”) y cuándo se ejecuta (utilizándola como un “programa”).

Es precisamente el tema de los sistemas que poseen la propiedad de la autorreferencia el que conduce a dudar de que lo real sea racional, como decía Gorlero. Basta recordar los intentos infructuosos de Whitehead y Russell para solucionar las paradojas a que daba lugar la autorreferencia de los enunciados, y la posterior formulación del teorema de la incompletud, realizada por Gödel, para comprender que lo racional no puede dar cuenta de la totalidad de lo real. Todo sistema es lo suficientemente complejo como para tomarse a sí mismo en consideración, y en tanto parte de lo real, se encuentra con la imposibilidad gödeliana. Bateson lo ejemplificaba diciendo que un televisor lo suficientemente complejo para mostrar en la pantalla los mecanismos internos de su funcionamiento no podría, sin embargo, mostrar el procedimiento que muestran esos mecanismos.

De modo que estoy de acuerdo con que la “última” interpretación del hombre acerca de sí mismo es, por lo que sabemos hoy, inaccesible. Una de las polémicas actuales más interesantes se cuestiona si la habitual ignorancia del hombre acerca de su limitación gödeliana, no le otorga una tolerancia a la incoherencia lógica que lo convierte en un pensador superior a cualquier potencial computadora.

La interpretación de la enfermedad somática como campo de investigación e intervención terapéutica

Volviendo al caso concreto de la interpretación psicoanalítica del trastorno somático, creo que la cuestión acerca de la existencia de un significado primario, inherente, tiene una vertiente teórica y una vertiente operacional, heurística. Tal vez la metáfora adecuada sea la de un hombre que, caminando por la playa, encuentra monedas en la arena; más allá de si era esperable el encontrarlas en ese sitio, existe el hecho incontrovertible de que mientras las encuentre continúa, teniendo sentido el hecho de que prosiga buscándolas. Así procedió Freud cuando pudo leer el “jeroglífico” constituido por la

histeria. Mientras investigando podamos descubrir significados diferentes en la hepatitis y en el infarto de miocardio, que constituyen “guiones” típicos para cada una de esas enfermedades, tendrá sentido el proseguir con la tarea.

Aunque las historias sean diferentes, deberán poseer algo en común. Podemos ejemplificarlo diciendo que no hay dos narices iguales, pero que hay algo que tienen las narices, en común, que las diferencia de las orejas.

Lo que quiero decir es que hay algo que caracteriza, desde el punto de vista de la fantasía inconciente, a cada enfermedad somática. Freud jamás dijo que el noventa y ocho por ciento de las histéricas padecían de reminiscencias como producto de traumas sexuales infantiles; sostenía que esto era cierto en el cien por ciento de los casos, porque su conocimiento no era estadístico, sino que afirmaba haber descubierto una condición necesaria que, al mismo tiempo, constituía una conexión de sentido.

De modo que lo que encontramos en el enfermo cardíaco es distinto de lo que encontramos en el canceroso, en el SIDA, en la leucemia, etc. Obviamente no tenemos identificadas las fantasías específicas de todas y cada una de las enfermedades que describe la patología médica, y es por este motivo que, en la mayoría de los casos, toda nuestra influencia terapéutica depende esencialmente de la interpretación de las resignificaciones secundarias. Pero, claro está, si comprendemos el significado primario específico de una determinada enfermedad, y nos cuidamos de interpretarlo intelectualizadamente, así como nos cuidamos de interpretar intelectualizadamente el complejo de Edipo, aumentaremos nuestra capacidad terapéutica y nuestras posibilidades de interpretar las vicisitudes de la transferencia y contratransferencia.

¿Podría agregar una sola cosa que omití en mi intervención anterior?

Estoy de acuerdo con lo que Marta Békei planteaba acerca de la vinculación entre cerebro, inmunología y alergia, pero la dificultad mayor consiste en la relación entre lo psíquico y el cerebro. Creo que debemos considerar perimida la idea de que lo psíquico es un producto del cerebro. Lo psíquico es significado y, como tal, inherente a las distintas estructuras orgánicas.

Lo que quiero significar es que lo psíquico no tiene más relación con el funcionamiento cerebral que la que tiene con los otros órganos. Hay determinadas características de lo psíquico que parecen corresponder a funcionamientos cerebrales, pero hay otras que no. Hoy se concibe mejor, como ya dijimos, la relación entre una “idea” y el ADN, que la relación entre una idea y una neurona.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

(1989)

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1989h) “Conceptos fundamentales”.

Primera edición en italiano

“Entrevista”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 139-142.

Ediciones en castellano

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Entrevista concedida al doctor Carlo Brutti, director de la revista *Quaderni di Psicoterapia Infantile*.

BRUTTI: –Frente a la trabajada y compleja historia de la medicina llamada “psicosomática”, dentro de la cual tú mismo te sitúas, querríamos, para orientarnos en la comprensión de tu pensamiento y de tus audaces y originales propuestas, pedirte si puedes resumirnos los puntos esenciales sobre los cuales se apoyan.

CHIOZZA: –El primer fundamento sobre el cual se apoya la teoría que sostengo podría formularlo así: todo lo somático, tanto sea normal como patológico, tiene su significado inconciente específico, propio e inherente. Un significado, por lo tanto, que es inseparable de él.

El segundo fundamento consiste en la idea de que existen puntos de fijación prenatales, y un psiquismo prenatal con su correspondiente nivel tánato-libidinoso, con sus defensas, sus fantasías y sus angustias específicas, que habitan permanentemente en el hombre adulto junto a las que corresponden a los otros puntos de fijación.

El tercer fundamento es la contratransferencia. El instrumento terapéutico por excelencia, del cual emerge siempre la interpretación. Esta última no puede ser concebida sin comprender que es siempre un acto: contratransferir.

El cuarto fundamento, por fin, lo encontramos en el hecho de que la forma primordial en que lo reprimido comienza a manifestarse es siempre el letargo.

BRUTTI: –¿Cómo has llegado a atribuir una importancia tan grande al letargo y a la contratransferencia?

CHIOZZA: –A partir de Cesio, quien observó que el letargo (que en su opinión es un sueño patológico) se presenta de manera directa tanto

como lo hace mediante sus equivalentes menores (aburrimiento, fastidio, distracción). Cesio sostenía que en el paciente y en el psicoanalista, en cada sesión, el letargo es un fenómeno de transacción que expresa el efecto sobre el yo de las pulsiones somáticas y, al mismo tiempo, la defensa del yo frente a esas mismas pulsiones.

Luego fui desarrollando la idea de que las pulsiones a las cuales Cesio se refería pertenecen a la categoría de lo siniestro (ominoso), correspondiente a los puntos de fijación fetales, que adquieren la característica de derivados de una zona erógena hepática que ejerce su primacía durante la vida intrauterina y cuya angustia específica sería el asco.

En lo que se refiere a la contratransferencia, si nos damos cuenta de que cada palabra, de acuerdo con lo que Freud postula, es una representación preconciente que adquiere su importancia mediante la transferencia de un contenido inconciente que la transforma en lo que llamamos un derivado, entonces se puede comprender que, desde un punto de vista metapsicológico, todo el material verbal del paciente es el producto de un acto de transferir y todo el material verbal del analista es el producto de un acto de contratransferir.

Pero lo que es más importante subrayar es que esa contratransferencia, activada por la transferencia del paciente, es el único punto de referencia que tenemos para comprender dónde reside la importancia del significado, es decir, cuál significado es el importante. Por este motivo, la única garantía de una percepción adecuada del significado, de parte del psicoanalista, no consiste tanto en la pretendida "objetividad", como, por el contrario, en una adecuada permeabilidad de su preconciente que deriva de su propio análisis didáctico.

En otras palabras: ningún psicoanalista puede ir, en su trabajo, más allá de lo que ha percibido dentro de sí mediante su propio análisis. El trabajo psicoanalítico jamás es el psicoanálisis de un paciente aislado: es siempre el psicoanálisis de un paciente en el contexto de la transferencia-contratransferencia. Es el análisis de un vínculo determinado por la coincidencia de los puntos de urgencia provenientes tanto de la neurosis del paciente como de los inevitables residuos neuróticos del analista. Lo que hace del psicoanálisis un trabajo interesante para el psicoanalista, no es sólo la posibilidad de reparar a un semejante dañado por la enfermedad, sino sobre todo la posibilidad de reencontrarse en el paciente para retomar el trabajo psicoanalítico sobre los propios residuos neuróticos.

BRUTTI: –Pero esta posición tuya, ¿cómo se ubica en el panorama del pensamiento psicoanalítico y de cuáles matrices has hecho surgir tu orientación psicosomática?

CHIOZZA: –Volviendo a los cuatro fundamentos de la teoría que sostengo, corresponde subrayar mi convicción de que derivan de un metamodelo intelectual, común a todos ellos, que no puedo caracterizar todavía, porque se trata de un modelo que, hasta ahora, no ha operado conscientemente en mi pensamiento. Sólo puedo decir, por el momento, que cada uno de esos cuatro fundamentos contiene, implícitos, a los otros tres, y esto sostiene mi convicción de que obedecen a un mismo metamodelo que “conforma” mi sistema de pensamiento.

Desde una perspectiva cronológica, los trabajos de Rascovsky sobre el psiquismo fetal, los de Garma sobre la úlcera gastroduodenal, los de Racker sobre la contratransferencia y los de Cesio sobre el letargo confluyen en una primera investigación sobre las fantasías específicas de la zona erógena hepática, su primacía durante la vida intrauterina y sus manifestaciones letárgicas, para comprender las cuales es necesario considerar a la contratransferencia. La investigación sobre lo hepático, bajo la luz del pensamiento kleiniano, nos reenvía a la consideración de un complejo de Edipo precoz que nos lleva a comprender que el horror al incesto es una defensa frente a fantasías hermafroditas y narcisistas que, a la vez, la investigación ha demostrado específicas del cáncer.

Así, una investigación, que se inicia como psicósomática, sobre las fantasías inconcientes específicas de las enfermedades hepáticas, y que toma impulso de un nuevo desarrollo de la teoría de la técnica, el estudio del letargo como contratransferencia, desemboca en una investigación histórico-genética sobre la primacía hepática intrauterina, la cual, a su vez, reenvía a una investigación psicósomática sobre el cáncer. De aquí en más, todas las investigaciones sobre otras enfermedades se desarrollaron sobre el fundamento teórico representado por los cuatro pilares que mencionamos al principio.

ORGANSPRACHE
UNA RECONSIDERACIÓN ACTUAL
DEL CONCEPTO FREUDIANO

(1991 [1989])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1991c [1989]) “Organsprache. Una reconsideración actual del concepto freudiano”.

Ediciones en castellano

Se publicó con el título “*Organsprache. Una reconsideración actual del concepto freudiano*” en:

L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 202-223.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 203-229.

L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 309-335.

Se publicó con el título “Introducción al debate” en:

L. Chiozza y André Green, *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1992, págs. 19-46.

L. Chiozza y André Green, *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 15-41.

Traducción al italiano

Sin título, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 23, Borla, Roma, 1991, págs. 15-44.

Traducción al portugués

“*Organsprache*. Uma reconsideração atual do conceito freudiano”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 223-249.

Traducción al inglés

“*Organsprache: a revision of the Freudian concept*”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 153-175.

El contenido de este artículo corresponde a la participación del autor en el seminario internacional “*Organsprache*, revisitación actual del concepto freudiano” (28 y 29 de julio de 1989, Roma), organizado por el Gruppo di Ricerca Psicosomatica di Perugia, en homenaje al XXXVI Congreso Internacional de Psicoanálisis.

La expresión “*Organsprache*”, utilizada por Freud en su artículo “Lo inconciente” (1915e*, pág. 195), remite a un concepto entretejido en el conjunto entero de su obra, desde los *Estudios sobre la histeria* (Freud y Breuer, 1895d*) hasta el *Esquema del psicoanálisis* (Freud, 1940a [1938]*).

I. Acerca del lenguaje y del habla

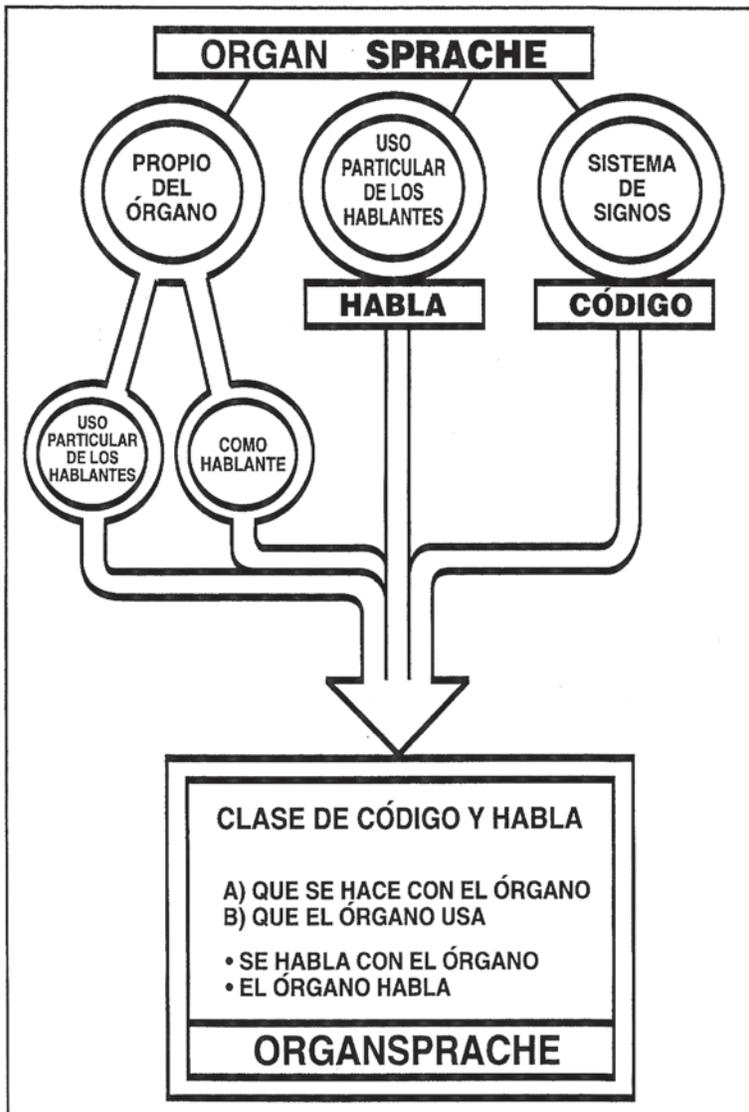
Strachey, en su versión inglesa de Freud, utiliza el sustantivo compuesto *organ-speech* para traducir la expresión *Organsprache*. Tanto López Ballesteros como Etcheverry, en sus versiones castellanas, recurren, en cambio, a la palabra “lenguaje”, tal vez porque no existe, en las lenguas latinas, una palabra que, como el inglés *speech*, posea un parentesco etimológico con el alemán *Sprache* (Partridge, 1961; Skeat, 1972).

El término “lenguaje”, derivado de “lengua”, la palabra que designa al órgano que ocupa la cavidad oral, fue utilizado originalmente para referirse al hablar como facultad, y como medio expresivo, que se realiza a través de la emisión de sonidos vocales. Más tarde extendió su significado para designar cualquier sistema de signos, independientemente de la participación del sonido (Real Academia Española, 1985; Salvat, 1985). (Véase el gráfico 1 en la página siguiente.)

En inglés, lo mismo que en italiano y en francés, existen equivalentes de la palabra “lenguaje” que derivan de una misma raíz etimológica. No es así en alemán, idioma en el cual el significado de “sistema de signos”, propio del término castellano “lenguaje”, queda cubierto por el vocablo *Sprache*, que no deriva de la palabra “lengua” (en alemán *Zunge*). Así, por ejemplo, el lenguaje escrito es *Schriftsprache*, el lenguaje hablado *Lautsprache*, el

lenguaje expresivo *Expressivsprache*, el lenguaje de los ojos *Augensprache* y el lenguaje por señas *Zeichensprache* (Ruiz Torres, 1959).

Gráfico 1



A partir de estas consideraciones, podemos pensar que la expresión usada por Etcheverry, “lenguaje de órgano”, o la que utiliza López Ballesteros, “lenguaje de los órganos”, constituyen traducciones adecuadas

del original alemán, ya que el significado que posee la palabra “lenguaje” no se refiere solamente a un sistema de signos, sino que incluye, tanto en un sentido directo como figurado, lo que denominamos “habla” –es decir el uso particular que, de una lengua, hacen los hablantes (Saussure, 1916)–.

No cabe duda de que Freud lo pensaba de ese modo, ya que en el historial de Dora señala, refiriéndose a un acto sintomático que ella realiza con sus manos, que “aquellos cuyos labios callan, hablan (*Schwätzen* = charlan) con los dedos” (Freud, 1905e [1901], pág. 635).

II. El órgano habla

Cuando Freud, en “Lo inconciente” (1915e*), se ocupa de las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia, se refiere a una enferma de Tausk, la cual, hablando de sus trastornos, decía: “Los ojos no están derechos, están torcidos” (Freud, 1915e*, pág. 194). Representando así las vicisitudes de una disputa con su amado, a quien consideraba un “torcedor de ojos” (*Augenverdreher*, simulador) (Freud, 1915e*, pág. 195).

En otro momento, la misma enferma cuenta que “está en la iglesia, de repente le da un sacudón, tiene que ponerse de otro modo, como si alguien la pusiera, como si fuera puesta”, para expresar de este modo que su novio “le ha falseado la posición” (Freud, 1915e*, pág. 195).

Con respecto al primero de los ejemplos señala Freud, de acuerdo con Tausk, que “la relación con el órgano (con el ojo) se ha erigido en el representante de todo el contenido” y añade: “El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido lenguaje de órgano”. Pocas líneas más abajo afirma que esas dos observaciones “dan testimonio de lo que hemos llamado lenguaje hipocondríaco o lenguaje de órgano” (Freud, 1915e*, pág. 195).

Se inicia aquí una cuestión fundamental:

Dado que el dicho esquizofrénico es un enunciado de palabras, una lectura apresurada puede llevarnos a entender que lenguaje hipocondríaco, o lenguaje de órgano, es aquel en el cual un órgano particular deviene el referente de una frase o discurso verbal. Se trataría entonces de un paciente que *habla de un órgano* y que lo hace *con palabras*.

Sin embargo, una lectura más atenta nos lleva a comprender que Freud alude a un pensamiento más complejo cuando se refiere, en el párrafo citado, a *la adquisición de un sesgo hipocondríaco* (Freud, 1915e*).

- 1) Freud señala, en la misma página, que una histérica habría torcido convulsivamente los ojos y que, en el segundo ejemplo, habría ejecutado en la realidad el sacudón, es decir que no lo

hubiese expresado en un lenguaje verbal. Añade que esto hubiera ocurrido en lugar de “sentir el impulso” o de “tener la sensación de él” (Freud, 1915e*, pág. 195), como le sucede a la enferma de Tausk. Parece evidente que esta sensación somática constituye el “sesgo hipocondríaco” al cual se refiere Freud.

2) La expresión *organ-speech* no ofrece dudas, por su construcción gramatical, en cuanto al hecho de que el término *organ* indica de *qué clase* de *speech* se trata (Eckersley y Eckersley, 1960). Numerosos ejemplos, similares a los que hemos citado, permiten afirmar que ocurre lo mismo con el alemán *Organsprache*. Por lo tanto, se trata de una clase especial de lenguaje, lenguaje “del órgano”, distinto del lenguaje verbal.

A partir de las dos afirmaciones anteriores podemos sostener que, en las palabras de Freud, el dicho esquizofrénico, verbal, no es todavía lenguaje de órgano, sino que *deviene* ese tipo de lenguaje por el hecho de tener allí, en ese caso, un “sesgo hipocondríaco” (Freud, 1915e*).

Es decir que, ya sea a través de una alteración somática perceptible (signo), como sucede en la histeria, o a través de una sensación somática (síntoma), como es el caso de la hipocondría, se habla *con* el órgano (o, también, como veremos luego, *es el órgano el que habla*).

Ya en el historial de Anna O. (Freud y Breuer, 1895d*) surge la idea de que no solamente el discurso verbal puede tener como referentes a los órganos y sus funciones, sino que los órganos mismos pueden “intervenir en la conversación” (*mit-sprechen*) (Freud y Breuer, 1895d*, pág. 61 n. 3 y pág. 163 n.).

El término *mitsprechen*, utilizado para designar al “interesante y no indeseado fenómeno” (Freud, 1895d*, pág. 301) por el cual un síntoma, sensación o perturbación somática “responde”, “se entromete”, “interviene”, “participa” o “se mezcla” en la conversación, se repite varias veces en la obra de Freud (Freud, 1896b*, 1918b [1914]*; Freud y Breuer, 1895d*).

III. La zona erógena como fuente, agente y objeto de la expresión lingüística

En un extenso y meduloso párrafo del historial de Isabel de R., Freud, al ocuparse de la simbolización en la histeria, analiza el uso de algunos giros lingüísticos como los que equiparan una injuria a una “bofetada”, una ofensa a una “espinas en el corazón” y el hecho de no poder defenderse de un ultraje con

el tener que “tragarse algo” (Freud y Breuer, 1895*d**, págs. 191, 192 y 193).

Sostiene entonces que jamás se nos hubiesen ocurrido tales giros lingüísticos para referirnos a determinados afectos, si no hubiéramos experimentado alguna vez, en ocasión de esos afectos, precisamente las sensaciones corporales a las cuales dichos giros aluden.

En estos casos, señala Freud (Freud y Breuer, 1895*d**), la expresión lingüística nos parece una transferencia figural, porque las sensaciones e inervaciones somáticas que acompañan a esas emociones, y las expresan, se hallan hoy debilitadas; aunque en su origen –según nos lo ha enseñado Darwin (1872*a*)– encontraban su sentido en su adecuación a un fin.

A partir de este punto, Freud afirma que la histeria “acierta cuando restablece para sus inervaciones más intensas el sentido originario de la palabra”, cuando “vuelve a animar las sensaciones a que la expresión lingüística debe su justificación” y concluye diciendo que *el síntoma histérico* “quizá no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común” (Freud y Breuer, 1895*d**, pág. 193).

De modo que una misma fuente, que podemos identificar como la zona erógena, origen de la pulsión, alcanza por un lado la conciencia como sensación somática, por ejemplo una disfagia, mientras que por el otro inviste las representaciones-palabra preconcientes que constituyen al giro idiomático o figura lingüística, en este caso “tener que tragarse” un ultraje.

Freud aclara que la erotización, siguiendo “las vías de la influencia recíproca” (Freud, 1905*d**, pág. 187) perturba a la función fisiológica que forma parte de la clave de inervación inconciente (Freud, 1900*a* [1899]*) de un afecto normal.

En el caso que consideramos, ocurre sin embargo algo más: las inusuales inervaciones e inhibiciones corporales que constituyen los síntomas corporales de la histeria son la transposición de un afecto normal que ha quedado “estrangulado” por haberse desarrollado en una situación patógena. “Cuando un cauce se divide en dos canales, se producirá la congestión de uno de ellos tan pronto como la corriente tropiece con un obstáculo en el otro” (Freud, 1910*a* [1909]*, pág. 15).

Vale la pena aclarar aquí que, además de los dos caminos ya mencionados (es decir, la sensación somática y la investidura de las representaciones preconcientes), existe un tercero por el cual la excitación se descarga de un modo, totalmente inconciente, que modifica la estructura o la función del cuerpo. En este último caso, sus efectos son a veces percibidos por los órganos de los sentidos (o por sus prolongaciones instrumentales) como una alteración somática que no se acompaña de sensación alguna. (Véanse los gráficos 2 a 5 en las páginas siguientes.)

Gráfico 2

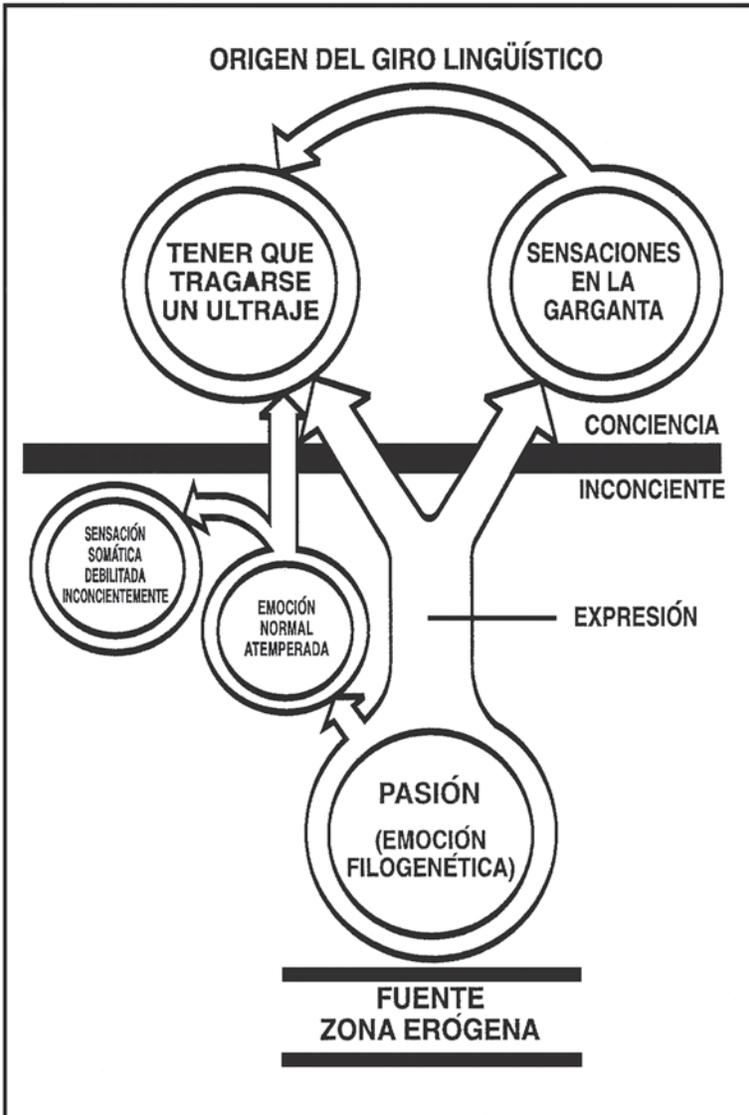


Gráfico 3

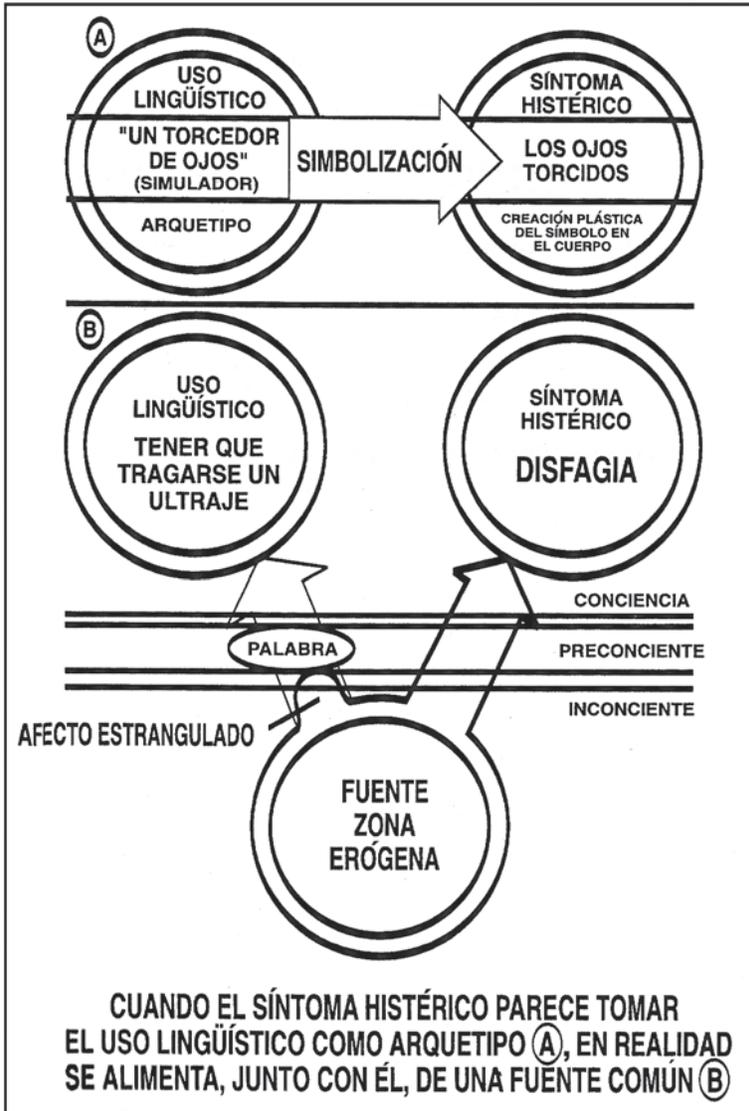


Gráfico 4

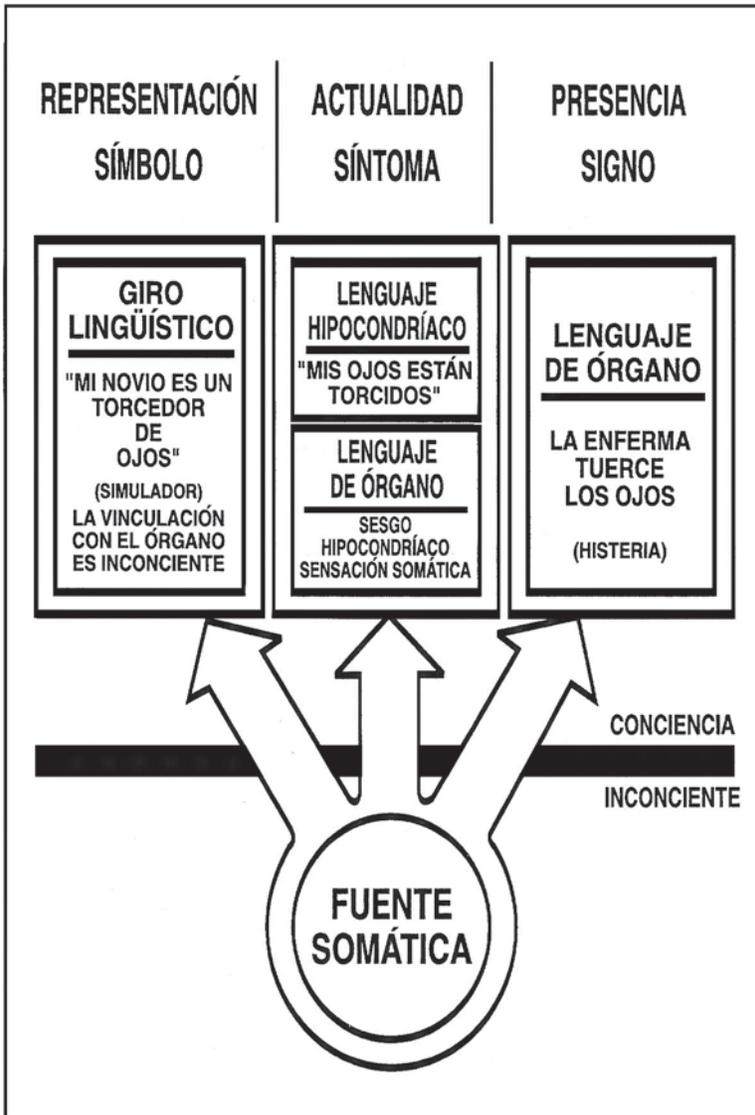
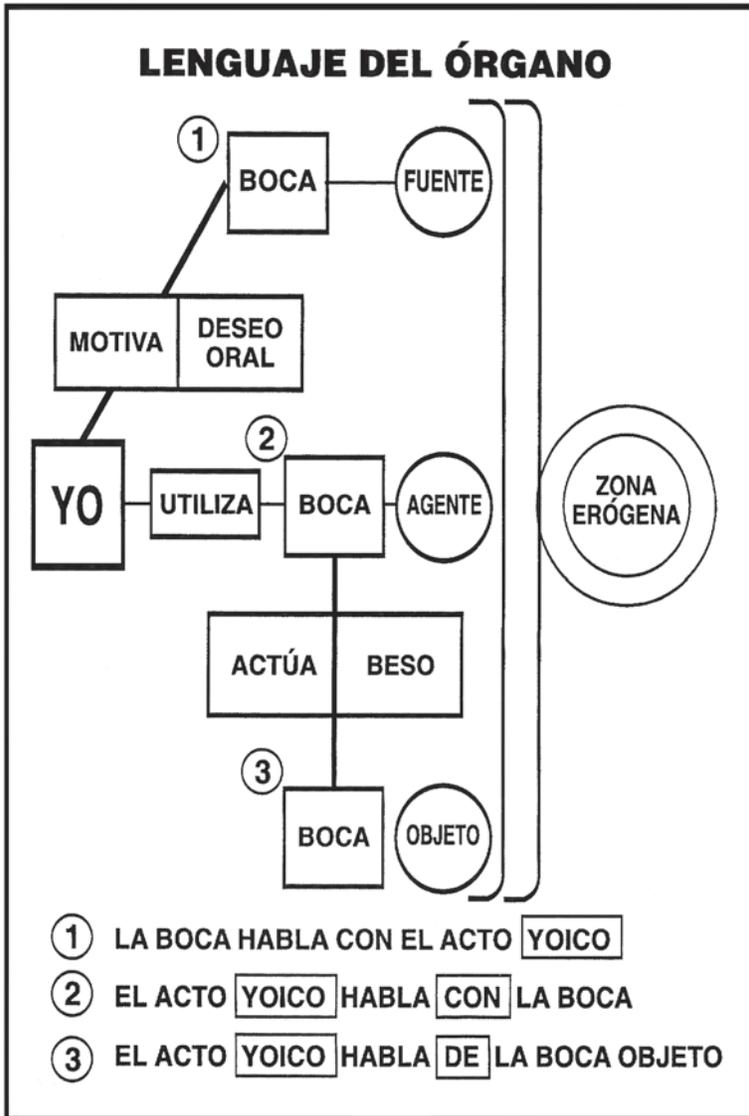


Gráfico 5



Los tres derivados mencionados (percepción de una alteración somática, sensación somática y representación preconciente) mediante los cuales la excitación emanada de la fuente pulsional alcanza la conciencia, coinciden con lo que Freud describe como las tres posibilidades de generar excitación en la fuente: desde el mundo exterior, desde el interior del organismo y desde la vida anímica (Freud, 1905*d**).

Esta coincidencia que “cierra un círculo” entre las direcciones “centrífuga” y “centrípeta” de la excitación, nos lleva a reparar en que la teoría psicoanalítica de las zonas erógenas (que tuvo su origen en el concepto, preexistente, de zona histerógena) lleva implícita la idea de que la zona puede ser objeto, fuente y, además, agente de la excitación pulsional.

Por este motivo, cuando se habla *del* órgano (objeto), pero, más aún, cuando se habla *con* el órgano (agente), *es el órgano* (fuente) *el que habla*. *En el terreno de los significados primordiales*, ocurre que el deseo que “el sujeto” dirige hacia una boca (objeto), o *el deseo que expresa con la boca* (agente), *es un deseo oral que la boca* (fuente) *“hace” expresar al sujeto*.

IV. El lenguaje hipocondríaco y las metas específicas de las distintas zonas erógenas

Si queremos comprender mejor por qué Freud equipara el lenguaje hipocondríaco con el lenguaje de órgano, debemos profundizar un poco más en lo que plantea acerca de la hipocondría.

No sólo afirma que la “viabilidad del término ‘hipocondría’ se perjudica por su referencia fija al síntoma del miedo a la enfermedad” (Freud y Breuer, 1895*d**, pág. 266), sino también que “demanda, como condición previa, la existencia de parestesias y de sensaciones corporales penosas” (Freud, 1895*b* [1894]*, pág. 93). Estas, y otras consideraciones que veremos enseguida, lo conducen a ubicar a la hipocondría entre las neurosis actuales (Freud, 1895*b* [1894]*, 1911*c* [1910]*, 1912*f**, 1914*c**, 1916-1917 [1915-1917]*).

Sostiene repetidamente (Freud, 1905*d**, 1913*j**, 1914*c**, 1916-1917 [1915-1917]*, 1923*a* [1922]*, 1924*c**, 1933*a* [1932]*, 1940*a* [1938]*) que pueden funcionar como zonas erógenas todos y cada uno de los órganos y que la erogeneidad es una propiedad general de todos ellos, susceptible de aumentar o disminuir en una determinada parte del cuerpo.

En “Pulsiones y destinos de pulsión” (Freud, 1915*c**) afirmará también que a veces pueden inferirse con certeza las fuentes de la pulsión a partir de sus metas.

Esa erogeneidad *específica* de determinadas estructuras y funciones corporales, que aparece, cuando se incrementa su intensidad, como una sensación somática, originará, en su descarga, el placer de órgano (*Organlust*) (Freud, 1915c*, 1916-1917 [1915-1917]*, 1933a [1932]*).

El placer de órgano, que es autoerótico, parcial y preliminar, suele aumentar la tensión libidinosa, porque la zona corporal que es objeto de esa descarga placentera se convierte, a su vez, en fuente de una nueva excitación.

La acumulación de la tensión que no logra su descarga configura una “estasis libidinal” *actual* hipocondríaca (Freud, 1914c*, pág. 81), que, como precondition de la neurosis, equivale a lo que en el historial de Dora denominó “solicitud somática” (Freud, 1905e [1901]*, pág. 37).

Así, a partir de la “*actualidad*” de una erogeneidad *específica*, nace la sensación somática que es condición para que se constituya el “sesgo hipocondríaco”.

Ese “sesgo” es la partícula de hipocondría que, para decirlo con otras palabras de Freud (1914c*, pág. 80), “no es excesivo imaginar” como parte constitutiva de cualquier neurosis.

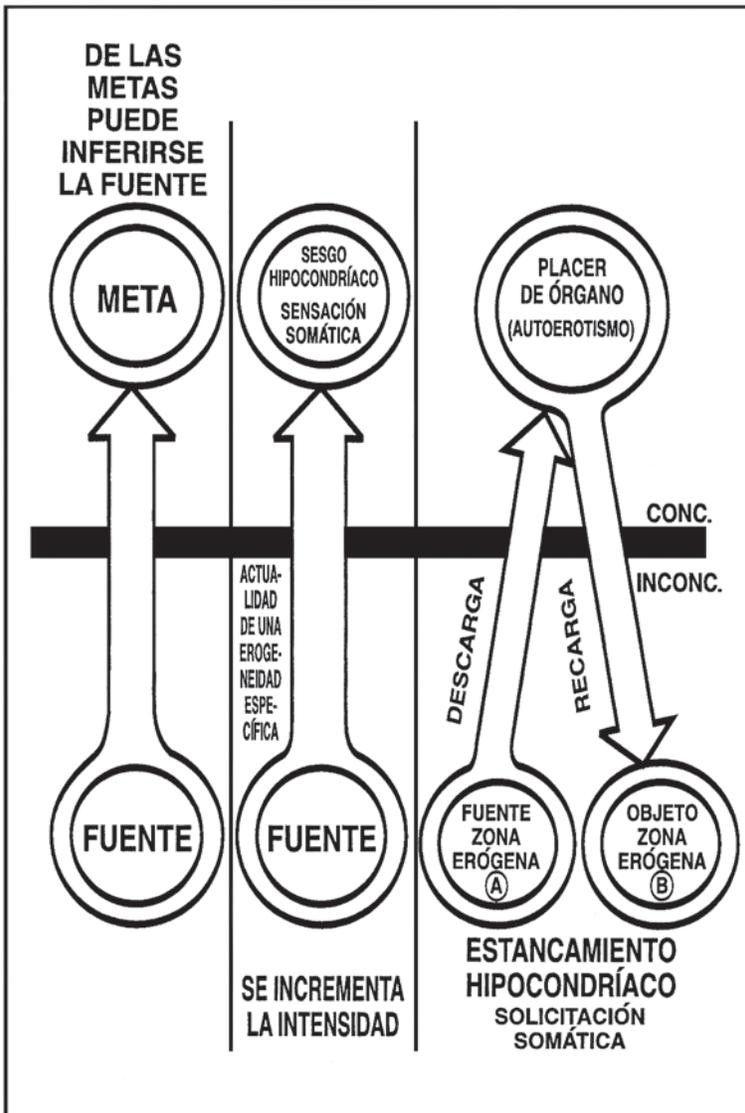
Surge en este punto otra cuestión fundamental:

A pesar de la división entre neurosis actuales y psiconeurosis, o entre lo que Freud denomina perturbaciones neuróticas y psicógenas del órgano (Freud, 1910i*), no puede sostenerse, a la luz de sus propios conceptos acerca del lenguaje hipocondríaco, y por varias razones, que actualidad y significación se excluyan recíprocamente:

- 1) Porque, de acuerdo con sus propias afirmaciones, existe una partícula de hipocondría, y con ella un componente actual, en cualquier psiconeurosis.
- 2) Porque, de acuerdo nuevamente con lo que dice Freud, la cantidad de excitación que determina la actualidad se acompaña siempre de una cualidad específica, es decir de una meta, finalidad, sentido o significado.
- 3) Porque en la expresión “lenguaje hipocondríaco” se compromete, en un mismo concepto, la actualidad de la hipocondría con el significado del lenguaje.

La utilidad y la validez del concepto de “actualidad” son indiscutibles, ya que recorre, como pieza fundamental, toda la teoría psicoanalítica, desde la distinción entre necesidad y deseo, hasta la que existe entre percepción y recuerdo, o entre signo y símbolo, pasando por la metapsicología del afecto y de la acción eficaz.

Gráfico 6



Si volvemos sobre la idea de que la percepción, la sensación y el recuerdo constituyen los tres “orígenes” de los “contenidos” de la conciencia, parece oportuno distinguir:

- 1) La *presencia* “física”, percibida, mediante los órganos sensoriales, como un “hecho” del mundo que viene del pretérito.

- 2) La *actualidad* “histórica”, que surge como la sensación “anímica” de un acontecimiento que está ocurriendo en el cuerpo propio, o de un acto, en curso, de ese mismo cuerpo.
- 3) La *representación* “atemporal” de un recuerdo-deseo que adquiere la forma “espiritual” de un sentido, de una meta ideal y futura.
- 4) La *ausencia* física, que se constituye cuando no se percibe lo que se recuerda o desea.
- 5) La *latencia* histórica, que se constituye cuando lo representado se vivencia como postergación o espera porque carece de la sensación “somática” conciente que corresponde a un acontecimiento en curso.
- 6) La *incoherencia* de sentido, que se constituye cuando una sensación actual carece de finalidad o significado conciente.

V. El código con el cual “el órgano habla”

El análisis de las cuestiones planteadas por el lenguaje de órgano nos conduce al tema de la herencia arcaica. Freud se ocupó de la continuidad de la filogenia en la ontogenia, en diferentes contextos, tales como el de los símbolos universales (Freud, 1900a [1899]*, 1916-1917 [1915-1917]*), el de las fantasías primordiales (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*, 1918b [1914]*), o el de la equivalencia entre la histeria, como afecto individual neoforado, y el afecto como histeria general que se ha vuelto hereditaria y contiene la reminiscencia de un suceso filogenético (Freud, 1926d [1925]*, 1933a [1932]*).

Hemos visto que las zonas erógenas originan pulsiones cuyas metas específicas permiten deducir su fuente¹³. En otras palabras, la cualidad particular de una meta pulsional posee una *relación específica* con una parte determinada de la estructura y el funcionamiento del cuerpo.

Decir que una relación es específica implica afirmar que la vinculación “preferencial” de uno de sus términos con el otro es “universal”, ya que es compartida por todos los organismos semejantes.

Algunos cambios en la estructura y el funcionamiento de una parte del cuerpo constituyen el lenguaje de órgano, precisamente en función de esa

¹³ Freud afirma que “aunque para la pulsión lo absolutamente decisivo es su origen en la fuente somática, dentro de la vida anímica no nos es conocida de otro modo que por sus metas... Muchas veces pueden inferirse retrospectivamente con certeza las fuentes de la pulsión a partir de sus metas” (Freud, 1915c*, pág. 119).

universalidad que equivale a compartir un código o sistema de signos¹⁴. De modo que el lenguaje de órgano es tan universal como los símbolos congénitos que se conservan en los mitos, en los sueños, en el arte o en los usos de una lengua.

Freud llega a hablar de un “modo de expresión antiguo, pero desaparecido, del que en diversos ámbitos se han conservado diferentes cosas”, y lo asocia con la idea de Schreber de un lenguaje fundamental que dejaría, como restos perdurables, algunas referencias simbólicas (Freud, 1911c [1910]*, pág. 152).

En “El interés por el psicoanálisis” sostiene que “lo inconciente habla más de un dialecto” (Freud, 1913j*, pág. 180), retomando así una vez más la idea de un lenguaje que, utilizando los recursos de la figuración que es posible observar en los sueños (Freud, 1900a [1899]*), expresa un significado por diferentes medios.

Cuando, con un modelo análogo al de la sollicitación somática, señala la existencia de una sollicitación lingüística (Freud, 1901b*), aclara que esta “sollicitación” no sólo posibilita la determinación del fenómeno que buscamos interpretar (desliz en el habla o en la escritura), sino que marca sus límites.

A partir de ese punto, y de la idea de que el síntoma corporal “participa de la conversación”, Weizsaecker (1951a) construirá su concepto de *dialecto de órgano*.

Cada órgano, en la opinión de Weizsaecker (1951a), participa “hablando” en el “conjunto de voces”, pero lo que Freud (1900a [1899]*) llamaba “el miramiento por la figurabilidad” (no se puede soñar con aquello que no puede “figurarse”) sucede también en este caso. El órgano no puede tener mayor riqueza de vocabulario que la que su estructura y su función condicionan. Cada uno de ellos tiene su “dialecto”, su código lingüístico particular y específico, formado por unos pocos “vocablos” que determinan su propia manera de hablar.

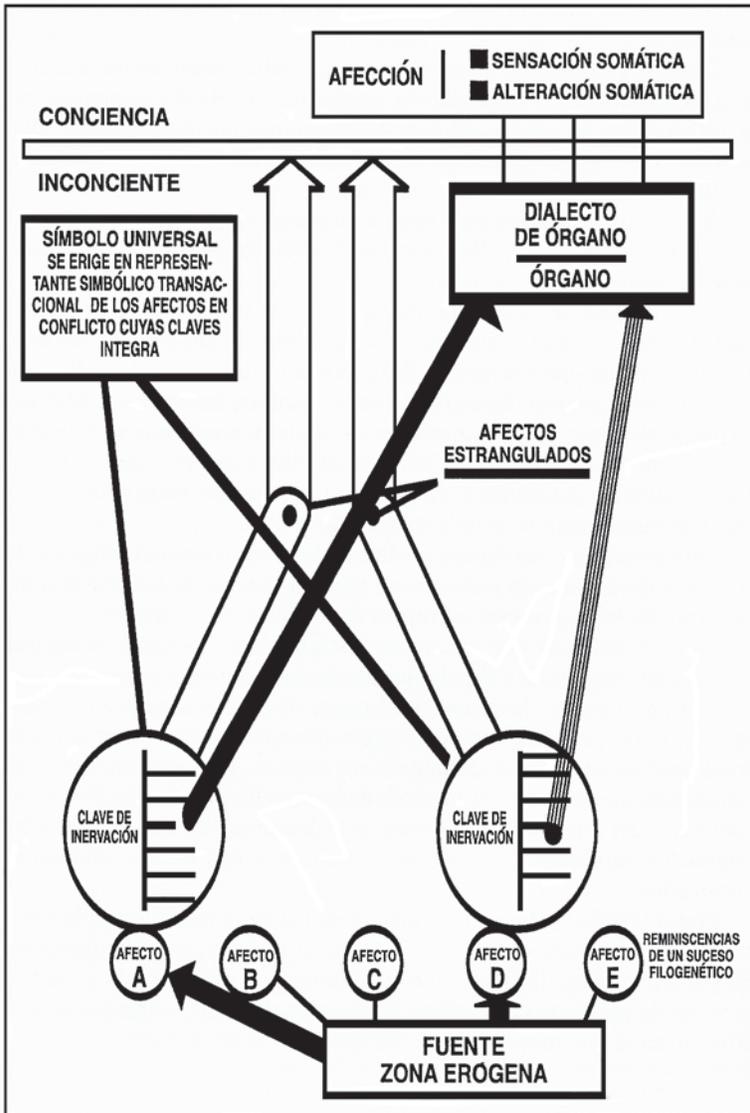
Sin embargo, si las únicas posibilidades fueran esas, el lenguaje de órgano sería demasiado pobre como para dar cuenta de la normal combinatoria de los significados propios de distintas zonas erógenas.

Pero recordemos que un afecto “estrangulado” puede descargarse por la sobreinvertidura de alguna de las inervaciones singulares que forman parte de su clave normal. Lo que devuelve la riqueza significativa al código, aparentemente torpe, de un dialecto de órgano, es precisamente su capacidad “latente” de evocar, en el intérprete, el significado de la clave que el proceso defensivo ha deformado. En lo inconciente del enfermo, el síntoma que descarga la invertidura se ha erigido en representante *simbólico*, transaccional, de las emociones implicadas.

¹⁴ Uno de los ejemplos más comunes de estas relaciones es la que existe entre sonrojarse y la vergüenza, que está orgánicamente determinada y por lo tanto es universalmente compartida.

Freud (1915d*, 1915e*) dice que la meta genuina de la represión es la sofocación del desarrollo del afecto. El afecto constituye, pues, la importancia del significado. De modo que el síntoma corporal, erigido en representante de un afecto conflictivo, no solamente “habla”, sino que su significado es el que más nos “dice”.

Gráfico 7



VI. La segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis

Cuando Freud (1900a [1899]*, pág. 118), en los comienzos de su obra, defiende la tesis de que los sueños son interpretables, señala que la ciencia acuerda en considerar que “el sueño no es en absoluto un acto anímico, sino un proceso somático que se anuncia mediante ciertos signos en el aparato psíquico”.

En 1915 escribe “Justificación del concepto de lo inconciente”, y aborda allí la cuestión de si es posible aceptar la existencia de una vida psíquica que no sea conciente (Freud, 1915e*, págs. 163-167).

Casi veinticinco años después retoma la misma discusión. Existe general acuerdo, dice Freud, en que los procesos concientes no forman series cerradas, sin lagunas; por esto se adopta el supuesto de unos procesos físicos o somáticos, concomitantes de lo psíquico, que forman series más completas, ya que algunos de ellos tienen procesos concientes paralelos y otros no (Freud, 1940a [1938]*).

También señala Freud (1940b [1938]*, pág. 285) que la equiparación de lo psíquico con lo conciente tuvo la desagradable consecuencia de que los procesos psíquicos quedaran arrancados de la conexión del suceder universal.

Sin embargo, dice luego, era imposible dejar de ver que “los fenómenos psíquicos dependen en alto grado de influjos corporales y a su vez los más intensos efectos sobre los procesos somáticos. ...los filósofos debieron por lo menos adoptar el supuesto de que existían procesos orgánicos paralelos a los procesos psíquicos concientes, ordenados con respecto a ellos de una manera difícil de explicar... Pero esta solución seguía siendo insatisfactoria” (Freud, 1940b [1938]*, pág. 285).

Cuando Freud escribe esas palabras tiene ochenta y dos años y, tal como lo consigna Strachey, presentará, por última vez, sus ideas. En las palabras de Freud, su propósito “es reunir los principios del psicoanálisis... en los términos más inequívocos” (Freud, 1940a [1938]*, pág. 139).

Expone, entonces, “la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis”: el psicoanálisis “declara que esos procesos concomitantes presuntamente somáticos son lo psíquico genuino, y para hacerlo prescinde al comienzo de la cualidad de la conciencia” (Freud, 1940a [1938]*, pág. 156).

En otras palabras: la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis afirma que cuando lo psíquico inconciente se presenta a la conciencia privado del sentido que le otorga su integración en una cadena de significados, constituye lo que, desde la psicología de la conciencia, se categoriza como proceso somático. O también: llamamos somático a lo psíquico “genuino” cuando la significación que lo integra en una serie psíquica continua permanece inconciente.

Es difícil exagerar la importancia de esta hipótesis, porque no sólo nos demuestra que la interpretación de lo somático *es* el psicoanálisis, sino que revela una epistemología freudiana generalmente latente y distinta de la que se manifiesta en muchos de los conceptos con los que teoriza sus descubrimientos.

El Freud (1910i*) de “La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis”, o el que sostiene la existencia de un representante psíquico de la excitación somática, es un Freud muy distinto del de la segunda hipótesis. En las dos primeras teorizaciones, soma y psique son dos “realidades” que existen más allá de la conciencia, y en la última son categorías que la conciencia establece en su contacto con la “cosa en sí”. Esa “cosa en sí”, en tanto incognoscible, no puede ser categorizada, “en sí misma”, como psíquica o como somática.

VII. El lenguaje de órgano en la sesión psicoanalítica

En tanto el lenguaje de órgano posee un significado inconciente, constituye un material a interpretar durante una sesión psicoanalítica.

Hemos visto ya que: se habla *del* órgano, se habla *con* el órgano, o es *el* órgano el que *habla*. Aunque el primer caso no constituye un lenguaje de órgano, lo lleva implícito, porque, en la ocasión concreta de una sesión psicoanalítica, *un paciente habla de un órgano cuando ese órgano “le habla”*.

En el capítulo de *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900a [1899]*) titulado “Sobre la psicología de los procesos oníricos”, en un párrafo que sufrió varias correcciones, Freud opone la realidad psíquica a la realidad material. Se trata de una distinción fundamental desde el comienzo de su obra, cuando surge el concepto de “signos de realidad objetiva” (Freud, 1950a [1895]*), hasta sus últimos escritos, donde esa distinción aparece asociada con la idea de una “desmentida de las percepciones” (Freud, 1940a [1938]*).

En el “Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños” (Freud, 1917d [1915]*, pág. 231 *n.* 34) señala que la diferencia entre el modo de defenderse de los estímulos del mundo y el modo que se utiliza contra la excitación que proviene de las pulsiones, se constituye en un signo distintivo de la realidad. Allí discrimina, además, en una nota al pie, entre “examen de la realidad” y “examen de la actualidad”, aunque, lamentablemente, no vuelve a referirse al tema.

En el discurso verbal del paciente podemos distinguir tres tipos de referentes. Puede hablar de las cosas *presentes*, incluyendo entre ellas su cuerpo, que *percibe* en el mundo; puede hablar de sus *sensaciones* somáticas actuales, o, también, de la ausencia de unas y otras, lo cual,

en última instancia, es hablar de representaciones. Cuando se trata de un órgano, sus representaciones pueden recorrer una gama muy amplia, que incluye tanto sus conocimientos acerca del órgano, como, por ejemplo, el relato de un sueño que se refiere a ese órgano.

Podemos decir que los tres referentes básicos del discurso son también los referentes básicos de cualquier forma de lenguaje y, al mismo tiempo, el origen de todo lo que ingresa a la conciencia. Percepciones, sensaciones y representaciones se integran de un modo generalmente inconciente para formar pensamientos, sentimientos e intenciones.

Los representaciones concientes “puras” son “ausencias” y “latencias”, investiduras de huellas mnémicas que alcanzan la conciencia por su ligadura con restos mnémicos de la percepción, entre los cuales preponderan las representaciones-palabra.

Las sensaciones somáticas “puras” son descargas actuales que derivan de las claves inconcientes de inervación de los afectos y pueden alcanzar la conciencia, como ellos, sin necesidad de unirse con representaciones-palabra.

Las alteraciones corporales “puras”, es decir, que no se acompañan de sensaciones somáticas asociadas, se producen cuando la descarga de las investiduras pulsionales que alteran el funcionamiento o la estructura del cuerpo se realiza de manera inconciente.

Las noticias de alteraciones en el mundo, y en el cuerpo, cuando llegan a través de los cinco sentidos, son presencias que dependen del “recorte” que la atención impone a las percepciones. Este recorte está determinado por representaciones que son investiduras específicas de las pulsiones inconcientes.

Cuando eso no ocurre, porque la alteración no se percibe, pueden sin embargo llegar como una información adquirida en el mundo por intermediación de representaciones preconcientes. Tal puede ser el caso, por ejemplo, de la información adquirida como diagnóstico médico. (Véanse los gráficos 8 y 9 en las páginas siguientes.)

En ambas situaciones, cuando una alteración somática “pura” alcanza la conciencia, lo hace bajo la forma de una percepción “exterior”.

Las alteraciones somáticas “puras” (signos) y las sensaciones somáticas privadas de un significado afectivo (síntomas) son interpretadas, por el sujeto que las padece, como producto de una causa o influencia ajena.

En la sesión psicoanalítica, los referentes básicos se manifiestan a través de cuatro vías:

- 1) El discurso verbal.
- 2) Otras formas de la percepción sensorial del analista, que le permiten descubrir signos tales como palidez, obesidad, humedad de la mano, etcétera.

- 3) El lenguaje no-verbal, al cual pertenecen tanto las connotaciones extrasistemáticas del lenguaje mismo, como el inmenso concierto de gestos, conductas y actitudes.
- 4) Los emergentes de la contratransferencia, la cual, en última instancia, constituye la verdadera usina en donde se genera la atribución de significado.

Gráfico 8

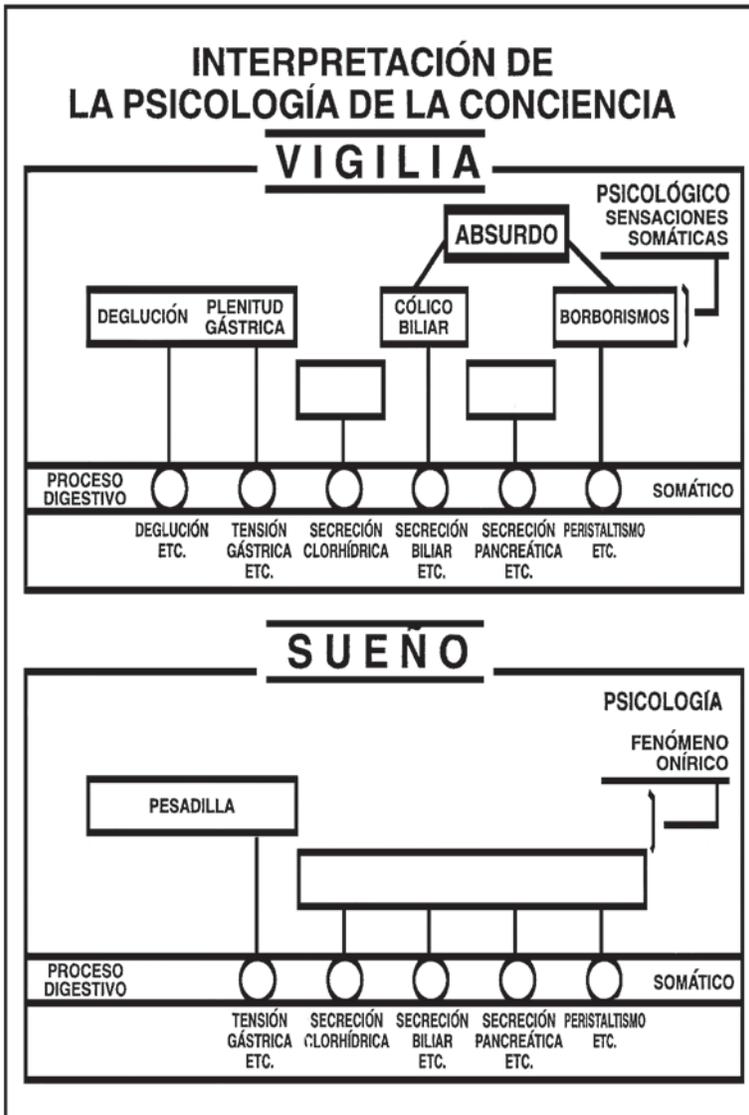
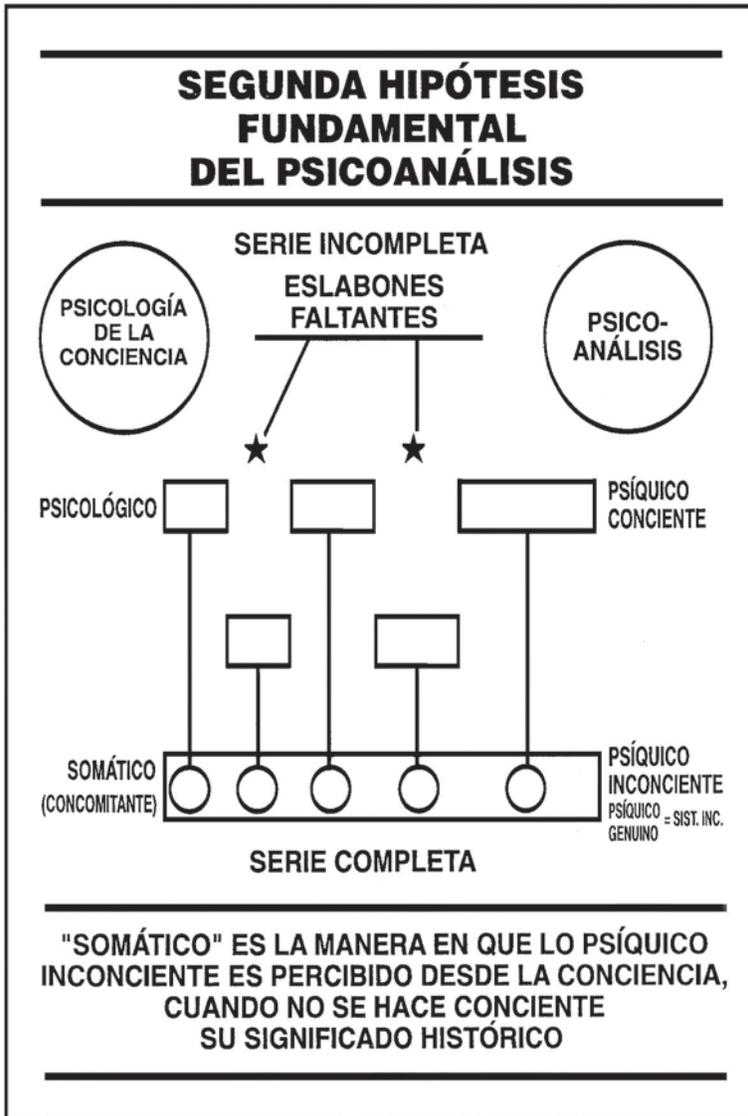


Gráfico 9



VIII. El lenguaje de órgano en la transferencia-contratransferencia

Cuando describe por primera vez la transferencia, Freud (Freud y Breuer, 1895d*) subraya su carácter de "enlace falso". El contenido del

deseo inconciente que, durante el tratamiento, se hizo conciente, quedó enlazado, por la compulsión a asociar, con la persona de Freud, de la cual era lícito que la paciente se ocupara.

Poco tiempo después (Freud, 1900*a* [1899]*) afirma, en términos metapsicológicos, que la representación inconciente, incapaz de devenir conciente, transfiere su intensidad sobre una representación preconciente que la encubre y que adquiere así una importancia inmerecida. En el historial de Dora describe las dificultades creadas por “la sustitución de una persona anterior por la persona del médico” (Freud, 1905*e* [1901]*, pág. 101).

Hay una transferencia, pues, de “falso enlace”, que se produce, en un “presente atemporal”, por el hecho de que la representación preconciente del psicoanalista es, entre todas las demás, la única que, durante el transcurso de la sesión, posee los signos de realidad que permiten diferenciar la percepción del recuerdo. (Véase el gráfico 10 en la página siguiente.)

Hay, además, una neurosis de transferencia que contiene la historia de la relación con el analista, como entretejido de falsos enlaces y contactos “reales”, ya que el analista también es, en alguna medida, un personaje real en la vida real del paciente.

El analista de la neurosis de transferencia funciona, en la sesión, de un modo análogo a como funcionan aquellos personajes del relato que son objeto de una transferencia intensa y actual, como por ejemplo, en el caso de Dora, el señor K.

Dado que la intensidad relativa de la transferencia en estos dos personajes (el analista y el señor K) varía, uno cualquiera de ellos puede, en el discurso de la paciente, encubrir al otro.

Tanto la transferencia por falso enlace como la neurosis de transferencia provienen, en lo esencial, de la transferencia de los complejos inconcientes infantiles reactivados por la regresión que el encuadre y la interpretación producen.

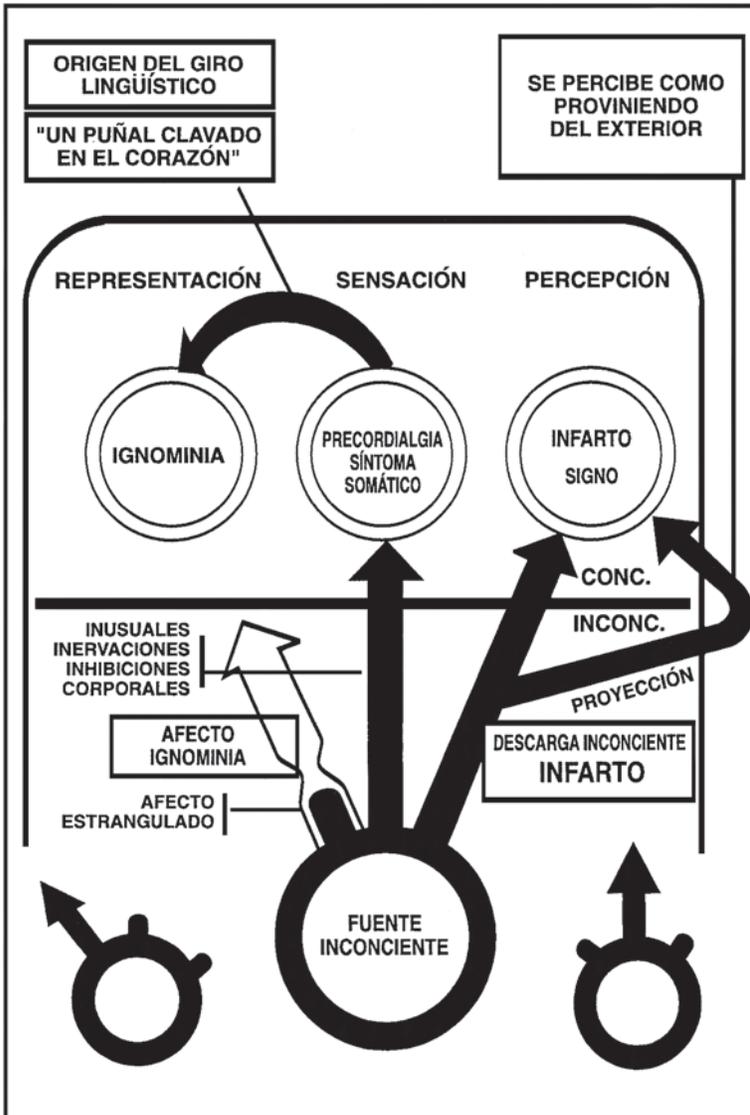
Es inevitable, sin embargo, que, en condiciones normales, nuestro conocimiento de la realidad se obtenga mediante la transferencia de un significado extraído del conjunto de nuestras experiencias pasadas.

Aunque ese significado puede evolucionar liberándose cada vez más de sus componentes de compulsión a la repetición, sería inadecuado hablar, en ese caso, de una transferencia neurótica inicial, ya que constituye, como instrumento del conocimiento, un procedimiento normal. Es la transferencia que configura la alianza terapéutica con el psicoanalista y que interviene en el mantenimiento de un encuadre adecuado.

Las posibilidades que ofrece la contratransferencia como instrumento técnico fueron profundamente estudiadas por Racker (1960), aunque los antecedentes ya se encuentran en Freud, quien no sólo escribe que “lo

inconciente del médico se habilita para restablecer, desde los retoños a él comunicados de lo inconciente, esto inconciente mismo que ha determinado las ocurrencias del enfermo” (Freud, 1912e*, pág. 115), sino que también legitima la utilización de las ocurrencias del psicoanalista precisamente en los casos en que el paciente nada asocia frente a determinados elementos del sueño (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*).

Gráfico 10



Desde el punto de vista metapsicológico, la contratransferencia es una transferencia y, por lo tanto, valen para ella las consideraciones que, acerca de la transferencia, realizamos. Nos encontramos, pues, con una contratransferencia “falso enlace”, una neurosis de contratransferencia y una contratransferencia que es un instrumento, en el psicoanalista, que le permite interpretar lo inconciente reprimido en el paciente.

El mérito de Racker consiste en haber demostrado que también las dos primeras formas de contratransferencia pueden ser convertidas en un instrumento técnico mediante una labor adecuada.

En cuanto a la manera en que el lenguaje de órgano se manifiesta en la transferencia-contratransferencia podemos decir lo siguiente:

- 1) Las representaciones concientes “puras”, que son “ausencias”, tienden a transferirse sobre los personajes del relato del paciente, entre los cuales se cuenta el analista objeto de la neurosis de transferencia.
- 2) Las sensaciones somáticas, por su carácter de actualidad, tienden a transferirse, en el presente atemporal de la sesión, como un falso enlace con el objeto “que está allí”, excitando los signos de realidad.
- 3) La enfermedad somática “pura”, privada de sensaciones somáticas, se constituye de acuerdo con el principio de que aquello rechazado y proyectado sobre el mundo retorna como percepción exterior (Freud, 1896*b**, 1918*b* [1914]*). Se manifiesta, pues, como una alteración objetiva (signos) que el paciente percibe o ignora. Por este motivo, la enfermedad somática tiende a presentarse en la transferencia-contratransferencia como una alteración del encuadre, como una distorsión particular y específica de la alianza terapéutica y del contacto con el analista “real”.

Tanto en el caso de los síntomas (sensaciones) como en el de los signos (percepciones), para que el órgano “hable”, es necesario que el psicoanalista pueda “contraparticipar en la conversación” a partir de la conciencia de su contratransferencia, teñida con la especificidad que cada uno de los órganos, y cada uno de los trastornos, le impone.

En el caso de las sensaciones somáticas, su tarea se acerca más a los postulados de la técnica habitual, pero cuando se trata de alteraciones somáticas “puras”, deberá recurrir (de manera análoga a lo que sucede en la situación planteada por los símbolos universales en el fenómeno onírico) a su conocimiento de las “fantasías de órgano”.

Sin embargo, durante el ejercicio cotidiano de su práctica clínica, deberá conformarse, la mayoría de las veces, con limitar su interpretación al terreno de las resignificaciones secundarias que revisten a tales fantasías.

IX. Resumen

El término alemán *Sprache*, lo mismo que su equivalente inglés *speech*, condensa los significados de “código” y “habla”, incluidos en el vocablo castellano “lenguaje” y en sus equivalentes francés e italiano. Con la palabra “código” aludimos a un sistema de signos que pueden, o no, ser verbales, y con el término “habla” nos referimos al acto particular mediante el cual se ejerce ese sistema.

La expresión *Organsprache* es utilizada por Freud, por única vez, en su trabajo de 1915 acerca de lo inconciente. Allí señala que el dicho esquizofrénico deviene lenguaje de órgano porque adquiere (por obra de una sensación somática) un “sesgo hipocondríaco”.

El término *Organsprache* alude, por lo tanto, inequívocamente, a una clase particular de *Sprache*, o lenguaje, aquel que se ejerce con los órganos o, también, aquel que los órganos ejercen.

Los órganos pueden, entonces, como los “síntomas” histéricos (Freud, 1896*b**, 1918*b* [1914]*; Freud y Breuer, 1895*d**) “intervenir en la conversación” (*mitsprechen*), mediante los síntomas y signos que derivan de sus alteraciones.

Freud señala que la histeria restablece, para sus inervaciones más intensas, el sentido originario de la palabra, cuando vuelve a animar aquellas sensaciones somáticas a las cuales debe su justificación la expresión lingüística¹⁵, y concluye afirmando que el síntoma histérico quizás no haya

¹⁵ “Al tomar literalmente la expresión lingüística, al sentir ‘la espina en el corazón’ o la ‘bofetada’ a raíz de un apóstrofe hiriente como un episodio real, ella no incurre en abuso de ingenio (*witzig*), sino que vuelve a animar sensaciones a que la expresión lingüística debe su justificación. ¿Cómo habríamos dado en decir, respecto del afrentado, que ‘eso le clavó una espina en el corazón’ si la afrenta no fuese acompañada de hecho por una sensación precordial interpretable de ese modo y se la reconociera en ésta?, ¿y no es de todo punto verosímil que el giro ‘tragarse algo’, aplicado a un ultraje al que no se replica, se deba de hecho a las sensaciones de inervación que sobrevienen en la garganta cuando uno se deniega el decir, se impide la reacción frente al ultraje? Todas estas sensaciones e inervaciones pertenecen a la ‘expresión de las emociones’, que, como nos lo ha enseñado Darwin, consiste en operaciones en su origen provistas de sentido y acordes a un fin; por más que hoy se encuentren en la mayoría de los casos debilitadas a punto tal que su expresión lingüística nos parezca una transferencia figural, es harto probable que todo eso

tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común (Freud y Breuer, 1895*d**).

Sostiene (Freud, 1905*d**) que pueden funcionar como zonas erógenas “todos y cada uno de los órganos”¹⁶, es decir no sólo la piel y las mucosas, sino también los órganos internos, y que el examen de las metas de la pulsión nos permite deducir su fuente (Freud, 1915*c**). Podemos deducir entonces que la fuente común a la cual alude el párrafo anterior es, en la teoría psicoanalítica, una zona erógena.

La excitación, cualitativamente diferenciada, que deriva de esa zona erógena posee la capacidad de alcanzar la conciencia como sensaciones somáticas particulares y determinadas (disfagia, por ejemplo) o como investiduras específicas de las representaciones-palabra preconcientes que constituyen al giro lingüístico (en el ejemplo citado: “tener que tragarse” un ultraje).

se entendiera antaño literalmente, y la histeria acierta cuando restablece para sus innervaciones más intensas el sentido originario de la palabra. Y hasta puede ser incorrecto decir que se crea esas sensaciones mediante simbolización; quizá no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común” (Freud y Breuer, 1895*d**, pág. 193).

¹⁶ “...al parecer, pueden actuar en calidad de [zonas erógenas] todo lugar de la piel y cualquier órgano de los sentidos (y probablemente cualquier órgano); no obstante, existen ciertas zonas erógenas privilegiadas cuya excitación estaría asegurada desde el comienzo por ciertos dispositivos orgánicos. Además, se genera una excitación sexual, por así decir como producto secundario, a raíz de una gran serie de procesos que tienen lugar en el organismo, tan pronto alcanzan cierta intensidad...” (Freud, 1905*d**, págs. 212-213).

**DEBATE DEL
SEMINARIO “*ORGANSPRACHE*,
REVISITACIÓN ACTUAL
DEL CONCEPTO FREUDIANO”**

(1992 [1989])

Luis Chiozza, André Green y otros

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis; GREEN, André y otros (1992b [1989]) “Debate del seminario ‘*Organsprache*, revisitación actual del concepto freudiano”.

Ediciones en castellano

Se publicó con el título “Debate” en:

L. Chiozza y André Green, *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1992, págs. 60-132.

L. Chiozza y André Green, *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 55-121.

Este debate tuvo lugar en el seminario internacional “*Organsprache*, revisitación actual del concepto freudiano” (28 y 29 de julio de 1989, Roma), organizado por el Gruppo di Ricerca Psicomatica di Perugia, en homenaje al XXXVI Congreso Internacional de Psicoanálisis.

LUIS CHIOZZA (Buenos Aires): –Con el ánimo de dialogar sobre este tema, tan fascinante, quisiera introducir un punto que me parece fundamental.

Muchas de las dificultades que encontramos en el texto freudiano y en los desarrollos psicoanalíticos posteriores derivan de no tener en cuenta que en Freud se delinearán dos enfoques epistemológicos distintos.

Uno, más explícito, según el cual lo somático y lo psíquico existen de por sí, más allá de la conciencia, aparece muchísimas veces en la obra de Freud. Por ejemplo, cuando habla de la excitación endosomática que “se transforma” en psíquica, o cuando en su artículo sobre “La perturbación psicógena de la visión” (Freud, 1910^{i*}) distingue entre las perturbaciones (que denomina psicógenas) que el órgano sufre como producto de su necesidad de simbolizar una fantasía inconciente, y otras perturbaciones (que denomina neuróticas) que ocurren a raíz de que una función fisiológica es investida por una fantasía inconciente.

Allí se ve bien claramente que Freud toma a lo somático como algo que existe más allá de la conciencia, como a una realidad independiente de la conciencia, y que toma a lo psíquico también como existente de por sí.

Ese no es sin embargo el Freud de la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis. Hay implícita en esa hipótesis otra epistemología que, precisamente, lo condujo a realizar gran parte de sus descubrimientos. Una manera de pensar que lo llevó, contra el consenso de su época, a interpretar los sueños como fenómeno psíquico y no como un epifenómeno somático, y también a interpretar los fenómenos somáticos de la histeria como el jeroglífico de un lenguaje arcano que podía ser comprendido en su sentido.

En esa segunda epistemología freudiana, *somático* es lo que tiene la capacidad de ser percibido, lo que entra a la conciencia a través de los cinco sentidos, de los órganos sensoriales, y *psíquico* lo que posee significado.

Si nos colocamos en esta epistemología, si pensamos que más allá de la conciencia lo inconciente no es somático ni psíquico, sino que, sencillamente, somático y psíquico son modos, categorías que la conciencia construye y aplica a lo que en ella penetra, gran parte de las dificultades teóricas y algunas contradicciones que encontramos en Freud desaparecen.

Volvamos entonces sobre algunos de los problemas que surgen de los planteos de Green.

Por ejemplo: cuando aborda la cuestión de la pulsión y de la realidad como los dos referentes fundamentales de la representación, debemos recordar que Freud hablaba también de una realidad psíquica que se esforzó mucho por diferenciar de la llamada realidad material. En un lugar de “Psicología de los procesos oníricos” en *La interpretación de los sueños*, cambió tres veces un párrafo en el cual se refería a una realidad distinta de lo psíquico. En una de estas frases dice que no debemos negarle realidad a lo inconciente, y en la última versión de esa misma frase afirma: “existe una realidad material distinta de la realidad psíquica” (Freud, 1900a [1899]**, pág. 620)

El modo más sencillo que tenemos de integrar la teoría freudiana es, a mi juicio, pensar que se presentan en nuestra conciencia tres tipos de fenómenos: los que entran por medio de la percepción, que constituyen lo que denominamos la *realidad material*; los que entran a través de la sensación, que tienen una característica para la cual podemos utilizar, creo, la palabra *actualidad*, y los que entran mediante el recuerdo, que aparecen siempre como la *representación* de un particular *ausente*.

Cuando la representación, en lugar de acompañarse de una *carencia* de percepción, se acompaña de una falta de actualidad, tenemos, en vez de una ausencia, una *latencia* –concepto que Freud enuncia claramente en “Lo inconciente” (1915e*) cuando afirma que los sentimientos inconcientes no tienen el mismo carácter de actualidad que poseen las ideas inconcientes–. En lo inconciente, para Freud, los afectos son disposiciones, potencialidades, no actualidades.

Vayamos, por último, al problema de la inervación corporal. Coincido con el planteo y con la curiosidad de Green acerca de este término. El problema de qué tipo de inervación puede ser esta que “no es somática” me parece análogo al que encontramos en el historial de Dora cuando, analizando la neuralgia facial, Freud sostiene que no se trata de una neuralgia “verdadera”. ¿Qué quiere significar Freud con esto? ¿Acaso el dolor de Dora no es un verdadero dolor? Creo que allí Freud, permaneciendo dentro de su “primera” epistemología, en la cual psique y soma son entidades ontológicas distintas, se refiere a que la neuralgia de Dora no puede ser considerada como el efecto de una causa física.

Una neuralgia verdadera sería, para Freud, una neuralgia de origen somático, y una inervación que “no es somática” sería una inervación que no proviene de una causa orgánica, sino psíquica. Se ha dicho, y este me parece un ejemplo, que todo pensador revolucionario cae víctima, en numerosas ocasiones, de los mismos modos del pensamiento que intenta cambiar.

Creo que el concepto de inervación, en Freud, resulta especialmente útil en su teoría de los afectos, y por este motivo le adjudico tanta importancia en la introducción que redacté para el intercambio de ideas que es el objeto de este seminario.

Cuando en su teoría de los afectos Freud distingue entre actualidad y potencia, entre actualidad y latencia, o entre actualidad y disposición, afirma que en lo inconciente los afectos son, desde un punto de vista cualitativo, disposiciones. En lo inconciente, como actualidad, hay ideas y excitación. Cuando el monto de la excitación inviste un tipo particular de idea (no cualquier tipo de idea, no una imago de objeto, por ejemplo), esa que denomina (en *La interpretación de los sueños*) *clave de inervación*, el afecto surge como un proceso de descarga actual que progresa hacia la esfera motora del yo (secretoria o motora vegetativa) y produce la aparición en la conciencia de una cualidad particular que reconocemos como un afecto típico y universal.

La clave de inervación es, pues, la figura cualitativa que distingue un afecto de otro, aquello que determina que el afecto, como proceso de descarga, se manifieste a la conciencia con una cualidad que permite distinguir entre el miedo y la envidia, por ejemplo, o entre el miedo y el enojo.

Me parece que este es un punto esencialísimo. No olvidemos que Freud (1916-1917 [1915-1917]*, pág. 360) dijo tal vez lo más importante entre todo lo que afirmó con respecto a los afectos: sostuvo, homologando el afecto a la histeria, que la histeria es un afecto neoformado durante la vida individual, mientras que el afecto es una histeria general que se ha vuelto hereditaria.

Esa afirmación nos enfrenta claramente con el hecho de que el afecto tiene una doble *vertiente*. Es un proceso de descarga, una excitación, que se dirige hacia la conciencia y llega como sensación somática, pero también, como la histeria, es un monumento conmemorativo, una reminiscencia, de un suceso filogenético. El afecto no es sólo, entonces, la actualidad de una descarga, es también significación.

Si enfocamos desde esta epistemología al resto de la teoría psicoanalítica, la alternativa entre cuerpo y psique desaparece. Esto nos conduce directamente a comprender que su planteo en 1938, que denominó el segundo supuesto fundamental del psicoanálisis (Freud, 1940a [1938]*), ya estaba presente en 1895, en el historial de Isabel de

R. (Freud y Breuer, 1895d*) o en *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900a [1899]*). En pocas palabras: *llamamos somático a lo psíquico inconciente, cuando su significado no llega a la conciencia.*

No cabe duda de que este punto es esencial para la discusión que hoy sostenemos. Cuando hace un momento Green decía, por ejemplo, que el lenguaje corporal tiene por función no comunicar, afirmaba algo verdadero. Pero esta verdad es sólo el cincuenta por ciento de la verdad. El otro cincuenta por ciento consiste en el hecho de que el lenguaje corporal también intenta, a su manera, comunicar.

En cada sesión psicoanalítica podemos ver cualquier fenómeno que proviene del paciente, y no sólo su discurso verbal, como un triunfo de la resistencia que “se propone” no comunicar aquello que intenta mantener reprimido. Pero también podemos verlo como un intento de comunicación. Creo que los dos aspectos están siempre presentes, y además, que predomine uno u otro depende también de la capacidad del intérprete.

Lo que me parece más importante comprender, sin embargo, es que en algún momento de nuestra interpretación teórica se produce un deslizamiento lamentable por obra del cual confundimos mentalización conciente con mentalización inconciente. Decimos entonces que un fenómeno carece de significación por el hecho de que esta significación permanece inconciente.

Frente a un fenómeno corporal solemos decir que no constituye un lenguaje, que no hay allí comunicación, por la sencilla razón de que esa comunicación no se descifra fácilmente. Pero, en última instancia, antes de Freud, también pasaba esto con la histeria.

Por todas esas razones me parece fundamental distinguir entre los tres tipos de existentes concientes que ya mencionamos. Cuando se trata de un *recuerdo*, que aparece en la conciencia, surge pleno de significación. Cuando se trata de una *sensación somática* nos encontramos a mitad de camino entre la noticia y la ignorancia de su significado. Cuando se trata de una *alteración somática perceptible*, en cambio, solemos confundir el hecho de que su significación permanezca inconciente con una carencia de significado que avala, falsamente, una afirmación teórica.

Creo que en la circunstancia de una enfermedad somática, nos encontramos frente a un caso particular de aquello que Freud denominaba doble inscripción. Frente a un infarto de miocardio indoloro, que me he enterado que padezco porque me lo ha comunicado un médico, puedo decir que es psíquicamente “mudo”. Sé ahora, gracias al médico, que *tengo* un infarto, y debo preguntar por lo que significará en mi vida. ¿No se parece esto, acaso, a lo que ocurre cuando se le comunica, sin más, a un semejante, que *tiene* un complejo de Edipo?

Es cierto que existe todo un desarrollo teórico acerca de la significación *propia* del complejo de Edipo, que es conciente dentro de la comunidad psicoanalítica, y que no podemos decir lo mismo en lo que respecta a la significación *propia* del infarto cardíaco. Pero que esa significación no forme parte de los conocimientos que poseen consenso, o que no se esté de acuerdo con respecto a ella, no es lo mismo que el haber demostrado su inexistencia.

Si tenemos que elegir entre una y otra posición teórica, y no aceptamos el hecho de que la investigación progresa continuamente en el descubrimiento de significados específicos de distintas alteraciones orgánicas, debemos tener en cuenta, por lo menos, aquello que la observación demuestra una y otra vez: el perfil biográfico de los pacientes con infarto de miocardio es diferente del perfil biográfico de los pacientes con esclerosis en placas, leucemia o diabetes, por ejemplo, los cuales, a su vez, difieren entre sí.

La idea de Freud de que la excitación de un órgano funciona como “una cuasi-pulsión”, que Green cita, me parece importante para el tema que nos ocupa. Si bien la excitación producida por la alteración de un órgano puede diferenciarse de las pulsiones clásicamente reconocidas, no se diferencia tanto de lo que es una pulsión dentro de la teoría de las pulsiones.

La teoría psicoanalítica sostiene que la pulsión es el producto de una necesidad que surge, en la fuente, como una carencia, y esa carencia puede ocurrir mediante la intervención de una causa “exterior”.

La carencia, más allá de un cierto límite, se transforma en una desestructuración de la fuente, en una alteración del órgano. Así como afirmamos que una alteración tóxica o destructiva de un órgano, proveniente de una causa “exterior”, es una “cuasi-pulsión”, podemos decir también que una pulsión insatisfecha puede alterar un órgano, cuando la erotización de las zonas vecinas es insuficiente.

El punto central alrededor del cual gira toda la cuestión es si aceptamos o no que, tal como surge de la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, llamamos somático a lo psíquico inconciente cuando accede a la conciencia privado de su significado inherente.

ANDRÉ GREEN (París): –Querría precisar también yo mi posición, ya que podría haber suscitado algunos malentendidos en lo que se refiere a las relaciones de lo psíquico y lo somático. El dualismo de la reunión, el dualismo del cual hablo, no es un dualismo de sentido: se trata de rendir cuenta, simplemente, de los diversos niveles de organización que conducen a una relativa autonomización de lo psíquico. Si no se toma en cuenta esta relativa autonomización de lo psíquico, no se puede ver su especificidad.

¿La psiquiatría es algo diferente de la medicina? Sí y no, pero confieso que si alguien sostuviera que la psiquiatría es medicina, diría: “Bien, se

lo dejo pensar, pero yo me voy, aunque la psiquiatría sea la rama de la medicina aplicada a las enfermedades mentales”. Se trata de dar razón de aquello que hace posible, en el ser vivo, esa apertura que es lo psíquico, dejando en claro (en lo que respecta a toda interpretación espiritualista) que el punto de partida de la organización psíquica está en una radicación en el cuerpo. Pero diría que la radicación en el cuerpo (aun siendo el primer parámetro) no es suficiente para definir lo psíquico: hay otros tres. El segundo parámetro está representado por el objeto: cuanto más importante es la radicación en el cuerpo, tanto mayor es la importancia del objeto, paralela y correspondiente. El tercer parámetro es la dimensión tópica: se trata de un tratamiento diferente de los espacios. El cuarto y último está constituido por la vectorización del proceso.

Es justamente con la segunda tópica, de 1923, que Freud opera un corte fundamental, ya que se desembaraza entonces de la referencia a la conciencia y utiliza al inconciente en un sentido completamente diferente. Me pregunto por qué Chiozza (que conoce tan bien a Freud y que lo cita muy pertinentemente para sostener sus tesis) no ha tomado en consideración que, en la segunda tópica, el yo sea ante todo connotado como corporal y, además, en gran parte como inconciente. En ese momento cambia la noción de inconciente (porque el yo es inconciente de las propias diferencias) y éste deviene independiente de los contenidos, ya que se refiere a la inconciencia del funcionamiento. Parangonando la inconciencia del funcionamiento del yo con la inconciencia de los procesos somáticos, tal vez pueda pensarse algo que nos permita avanzar en esta teorización.

Para proseguir, les daré ahora una definición de lo psíquico que no he querido dar antes: para mí *lo psíquico es la relación entre dos cuerpos, uno de los cuales está ausente*. ¿Cuáles son las consecuencias de esto, para la organización del ser vivo humano? Creo que no se puede dejar de establecer la diferencia fundamental entre *inervación* e *investidura*, porque pienso que la puesta en juego de esta distinción es la noción de *representación*: todo aquello que pertenece al orden de lo psíquico debe ser cribado a través de su función de *representación*. A continuación querría referirme a la distinción de dos expresiones de Freud que a mi juicio no son equivalentes: la *pulsión como representante psíquico* (*psychische Repräsentanz*) y el *representante-representación* (*Vorstellung-repräsentanz*). Se trata de dos nociones muy diferentes, cuya articulación es necesaria.

La relación con el cuerpo implica una elaboración de la relación con el otro. Creo que Lacan nos ha arrastrado hacia abismos ideológicos colocando a este “otro” en la posición de ser solo (sin el cuerpo), mientras que el cuerpo deviene completamente subordinado, o es transformado en un cuerpo atravesado por el significante. Creo que hay que tener en cuenta la

contradicción que existe entre el cuerpo y el otro, a partir de la cual pueden aparecer ciertas nociones diferenciadoras; es decir, en la elaboración de los diferentes sistemas de representación, la cuestión de la dinamicidad y la de la vectorización. Es en este punto que me separo de Chiozza. Pienso que la referencia al lenguaje, de acuerdo con Saussure, que es la base de la teoría de Lacan, es mucho menos fecunda que una referencia a la semiótica, vinculada con Peirce. Entre los sistemas de representación, el lenguaje es un caso fundamental, privilegiado y completamente peculiar (constituye también el límite de la teorización psicoanalítica), pero no es, sin embargo, más que una de las formas posibles de representación, entre los diferentes sistemas de representación.

Aquí se puede considerar lo que sucede, a nivel de la elaboración del sistema digestivo, como ha dicho Chiozza, en relación con un sistema de representación. Pero tengo muchas dudas: no pienso así, o más bien pienso que de todos modos eso puede hacerse a través del puente que existe entre inervación e investidura. Es por este motivo que he tomado la precaución de distinguir entre tres sistemas: el sistema funcional, en el cual el cuerpo “se mezcla en la conversación”, el sistema hipocondríaco-narcisístico y el sistema de la enfermedad somática propiamente dicha, en el cual no sirve de nada hablar de complejo de Edipo.

¿Tiene sentido el infarto? Tal vez, pero lo que me interesa es la malla del tejido que permite inferir este sentido en relación con una organización somática que, a mi juicio, no tiene nada que ver con el “otro”. En cuanto al problema de la relación entre psíquico y somático, querría saber qué piensa Chiozza a propósito de un trazado electroencefalográfico que se mantiene plano durante varios días.

CHIOZZA: –Voy a postergar la respuesta a la última pregunta de Green porque, tal como está formulada, no sé qué contestar. Necesitaría saber en qué contexto se sitúa cuando me pregunta qué pienso acerca de un trazado electroencefalográfico que se mantiene plano durante muchos días. Intentaré responder a otras preguntas que, además, me parecen puntos previos.

Creo que la cuestión más interesante surge alrededor de esta pregunta: ¿a qué tipo de yo se refiere Freud cuando habla de un yo corporal? En 1923, en *El yo y el ello* (Freud, 1923b*), dice que el yo es, ante todo, corporal. Luego continúa diciendo que es un ser superficial, y agrega que, mejor aún, es la proyección de una superficie. (La cita que hago, de memoria, no es completamente literal, y proviene de la traducción castellana de López Ballesteros, pero he visto que la traducción que hace Etcheverry no difiere significativamente.)

Preguntémosnos ahora: ¿qué quiere decir Freud con esas palabras? El tema parece atinente a lo que estamos discutiendo, sobre todo si tenemos

en cuenta que Freud lo escribe en el mismo contexto en el cual nos habla del *homunculus* cerebral.

Parece evidente que, cuando Freud habla de la proyección de una superficie, se refiere a la noción que el sujeto tiene acerca de su propio yo, es decir a lo que, en otras terminologías, se denomina *self* o, también, el esquema corporal, ya que dice que ese *self* es, ante todo, corporal. De modo que cuando afirma que el yo es ante todo corporal, superficial y la proyección de una superficie, parece aludir, más allá del *homunculus* cerebral, a la manera en que lo corporal se presenta a la conciencia.

Es cierto que aquí, aparentemente, se mezclan los esquemas, porque Freud habla a menudo del cerebro, y también de la corteza cerebral; pero en el lenguaje freudiano muchas veces la anatomía parece funcionar como un representante psíquico más que como la “cosa en sí” de Kant. A veces da la impresión de que Freud considera a la corteza cerebral como un representante de la conciencia. Sea cual fuere la interpretación que aceptemos, lo que me interesa subrayar es que para Freud, en este punto, lo corporal aparece como algo definido dentro de lo psíquico. De este modo la conciencia atribuye, a un fenómeno, la cualidad de lo corporal.

Otra cosa que me parece muy importante, algo que para mí es tan central como para Green, es la diferencia entre inervación corporal e investidura. Me gustaría aclarar mejor este punto, porque creo que no difiero de su formulación, sino que la veo desde otra epistemología. Creo que la epistemología a la cual me refiero es también una epistemología freudiana, pero en el caso de que no lo fuera, lo esencial no sería discutir esto, sino su validez.

Me parece que en lugar de decir que la inervación corporal carece de representación psíquica, deberíamos decir que se presenta a nuestra conciencia como privada de representación psíquica. De modo que, cuando surge una sensación somática, nuestra conciencia se ve forzada a atribuirle siempre una representación “secundaria”.

Pienso que no debemos confundir la imposibilidad de la conciencia, en un presente dado, para descubrir la representación inconciente inherente a una determinada inervación corporal, con el hecho de haber demostrado teóricamente que esa representación no existe.

Green dice que encuentra una diferencia entre lo que él y yo sostenemos en lo que atañe al sistema de representaciones. Sin embargo, me parece que, precisamente en este punto, estamos de acuerdo. No sólo coincido con él en que el aspecto central de toda esta cuestión reside en el sistema de representaciones, sino también en la distinción fundamental entre representación y representante. En la medida en que entramos en el concepto de representante, entramos en el concepto de lo simbólico. Por otro lado, cuando hablamos de

representación, nos estamos refiriendo a un elemento psíquico mucho más rico en restos mnémicos de la percepción. No encuentro en esto mayor divergencia con lo que afirma Green; me parece que lo central de la divergencia reside en otro aspecto de la misma cuestión.

Esta mañana se planteó aquí que en la histeria el sufrimiento psíquico es reducido al silencio. Green afirmó entonces que en la enfermedad somática la significación es reducida al silencio, y agregó enseguida que la enfermedad somática destruye la significación. Comparto sin mayor dificultad la primera afirmación y, con algunas reservas, podría suscribir las dos últimas, pero me interesa subrayar otra cosa.

Cuando algo es reducido al silencio, el silencio no demuestra la ausencia de un significado, sino precisamente lo contrario, el reconocimiento tácito de una significación que ha sido *silenciada*. Análogamente, diría que la enfermedad somática *tiene* la significación que destruye.

Estoy de acuerdo en que hay cosas que se dicen y otras que se hacen, pero sabemos muy bien que se puede hacer con lo que se dice y decir con lo que se hace. El hecho de que Green titulara su libro sobre los afectos *El discurso viviente* me parece que marcha en la misma dirección. Justamente porque concuerdo con Green en que el lenguaje verbal es sólo uno entre otros lenguajes, me importa subrayar el carácter comunicativo del afecto como proceso en el cual lo somático y lo psíquico son inseparables.

El afecto es actualidad, pero también representación; no sólo es un proceso cuantitativo de descarga, sino también una reminiscencia histórica. Para interpretarlo debemos penetrar en el terreno de los símbolos universales, en el terreno de la herencia arcaica, en el terreno de los significados filogenéticos, y es claro que allí no nos podemos mover con la misma comodidad con que lo hacemos cuando se trata de recuerdos infantiles.

Es un terreno que nos llena de inquietud, pero debemos tener presente –lo reitero– que el hecho de que una sensación se presente a la conciencia privada de una significación inherente no significa haber demostrado que carece de ella en lo inconciente.

ARNALDO BALLERINI (Florencia): –Me parece que el debate entre Green y Chiozza promueve problemas de tipo epistemológico o relativos a la multiplicidad de los lenguajes del cuerpo. Ha surgido de manera bastante clara que la lengua del cuerpo no es una especie de esperanto, es decir, una lengua única, sino un conjunto, no sabría decir si de dialectos o de lenguas derivadas de cepas lingüísticas sustancialmente diferentes (de las cuales algunas han sido hechas para comunicar, y otras no; o algunas se caracterizan por una revivificación interpersonal que las vuelve comprensibles y otras son de difícil revivificación).

A propósito del lenguaje del cuerpo, que para el doctor Green no comunica nada, a mí, como psiquiatra de orientación fenomenológica, me viene inevitablemente a la mente la dicotomía entre el cuerpo que se tiende a entender como objeto y el cuerpo que se tiende a entender como sujeto. Digo que “se tiende a entender” porque no hay experiencia del propio cuerpo, ni siquiera la más objetivada y tematizada, que no esté empapada de egoicidad, de “ipseidad”. Y por lo tanto, no hay un cuerpo funcionando como sujeto que no esté empapado de facticidad.

En estos dos gradientes, sin embargo, hay quizás lenguajes diferentes. Una cosa, en verdad, es usar el cuerpo como lo hace el histérico, que es un uso destinado en alto grado a comunicar, a ser representado, y en el cual el cuerpo sirve para trazar signos; aquí estamos, por lo tanto, cerca del polo del *Körper*, y de ahí tal vez esa “*belle indifférence*” janetiana frente al síntoma histérico que Green nos ha recordado. Otra cosa, en cambio, es la alteración de la corporalidad vivida, por ejemplo, en una fase de exordio esquizofrénico. Pensamos, en tal situación, en la perplejidad en la que la corporalidad está siempre comprometida. Pero está el sujeto mismo en esa corporalidad. Se diría, por lo tanto, que nos encontramos ante una crisis patológica del *Leib*, mientras que antes se trataba de un uso del *Körper* como instrumento para comunicar.

Por consiguiente, las diferencias que pueden establecerse entre *Organsprache* y *Organsprachen* son probablemente muchas, y espero que surjan.

ANA MARIA MURATORI (Roma): –La referencia de Green al transcurso vectorial elegido para representar una vicisitud de una pulsión me parece muy importante. Lo he imaginado, mientras Green lo citaba, como una perversión funcional, en el sentido freudiano, es decir, como una detención del transcurso de la pulsión hacia el exterior, hacia el objeto de la realidad, o también como una inflexión de la pulsión (y aquí creo que la condición del yo, y del narcisismo en particular, debe tener mucha importancia). Me parece, por ende, un concepto operativo que permite disponer de manera más ordenada todas las sugerencias que han sido dadas esta mañana.

Me parece que la orientación del movimiento vectorial debe poder representar el evento propio del análisis si lo comparáramos con otra disciplina. El psicoanálisis, de hecho, privilegia los eventos internos más que los externos: estos últimos podrían, por lo tanto, concernir a otro campo disciplinario, como la biología o la física. Consideremos ahora el psiquismo separado de la corporalidad, o también la corporalidad y el psiquismo interactuantes, en varias formas, etc. Por una utilidad práctica, además, y por razones de ubicación, me pregunto si no se podría recurrir, por ejemplo, a

un concepto sistémico por el cual el objeto en consideración sea entendido al mismo tiempo como una unidad sistémica sobre la cual hacer todas las operaciones posibles y también, pero sucesivamente, la de separación.

Me parece que la idea del movimiento de la vectorialidad debe consentir hipotetizar un evento que crea un estímulo que de algún modo rompe el equilibrio del sistema (que es un sistema autorregulador, por definición freudiana, implícita) intentando y realizando (con los medios de los cuales dispone) un reordenamiento, un retorno a una situación más acorde.

Los medios de los cuales dispone nos llevan de nuevo al análisis de la vectorialidad, porque la vicisitud de la pulsión signa ciertas exclusiones y ciertas posibilidades y, por lo tanto, consiente delimitar un campo, que es el del programa de investigación. Entonces me pregunto si los discursos de Chiozza y de Green no podrían encontrar una ubicación, y quizás también una posibilidad de comparación mayor, en el caso de que hubiera definiciones de campo que llevaran razonablemente al discurso sobre las particularidades funcionales de este conjunto, que podrían dar acceso, por lo tanto, a varias elecciones de campo. Tendremos, entonces, campos más circunscriptos.

ALDO STELLA (Perugia): –Querría hacer dos preguntas. La primera al doctor Green. Usted ha hablado de un lenguaje que no comunica. A mí me parece que se debe hacer una distinción, y le pido que eventualmente me lo confirme, entre *comunicación* y *semantización*. Entiendo por semantización el nexa que es colocado entre un signo y un significado; allí donde la comunicación no sería otra cosa que la explicitación de una semantización implícita. Ahora, admitido que pueda haber un lenguaje que no comunica, me pregunto si puede haber un lenguaje que no semantiza, o sea, si existe la posibilidad de concebir un signo que pueda ser pensado como signo independientemente de su nexa, a mi juicio estructural, con el significado.

Desde este punto de vista no existe un signo que no sea significativo. Aun el garabato es significativo. ¿Qué significa el garabato? Significa la ausencia de significado, y la ausencia de significado no es otra cosa que un nuevo significado. Por lo demás, hay que considerar que no sólo el objeto del discurso, sino también todo objeto en cuanto tal es un relato, porque si es objeto no puede no ser determinado, y si es determinado se ubica en referencia a todos los otros objetos; en consecuencia, es un signo en sí mismo; por lo tanto, él mismo, en cuanto se ubica, lo hace refiriéndose a su significado, sea implícito o explícito.

La segunda pregunta se dirige al doctor Chiozza. Usted ha hablado de un órgano que es intermediario de la comunicación, pero también sujeto de la comunicación: bien, me parece que esto crea un problema. Creo que la co-

municación, representación, expresión, se da a condición de mantener la dualidad entre el representante y aquello que se expresa con la representación. De modo que la representación podremos definirla como la relación que transcurre entre el representante, el signo, y el representado, que es su significado. Entonces, en el momento en el cual decimos que el órgano es, al mismo tiempo, representante y representado, si queremos mantener la inteligibilidad de la representación no podemos dejar de postular el desdoblamiento del órgano en un “sí” en cuanto representante y en un “sí” en cuanto representado. Pero el “sí” representado (que sería el sujeto de la representación) tiene un único modo de ser expresado, es el yo: no por casualidad el sujeto del enunciado se expresa siempre en la forma de la primera persona singular.

GREEN: –La discusión hace surgir una necesidad de clarificación. No podemos tener otras teorizaciones que una teorización estratégica en relación a un *corpus* y al modo en que evidenciamos los objetos que le pertenecen. Pienso que lo que determina la especificidad de la experiencia psicoanalítica es que está unida por un solo y mismo acto de referencia: el de la comunicación analítica en la transferencia. Aunque esa comunicación, en el espíritu del analista, se da como referencia unitaria, se debe tener en cuenta su división en dos aspectos que son solidarios pero que debemos distinguir por medio del pensamiento, es decir, las condiciones del encuadre y el método de la asociación libre, que forman parte de las particularidades de la comunicación analítica. Les ruego que no me respondan ahora: ¿y todos los casos fuera del encuadre, las psicoterapias cara a cara, las psicoterapias de niños? Todos estos discursos tienden a eliminar la especificidad de la comunicación analítica, dada por la invención del encuadre, y siempre que salimos del encuadre continuamos pensando en relación a la norma (que es la de la comunicación en el encuadre con las reglas de ese encuadre).

Las dos operaciones a las cuales he aludido son la transferencia sobre la palabra y la transferencia sobre el objeto. Es a través de un mismo acto que un sujeto habla, se dirige a alguien y transfiere sobre él emociones, proyectos, recuerdos, y los actualiza, crea esperanzas. Esto exige la transferencia sobre la palabra: equivale a decir que, efectivamente, todo aquello que puede provenir de otras fuentes comunicativas pasa por el vector obligado de la palabra. Esta es la estrategia a la cual arribó Freud luego de haber experimentado con otras estrategias; es también la estrategia impugnada por un cierto número de métodos no analíticos, como la *Gestalt*, el grito primario, etcétera.

¿Cuál es la ideología que está detrás de esta doble transferencia en una sola operación: transferencia sobre la palabra y transferencia sobre el objeto?

Es la siguiente: la tentativa de transformación del aparato psíquico en aparato de lenguaje. La hipótesis es, por lo tanto, que gracias a las condiciones de la experiencia, el aparato del lenguaje logra drenar, mejor que cualquier otro, aquello que está en el orden del aparato que le es inaccesible, es decir, el aparato psíquico. Se conjugan aquí dos dimensiones, también ellas necesariamente ligadas: la dimensión de lo intrapsíquico y la de lo interpsíquico. La transferencia sobre la palabra es la dimensión de lo intrapsíquico; la transferencia sobre el objeto es la dimensión de lo interpsíquico.

Llegamos a la cuestión de la vectorización. Me alegra que se haya comprendido su importancia, porque bajo este término abstracto he incluido categorías muy diferentes. He incluido, pues, una referencia a los diversos espacios psíquicos (hablar no es la única manera de expresión significativa, se puede pintar, hacer música, acrobacia, se pueden realizar todos los tipos de actividad humana): la cuestión de la vectorización depende, en efecto, de aquello que Bion llama el vértice. Pero la cuestión de la vectorización comprende además lo que se podría llamar la finalidad de los procesos psíquicos, es decir, el cumplimiento y la realización que implican una dimensión temporal. Se adopta, por otra parte, una referencia normativa diciendo que debe ser de uno u otro modo. La vectorización es un estado de hecho, comenzamos con un estado que ya está vectorizado.

Entonces, en lo que respecta a la pregunta de la doctora Muratori, que se ha referido a una entidad teórica, a una unidad sistémica que antecede a la distinción entre psique y cuerpo, pienso que esto no puede dejar de llevarnos de nuevo a la pulsión, entendida justamente como sistema de base. Por mi parte querría tomar en consideración todo eso: partir de esta concepción límite donde observamos roturas en el sistema y autorregulaciones, como ha dicho la doctora Muratori. Pero eso es lo que hacemos cuando estamos a punto de pensar y de hablar; es lo que hacemos de hecho, no podemos hacer de otro modo, pero sí pensar las condiciones que nos permiten hacerlo. Los remito al último párrafo de “El porvenir de una ilusión” (Freud, 1927c*), donde Freud dice que el aparato psíquico es una parte especializada que resulta de una diferenciación del mundo y que es influido por su relación con el mundo, por lo cual no puede haber conocimientos directos. El punto de partida, pues, es el punto de partida de esta psique que busca pensar lo psíquico y lo no psíquico. El problema es saber si existe lo no psíquico y cuáles son los rasgos diferenciales y las relaciones entre lo que es psíquico y lo que no lo es. Y es en este punto que espero que el debate contribuya a mostrar que en la conceptualización de Freud existe algo extremadamente riguroso cuando –como lo he subrayado– se refiere a la pulsión y al modo en el cual ésta se manifiesta como investidura, representación, lenguaje y, luego, en relación a la realidad con el lenguaje y la acción.

Lo que quiero decir es que, desde nuestro punto de vista, existe un cierto número de referencias mínimas que no podemos suprimir. Estas referencias son, como he dicho, la radicación corporal, el objeto, la tópica y la vectorización. Esta última representa, a mi juicio, un elemento al mismo tiempo diacrónico y sincrónico, mientras que la tópica resulta de diferenciaciones e implica espacios psíquicos diversos: el espacio del lenguaje, el espacio del mundo de las cosas y espacios que no estarían ni siquiera en el orden del mundo de las cosas. Esto me lleva a la respuesta concerniente a la argumentación sobre el lenguaje que no comunica.

Las reflexiones propuestas por el doctor Stella reconducen a la retórica. Evidentemente, para la retórica no puede existir nada que no sea semantizado por un lenguaje. Pero una retórica tal no puede tomar en consideración una formulación como la de Freud cuando dice que en el psicótico el lenguaje, las palabras, se refieren a un mundo interno donde los objetos han sido abandonados. Para la retórica, la idea de un mundo interno en el cual las investiduras de objeto han sido abandonadas es estrictamente impensable: o no hay más retórica o no existen más discursos posibles. Freud está en contradicción, evidentemente, con la retórica, y en tal sentido la idea de un lenguaje que no comunicaría nada no quiere decir nada. Efectivamente, la cuestión del objeto como determinado en relación a otros objetos es una conceptualización que no puede tener consistencia más que en un mundo de lenguaje. Justamente lo que Freud considera que es un mundo que no conoce al lenguaje, el inconciente, es formado por investiduras de objeto, sólo por verdaderas investiduras, y por lo tanto toda la operación consistirá en buscar liberar algo a través del lenguaje: aquí está la contradicción.

Entonces, el problema de la diferencia entre comunicación y semantización es, en efecto, completamente pertinente.

El modo en el cual un analista lo planteará será el de las diferencias entre comunicación y semantización en un autista, por ejemplo, en un delirio paranoide, en un neurótico o en un sujeto normal. Para responder a la pregunta relativa a qué puede ser un lenguaje que no semantiza, y a cómo se puede hablar en un universo en el cual los objetos no son habitualmente determinados: es el sueño. Los objetos del sueño no son determinados como los objetos del pensamiento y toda la cuestión depende de cómo el aparato psíquico se transforma en aparato de lenguaje, considerando que el trabajo del sueño es un dato totalmente heterogéneo al lenguaje. Sobre el problema de la legitimidad de las similitudes del trabajo del sueño con las operaciones del lenguaje, es decir la condensación, el desplazamiento, la metáfora y la metonimia, han sido esparcidos ríos de tinta. A mí me parece que la tesis de Lacan no es, de hecho, similar a la de Freud, porque cuando

se lee a Freud se hace evidente que habla ya sea de una transferencia de carga como de una transferencia de operaciones significativas.

Queda evidente el problema de a qué llamamos “sentido”. Y bien, existen, a mi juicio, dos definiciones posibles: una que logra hacer un puente y una que limita ese puente. Si atendemos a los diversos significados de la palabra “sentido” en francés (*sens*), vemos que ella se refiere a la sensibilidad, a la sensorialidad y al sentido común, pero finalmente damos con una definición a la cual quiero referirme porque es de nivel más elevado: el sentido consiste en inducir representaciones en otro. Encontramos aquí la referencia a la representación y, por lo tanto, se abre todo el campo de la *representancia* y de la relación con el otro. Vemos también que, si se refiere a la diferencia entre lo intrapsíquico y lo interpersonal, el sentido deviene el objeto de un gradiente de sentido, entre un sentido que no es destinado a comunicar y un sentido que es un sentido privado, enmascarado, que significa para sí, pero no necesariamente para el otro (como sucede, por ejemplo, en la conversión histérica). En el sentido que no comunica existe la intención de liberar, de no comunicar; aquello que lo signa es, justamente, el deseo de no comunicar.

Las metas no son las mismas en los dos casos. En un caso hay una prohibición (en la histeria); en el otro caso (en la psicosis), existe una amenaza de desorganización del yo, y no hay una referencia a la prohibición o, de todos modos, sólo esta referencia a la prohibición no es suficiente. Hay una referencia a lo imposible porque la finalidad es mantener al objeto (aunque existente) abandonado, enquistado. La meta de la psicosis es tratar de preservar al objeto de la destrucción haciendo un sacrificio del yo.

A propósito de la enfermedad somática (terreno en el cual existen diferencias entre Chiozza y yo), no he dicho que ella se dirige a destruir la significación: no lo dije, quizás hay problemas de traducción. Lo que he dicho es que se paga un precio para que la significación no aparezca, y que ese precio es el bloqueo del funcionamiento mental mediante la puesta en juego del síntoma somático. No estoy discutiendo a propósito de la psicogénesis: eso no me interesa. Estoy dispuesto a admitir la etiología mixta. Pero en lo que se refiere a la organización y la permeabilidad al sentido del síntoma somático, tengo dudas. Se me podría rebatir: “Usted hace lo mismo que se hacía antes del psicoanálisis; antes se decía que no existía un sentido, ahora en cambio se lo ha encontrado, y usted no hace otra cosa que desplazar el problema”. Y respondería: “Puede ser que desplace el problema hacia atrás, pero les señalo que antes del psicoanálisis, cuando se decía que no existía un sentido, no existían todavía los modos de encontrarlo”. Con el psicoanálisis se nos han dado el modo y los métodos para encontrarlo, es decir, mediante el encuadre, la asociación

libre y el conocimiento de otras cosas. Entonces, si se quiere demostrar que existe un sentido en el síntoma somático, creo que es necesario crear otro encuadre, así como, en cierta medida, se puede pensar que el encuadre psicoanalítico no es apropiado al psicótico. Basta recordar a Rosenfeld, que habla, en efecto, del análisis de los psicóticos en una institución con asistentes sociales, psicólogos, enfermeros: se trata de otro encuadre. Es quizás necesario inventar otro encuadre distinto para hacer aparecer la semántica propia del fenómeno psicosomático.

El doctor Sensi me ha preguntado cómo sería posible definir lo psíquico como la relación entre dos cuerpos, uno de los cuales está ausente, dado que la referencia del cuerpo es la presencia. Respondería que la especificidad de la posición analítica es efectivamente eso que llamo el trabajo de lo negativo, el cual, en el psicoanálisis, está potenciado de dos maneras: en primer lugar, porque el psicoanálisis se da como modalidad de acceso al lenguaje que, como se sabe, está en relación negativa con la cosa, en relación de ausencia, y luego porque el psicoanálisis está predominantemente interesado en los efectos de la ausencia de la cosa.

Lo que acabo de señalar lo dijo Bion, después de Freud, y sobre esto ambos concuerdan. El sueño, que es la fuente de todo el pensamiento psicoanalítico, es justamente esta relación de ausencia del objeto, y es por tal razón que mi definición de lo psíquico continúa pareciéndome interesante.

Es necesario comprender la relación de un psiquismo que se dirige a lo corporal, y transformar lo que dice Freud en la imagen de un diálogo entre dos cuerpos, de los cuales uno está, y el otro es obligado a encontrar las modalidades de una solución: su reaparición, o la reaparición de la satisfacción a él ligada. Y aquí el problema del sentido como inducción de representación (definición amplia de sentido) se encuentra limitado por el parámetro de la satisfacción. Esto es central en la introducción del psicoanálisis: es el problema de la referencia al placer, de la referencia a la satisfacción, y de la referencia, contemporánea, a la falta y a las transformaciones de la satisfacción bajo la forma de la sublimación, que implica diferenciaciones en el sistema representativo.

CHIOZZA: –Bien, voy a referirme a la primera pregunta. ¿Por qué motivo no va a ser posible que un representado sea, a su vez, representante de quien lo representa? El esquema teórico se vuelve así muchísimo más complejo, pero es, indudablemente, posible. El representado, además de ser representante de quien lo representa, puede ser también representación de su propio representante.

La teoría psicoanalítica de las zonas erógenas está construida de ese modo. Una zona erógena se puede convertir en representante de otra, la

cual, a su vez, puede ser la representante de la primera o, también, el agente de su descarga.

Por esta causa, el desarrollo de la estructura libidinosa es sumamente complejo, y esto nos explica o nos contesta la pregunta que Freud se formuló acerca de las razones por las cuales el placer preliminar puede aumentar la tensión libidinosa en lugar de disminuirla: precisamente porque cuando una zona erógena se descarga “autoeróticamente” sobre otra, a la cual toma por objeto, aumenta su excitación. El placer “final”, en cambio, relaja la tensión, en la medida en que la descarga, organizada en torno de una primacía, se realiza sobre un objeto que no es el propio cuerpo.

El problema de las relaciones de representación se vincula también con el problema del lenguaje. Me pregunto qué es lo que debemos entender aquí por lenguaje. Creo que el planteo de que el lenguaje es comunicación es demasiado restrictivo. Pienso que el lenguaje, fundamentalmente, es significado. Si ese significado posee, o no, la intención de comunicar, es un problema de otro orden, mucho más complejo, pero sobre ese problema volveremos enseguida, cuando intente responder la segunda pregunta.

El esquema epistemológico que propongo, y que creo que está implícito en la obra de Freud, no es intencionadamente *unitario* o *monista*. Yo diría que lo fundamental reside en que parte de la necesidad de encontrar una teoría coherente para distintos postulados teóricos del psicoanálisis. Aquello que se plantea, en esencia, desde esta postura epistemológica, es que, en lugar de existir dos tipos de realidades ontológicas *fuera* de la conciencia, existen dos tipos distintos de representaciones *dentro* de la conciencia misma.

En realidad no tienen por qué ser únicamente dos. Tal como está construida la teoría psicoanalítica son fundamentalmente dos, pero, como veremos enseguida, cada vez surge con más fuerza la necesidad de agregar un tercer tipo.

Volvamos sobre la misma cuestión desde otro punto de vista.

Cuando hablamos del mundo exterior y del mundo interno, pocas veces tenemos conciencia de que estamos utilizando una metáfora. Lo psíquico no está *adentro*, en ninguna parte, así como lo físico no está *afuera* solamente. La metáfora proviene de una realización conceptual, biológica, según la cual cada organismo posee una “membrana” que divide un adentro de un afuera. Freud utilizó esta metáfora de la membrana para referirse al yo.

Freud sostenía que nuestro pensamiento científico adquiere muchas veces una indeseada semejanza con el pensar concreto de la esquizofrenia; que comenzamos por construir conceptos y terminamos por creer que esos conceptos son las cosas mismas a las cuales representan. Pensar que el yo es *en la realidad* una membrana que limita un mundo interior, psíquico, y lo separa del mundo exterior, físico, encierra a nuestro intelecto en una pobreza lamentable.

Me parece fundamental comprender que cuando estamos hablando de una comunicación *intraorganismo* no sólo ocurre que habitualmente hemos perdido la conciencia de que se trata de una metáfora, sino que además estamos utilizando una metáfora inadecuada, una metáfora física *gastada*, que ya hace mucho tiempo que ha dejado de rendirnos frutos.

Tomemos, por ejemplo, el concepto de pulsión. Freud dice que la pulsión es un concepto límite entre lo psíquico y lo somático. Yo me pregunto, y les pregunto a ustedes: ¿Es un concepto límite entre la psique y el soma o entre el concepto psique y el concepto soma? ¿Por qué la pulsión, en esa frase de Freud, es un concepto, y la psique y el soma no son conceptos? Si aceptamos que se trata de un concepto límite entre dos conceptos, nos damos cuenta de que psique y soma son dos modos diferentes de aprehender que ejerce la conciencia.

Pero, tal como dijimos antes, en la teoría psicoanalítica encontramos tres, y no dos, categorías de conceptos.

La primera es la categoría de presencia, otorgada por los signos de realidad, que vale para el mundo material y vale para el cuerpo. No el mundo *exterior* o el cuerpo *exterior*, sino el mundo y el cuerpo físicos, tal como los percibimos mediante los órganos de los sentidos.

Otra categoría es la actualidad de las sensaciones somáticas, sensaciones que “alcanzan” la conciencia sin necesidad de intermediarios verbales, ya que se constituyen como representaciones mentales, *metafóricas* de un “interior” abierto al cuerpo físico.

Por último, tenemos la categoría de representación de una particular ausencia que posee el recuerdo. Lo que se recuerda se representa en la conciencia privado de los signos de realidad y de actualidad. En términos rigurosos, deberíamos decir que la percepción posee signos de realidad, que la sensación posee signos de actualidad y que el recuerdo carece de ambos.

Freud no habla de *signos de actualidad*, pero en una nota al pie que cito en la introducción a este seminario, y que nunca volverá a retomar, escribe algo que nos lleva a reflexionar. Sostiene que hay un examen de la realidad (yo leo: un examen de lo que penetra a través de los órganos sensoriales) y un examen de la actualidad. De modo que la conciencia posee, de acuerdo con Freud, la capacidad de hacer un examen de la actualidad (Freud, 1917d [1915]*, pág. 231).

Pienso que la distinción entre realidad y actualidad que Freud señala remite a una cualidad que diferencia a la percepción de la sensación, y que es muy importante tenerla en cuenta para comprender de qué manera se presenta la enfermedad somática en el material de la sesión psicoanalítica.

La enfermedad somática “pura” está constituida por signos sin síntomas; es decir que aparece, en la sesión psicoanalítica, como un

dato que el paciente adquiere a través de la percepción y que carece de sensaciones somáticas.

Las sensaciones somáticas, cuando no penetran en la conciencia acompañadas de su correspondiente significado afectivo, constituyen los síntomas, que comparten con los afectos su carácter de actualidad.

El recuerdo, por último, sobresale fundamentalmente por la característica de ser el representante de una determinada ausencia, y para hacerse conciente requiere la intermediación de un resto mnémico de la percepción. Se afirma que tales restos mnémicos están constituidos predominantemente por la palabra, pero otras representaciones preconcientes, no verbales, pueden desempeñar esa función. Freud (1923b*), en *El yo y el ello*, sostiene que los restos mnémicos de la percepción visual pueden cumplirla.

Pienso que si tenemos en cuenta las tres distinciones que mencionamos, podemos comprender mejor la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis. Quiero preguntar a todos ustedes, y especialmente a Green: ¿Cómo entienden esa hipótesis? ¿Qué piensan acerca de ella?

Hace un momento se habló de vectorización; creo que eso corresponde a lo que Freud planteó como primera hipótesis fundamental. No habla de vectorización, pero cuando establece que el aparato psíquico es un aparato extenso, habla de una tópica, sobre la cual se insertarán enseguida una economía y una dinámica que, como toda dinámica, deberá ejercerse a través de vectores.

Cuando Green se refiere, entonces, a su modelo conceptual teórico, en la expresión “estructuración de un sistema vectorial”, está introduciendo la primera hipótesis fundamental del psicoanálisis. De modo que, en cuanto a la primera hipótesis, estamos de acuerdo. Falta saber ahora qué piensa acerca de la segunda.

¿Qué habrá querido decir Freud cuando escribió que aquello que los psicólogos de la conciencia llaman *somático* es lo que el psicoanálisis denomina *lo genuinamente psíquico*? Subrayemos, de paso, que la expresión *genuinamente* alude a que la cualidad de psíquico es independiente de su grado de conciencia.

En cuanto al problema acerca del significado de la palabra “sentido”, yo agregaría, a lo que Green decía, que *sentido* no es sólo aquello que se siente, sino también la dirección hacia donde se encamina la acción, como se ve claramente cuando se usa la palabra para referirse al tráfico de vehículos en una ciudad.

Me parece demasiado limitante, además, como criterio, que para que exista un significado debe existir la voluntad de inducir una representación en el otro. El problema de la intención de comunicar es otro problema que se agrega al problema de la naturaleza del significado. A veces el significado sólo se comunica por obra de la intermediación de un intérprete.

Estoy de acuerdo con que, tal como dice Green, es necesario un encuadre distinto para el caso de la enfermedad somática. El encuadre del tratamiento del paciente psicótico plantea al psicoanálisis dificultades técnicas que son específicas de la psicosis, y también ocurre esto con el psicoanálisis de niños. Pienso que lo mismo ocurre con el paciente que padece de una enfermedad somática.

Me parece necesario aclarar, sin embargo, que el enfermo “somático” también puede comunicar “dentro” del encuadre psicoanalítico clásico, cuando el psicoanalista es capaz de descifrar el código particular con el cual ese paciente se expresa.

La necesidad de un encuadre específico para el tratamiento psicoanalítico de la enfermedad somática depende más de la tendencia a alterar el encuadre que manifiestan esos pacientes, que de sus necesidades específicas de comunicación.

Racker decía, refiriéndose a la contratransferencia, que hay interpretaciones que “toman la forma” de una actuación (*acting out*), así como hay actuaciones que toman la forma de una interpretación. Obviamente, lo mismo puede sostenerse con respecto a la transferencia del paciente.

Cuando un paciente altera el encuadre puedo, como psicoanalista, decir: “Con las reglas del juego no se juega”, de modo que no legitimaré tal comunicación mostrando, a través de la interpretación, que acepto esa forma de recibir los mensajes. Pero es obvio que cada psicoanalista colocará ese límite en una zona distinta, determinada por su posibilidad o su imposibilidad de mantener el proceso.

Vale la pena subrayar en este punto que cuando un psicoanalista interpreta el discurso verbal del paciente no solamente interpreta el discurso verbal. Cuando un paciente dice, por ejemplo: “quiero adelgazar”, el significado de esa frase es totalmente distinto si el psicoanalista está viendo, sobre el diván, a un paciente obeso o a un paciente flaco.

Del mismo modo tiene importancia si el psicoanalista ve a un paciente pálido, rubicundo o cianótico y, también, si percibe o no, cuando la estrecha, que la mano del paciente está húmeda y fría. ¿Puede sostenerse que esos signos no constituyen un lenguaje cuando modifican, como contexto, el significado del lenguaje verbal?

Pienso, además, que el lenguaje de órgano no se limita a las funciones de un contexto, ya que, en tanto posee la capacidad de sustituir específicamente a un particular afecto, puede alcanzar el lugar del texto principal.

Es posible que, tal como lo señala Green, el encuadre de la sesión psicoanalítica clásica no sea *lo mejor* para el enfermo “somático”. Es legítimo tratar de diseñar algún encuadre donde el lenguaje de órgano pudiera expresarse de una manera más adecuada. No creo que se pueda

sostener, sin embargo, que el enfermo “somático” escapa al aparato teórico de psicoanálisis o que el lenguaje que se manifiesta como alteración orgánica excede los límites del encuadre normal de una sesión psicoanalítica.

Creo que se ha hecho mucho daño al psicoanálisis publicando la versión de que sólo interpretamos discursos verbales. Por este motivo me parece importante considerar la forma en que el lenguaje de órgano se presenta, formando parte de la transferencia-contratransferencia, en el contexto de la sesión psicoanalítica.

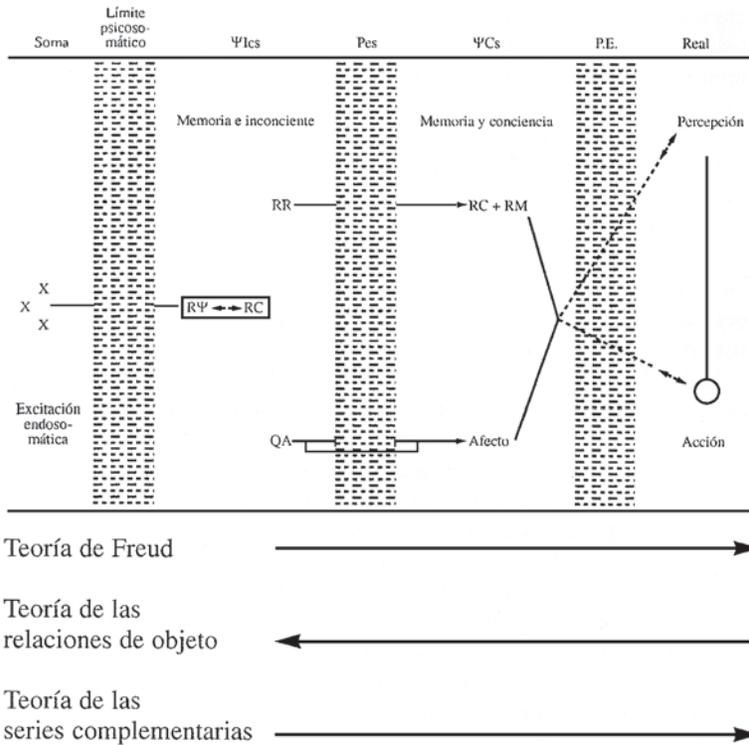
GREEN: —Para clarificar la discusión y precisar lo quiero decir, querría intentar exponer la distinción entre las diversas formas posibles de lenguaje y de representación. Considero cuatro territorios: soma, inconciente, conciente y real. Esta es una concepción del espacio psíquico que tiene la ventaja de proporcionar la posibilidad de comprender la importancia de las *barreras*. Estas barreras son, en sí mismas, verdaderos territorios, zonas de trabajo y de funcionamiento. Tomemos la definición que hace Freud de la pulsión en el capítulo (de la “metapsicología”) “Pulsiones y destinos de pulsión” (1915c*): “*Si ahora nos dirigimos a considerar la vida psíquica desde el punto de vista biológico...*”, esto no significa que la pulsión es biológica, sino que si nos ubicamos epistemológicamente desde un punto de vista biológico, la pulsión se nos aparece como un concepto límite. (Véase el gráfico 11 en la página siguiente.)

Se trata justamente de un concepto límite, es decir, de algo en el límite de nuestras posibilidades de conceptualización (dado que vivimos en reinos separados: el de lo psíquico y el de lo somático), algo que llamamos representante psíquico de la excitación que nace en el interior del cuerpo y alcanza la mente y que, por su ligamen con lo corporal, es la medida de la exigencia de trabajo psíquico.

Lo importante es que Freud utiliza el verbo *ser* cuando habla de representante psíquico: la pulsión *es* un representante psíquico. Eso significa que no se puede hablar de la pulsión en términos de inconciente ni en términos de conciente: son únicamente sus representantes los que son inconcientes o concientes. La pulsión en sí no es conciente ni inconciente: es un representante psíquico de las excitaciones nacidas en el interior del cuerpo y que alcanzan la psique. Es decir que se trata de una delegación que, como sucede con los embajadores, debe saber hablar la lengua del país al cual se dirige. Este es el representante psíquico de las excitaciones nacidas en el interior del cuerpo y que llegan a la mente; “medida de la exigencia de trabajo de lo psíquico como consecuencia de su ligamen con el cuerpo”: en esta definición de la pulsión tienen toda la metapsicología; tienen la referencia a la tópica (concepto límite entre psíquico y somático)

tienen la referencia dinámica (las excitaciones que “alcanzan a”, es decir que siguen un transcurso) y tienen la dimensión económica (la medida de la exigencia de trabajo). Esta es la “*psychische Repräsentanz*”.

Gráfico 11



- RΨ: representación psíquica de la pulsión.
- RR: representate-representación.
- QA: *quantum* del afecto.
- RC: representación de cosas u objetos (inconiente o conciente).
- RM: representación de palabras.
- O: objeto.

Las zonas punteadas representan respectivamente: el límite somatopsíquico (psiquismo inconiente), la barrera del preconiente (y la representación que le es coextensiva) y, por último, la protección contra las excitaciones. Es fácil transformar este esquema, que se refiere a la primera tópica, en los términos de la segunda tópica. El ello anclado en lo somático, desprovisto de representaciones: yo inconiente y conciente; superyó anclado en el ello y cubriendo los territorios del yo inconiente coronando el conjunto.

En el texto donde Freud habla de “*Vorstellungrepräsentanz*”, habla también de representación de cosa y de objeto. Yo digo que la matriz de lo psíquico es representación psíquica más representación de cosa o de objeto: por otro lado, las únicas y verdaderas investiduras de objeto. Y esto se da en nosotros como una unidad indisociable. La contradicción inherente, que nos lleva a engañarnos en nuestras discusiones, es inherente a la concepción freudiana de representación, ya que este representante psíquico no tiene ningún vínculo estrecho de analogía con la excitación endosomática. Endosomáticamente puedo sufrir los efectos de la deshidratación (iones sodio y potasio que van donde no deberían), pero eso no tiene nada que ver con la tensión interna que experimento cuando tengo sed. No hablo siquiera de aquello que es conciente, hablo de algo que está en el límite de lo conciente.

No hay otro ligamen de representación que ese, de delegación, que es como el que debe tener un embajador con los habitantes del país de donde viene: no es necesario que se asemeje a ellos, sólo debe hablar su lengua. En la representación de cosa o de objeto se trata, en cambio, de un ligamen de analogía respecto a un objeto en la realidad, del cual se tiene una impresión derivada de los sentidos: hay una relación de imagen. La colusión de estas dos modalidades representativas es la matriz de la representación y crea la originalidad de la concepción psicoanalítica de la representación.

La representación nunca está dissociada del cuerpo y es dinámica. ¿Por qué es dinámica? Porque el representante psíquico dice: “Heme aquí, llevo del cuerpo, vengo a decir que allá hay algo que no está bien, es necesario que hagan algo, que encuentren una solución y que ella tenga en cuenta las representaciones de cosa y de objeto preexistentes y que han dado, en el pasado, una satisfacción”. Eso se llama realización alucinatoria del deseo y es por tal razón que estas representaciones son dinámicas y esencialmente diferentes de las de la filosofía. Las representaciones de la filosofía son representaciones tranquilas, no son movidas por la búsqueda de una satisfacción sino, más bien, de una solución, y por lo tanto no son dinámicas.

Toda la discusión sobre lenguaje o no lenguaje se ubica allí: si nos dirigimos hacia la parte representación de objeto (en tanto copia, aunque sea lejana y deformada) encontramos una modalidad comunicativa; si nos dirigimos, en cambio, hacia la parte representante psíquico (que es la parte pulsional propiamente dicha) no existen, entonces, lenguajes comunes entre pulsión y soma. Es allí donde se encuentra la barrera somato-psíquica, que existe del mismo modo que existe una barrera del preconciente. El carácter dinámico de la matriz de la representación es, por lo tanto, ese, que se distinguirá, por elaboración, en dos componentes que Freud llama representante-representación y afecto. El afecto resulta de un trabajo de transformación de la pulsión, trabajo que presenta un carácter netamente intencional.

Freud habla de la parte representación del representante psíquico; hace, por consiguiente, una distinción; pero en otros momentos, cuando habla del representante-representación y del representante psíquico, parece referirse a una misma cosa. Eso es lo que nos confunde. Sabemos, entonces, que representante-representación y afecto pueden tener diferentes destinos en la neurosis (lo cual no es cierto en el caso de las psicosis): ambos buscan, por lo tanto, atravesar lo conciente, y lo logran solamente de un modo enmascarado.

¿Qué dice Freud a propósito de lo conciente? Dice que es la representación de cosa o de objeto, es decir la fracción representante-representación con la representación de palabra que le corresponde.

Podemos comprender al psiquismo como una gigantesca formación intermedia entre soma y realidad. ¿Por qué? Porque las relaciones entre soma y realidad están dotadas de una violencia y crudeza tales como para ser insoportables. Los animales se contentan con tener una organización psíquica con un conciente más o menos desarrollado, más o menos relacionado con la realidad, mientras que en el hombre existe una transformación pulsional, una inserción del inconciente, de modo que las relaciones con la realidad son mediadas, y esto con todas las transformaciones posibles.

Mientras que Freud, en la primera tópica, apresado totalmente por el problema de la conciencia, excluyó del aparato psíquico a las pulsiones (porque la pulsión no es conciente ni inconciente), en la segunda tópica, en cambio, incluye la pulsión en el aparato psíquico. Es decir que introduce, en él, lo irrepresentable. Y este es el punto más lejano al que puedo llegar para acercarme a Chiozza.

Freud introduce algo que, en tanto vecino a la polaridad del representante psíquico, sería irrepresentable. Lo que es necesario comprender es que, para Freud, la vectorización se hace desde la pulsión hacia el objeto, mientras que en la perspectiva moderna de la relación de objeto se hace más bien del objeto a la pulsión.

La verdad no es la una ni la otra: la verdad es un vaivén, un diálogo constante. Vamos siempre a buscar el origen, pero no es de este modo que las cosas funcionan. El sentido puede establecerse en cualquier parte, puede ir en diversas direcciones, puede utilizar atajos. Este último es el caso de la psicósomática, que es algo que sucede en lo conciente y que, en razón de algo intolerable que allí ocurriría, cambia de lugar, salteándose a lo inconciente y al afecto. Cuando se dice: “Es un *acting*”, es cuestión de lenguaje. ¿Qué significa esto?

Voy a aprender de Chiozza la diferencia entre un acto sintomático y un *acting*. ¡Pero se trata de lo mismo! No se puede tampoco hacer la diferencia entre algo que pertenece a la postulación freudiana de una regresión tópica –el modo en el cual el funcionamiento intestinal en el “Hombre de

las Ratas” (Freud, 1909d*) puede traducir algo respecto de su analidad— y algo, por ejemplo, del orden de una rectocolitis hemorrágica (en la cual las relaciones con la analidad son mucho más inciertas), que puede tener mayores relaciones con la oralidad o aun con la piel o con cosas así.

Existen gradientes según la proximidad al cuerpo, la potencia de la regresión y de la desorganización corporal. Hablar entonces de lenguaje, si se quiere nivelar las diferencias, supone muchos problemas. Mejor es hablar de semiótica, porque sabemos que en esta sede no existe lenguaje, sino que estamos en un universo de representantes y de signos no lingüísticos y, a nivel somático, estamos a nivel de una transformación de signos en un otro espacio. Querría decir, precisamente, que cuando existe una amenaza de desorganización, el yo posee diversos modos para evitarla. Uno de los modos para huir de la desorganización es el de proceder a una transferencia de espacio hacia, por ejemplo, lo somático o lo real.

El *acting* del psicótico nos deja completamente estupefactos: para él se trata de huir a la desorganización somática. Puede existir también una transformación del orden del objeto cuando el objeto erótico deviene un objeto de odio y destructividad. Pueden existir muchos otros medios. Pero la cuestión de la comunicabilidad está ligada a dos factores que en la comunicación normal son evitados.

El primero es el factor narcisístico que va hacia el cero comunicativo, por ejemplo en el autismo. Ir hacia el cero comunicativo no quiere decir que la comunicación esté abolida, quiere decir que la intención es esa, de ir hacia el cero comunicativo.

El segundo factor está constituido por la destructividad. En lo que respecta a la destructividad, hay dos cosas diferentes: pueden existir representaciones destructivas que entran en conflicto con la representación erótica, pero puede existir una destrucción de la misma representatividad. En este caso, la destructividad golpea la célula misma de esta última. Estoy de acuerdo en que se puede complicar el esquema diciendo que la representación de una zona erógena puede representarse en otra y ésta, a su vez, en otra, etc. Pero estoy absolutamente convencido de que no se puede hablar de la psicósomática sin hacer intervenir la destructividad.

Una última palabra: este esquema es perfectamente transferible a la segunda tópica, pero es necesario comprender la importancia de la representación que es apresada en la coalescencia de la representación del cuerpo y de la palabra.

CHIOZZA: —Voy a utilizar el esquema de Green para explicar lo que me parece puede aclarar, en ese mismo esquema, cuál es la actitud epistemológica a la cual me refiero.

Green dice que en el soma tenemos, por ejemplo, deshidratación. Y que en lo psíquico, vecino al límite con lo somático, tenemos al representante psíquico (algo así como un delegado de la deshidratación), la sed, que es un representante específico.

La relación entre representante y representado, dice Green, no es igual a la relación que existe entre representación y objeto. Esta última se parece más a una fotografía, la primera a un símbolo. El representante es en realidad un símbolo, una parte de lo representado que representa al todo, y la representación, en el ejemplo una bebida fresca, se caracteriza por su riqueza en restos mnémicos de la percepción.

Estamos, hasta aquí, de acuerdo. La cuestión ahora es la siguiente: ¿Por qué razón tenemos que dibujar el esquema como un trayecto vectorial lineal que nace en lo somático y se dirige a la conciencia por una única vía que atraviesa lo que denomino representante psíquico? ¿Por qué no lo dibujamos marcando también una segunda entrada de la deshidratación en la conciencia, a través de la percepción? ¿Por qué dejamos a la deshidratación “afuera” de lo psíquico?

“Deshidratación” es un término de la biología que se refiere a una determinada idea o concepto que habita mi mente de científico. Puedo aplicar ese concepto a un determinado referente que ha penetrado en mi conciencia a través de la percepción, mediante, por ejemplo, una cantidad de pruebas que dosifican el potasio.

De manera que, en la conciencia, tengo también una representación de la deshidratación, y de todo lo que denomino somático. Por ese motivo puedo decir que la deshidratación que penetra en la conciencia a través de su representante psíquico, la sed, es la misma que penetra en la conciencia a través de la percepción. También puedo decir, y esto es lo más importante, que la representación o concepto *deshidratación* posee una relación específica con el representante que denomino *sed*.

Freud decía, y en esto Green está de acuerdo, que de la meta de la pulsión, en este caso la sed, se puede deducir la fuente de la cual deriva, que en este caso sería la deshidratación somática. Pero, entonces, insisto: cuando hablo de lo somático, de la deshidratación, ¿qué es lo que tengo de eso en la conciencia, dentro del esquema de Green, sino una representación conciente, psíquica, que ha entrado por una vía distinta?

Green, en su esquema, dibuja la relación específica entre la deshidratación y la sed transcurriendo entre dos realidades o niveles diferentes, la deshidratación somática y su representante psíquico, la sed.

A mí me parece mejor considerar la relación, específica, que mantienen en la conciencia la deshidratación, como representación psíquica que penetra mediante la percepción, y la sed, como representante que ingresa a través de un sistema vectorial que proviene de lo inconciente.

Pienso que el esquema que propongo coincide con la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, según la cual llamamos somático a lo psíquico genuino cuando penetra en la conciencia privado de su significación inconciente.

Cuando yo tenga, en mi conciencia, la percepción de algo cuyo significado propio permanece inconciente, cuando me digan, por ejemplo, luego de un examen físico, que padezco una anemia, diré: es un fenómeno somático.

¿Qué ocurre si consigo, en cambio, identificar la relación específica inconciente que existe entre la anemia percibida y el representante psíquico inconciente de esa determinada *excitación endosomática*, recorriendo la *distancia* de intermediarios simbólicos que los separa?

No sólo tendré entonces, en la conciencia, noticia de la especificidad de una determinada relación “psicosomática”, sino que además la anemia habrá dejado de ser percibida como un fenómeno somático y pasará a ser vivenciada como un drama psíquico.

En términos de Freud: habré llenado en la conciencia, con el significado psíquico inconciente que le correspondía, el espacio vacío dejado por un eslabón faltante.

De este modo, lo que antes era somático será ahora, para el observador psicoanalista, algo psíquico inconciente en el enfermo.

(Reparemos en que, como decía Melanie Klein y Green acaba de recordarnos, nos vemos obligados a traducir al lenguaje verbal del adulto lo que transcurre en un nivel mucho más primitivo de la fantasía.)

Pero lo que es psíquico inconciente no deja, por eso, de ser somático. Cuando adquiero conciencia de un significado inconciente no cambio el estatuto ontológico de la realidad “somática”. Sencillamente es somático lo que percibo “materialmente” y psíquico lo que interpreto.

Creo que si dibujamos el esquema de Green con la modificación que propongo, no se pierde nada con ello, sino que, por el contrario, adquirimos la posibilidad de investigar las relaciones que existen entre la deshidratación y la sed, por ejemplo, no en las obscuras y abismales profundidades del inconciente, sino entre representaciones que, en la conciencia, permanecen desvinculadas por obra de la represión.

Podemos investigar esa relación inconciente, siguiendo las normas más puras de los procedimientos psicoanalíticos, en los usos del lenguaje, en los mitos y, en general, en cualquiera de las formas del ejercicio simbólico.

Es claro que la especificidad de esa relación está recubierta, como las capas de una cebolla, por resignificaciones secundarias en las cuales un mismo órgano puede representar cosas distintas.

Pero hay un significado primario y unívoco que surge de la existencia de un representante psíquico específico de una excitación endosomática

particular, la cual es conocida, entonces, desde la percepción, y desde el derivado conciente del representante inconciente.

Llegamos así a lo que ya hemos mencionado: quienes siguen de cerca las historias de los enfermos “somáticos” comprueban que la historia “biográfica” de los que padecen, por ejemplo, un infarto cardíaco, es típica y diferente de los que padecen alguna otra enfermedad distinta.

GREEN: –Quiero decir, en relación con la formulación de Chiozza, que la justificación del punto de partida de esta teorización es, de hecho, lo que me separa de Lacan y de su concepción del inconciente estructurado como un lenguaje.

Yo pienso que el centro de la actividad psíquica está en la relación entre *la representación de cosa inconciente y la representación de cosa conciente*: lo efectivamente importante en análisis es el reconocimiento. Se me podría objetar que entre la representación de cosa conciente y el lenguaje existe una relación tan pequeña como la que existe entre el representante psíquico y el representante de objeto o de cosa. Es cierto. Hay, efectivamente, una frase de Freud que dice: “*A cada pasaje a un grado de organización superior corresponde también un aumento de censura*”.

Lo que quiero decir es que cada vez que se pasa de un sistema a otro se pierde algo y se gana algo: no se puede ganar o perder en todas partes. En efecto, en el pasaje de la representación de cosa conciente a la representación verbalizada, hay algo que se pierde definitivamente: entre la cosa hablada y la cosa conciente, para que la cosa sea recreada a nivel verbal, hay casi una especie de cancelación, de abolición.

Chiozza, en su intervención, ha dado mucha importancia al recuerdo y, por lo tanto, a la memoria. Yo he llegado a un juicio completamente paradójico al decir que el psicoanálisis no tiene nada que hacer con la memoria. La memoria es una de las categorías psíquicas a través de las cuales la creación se encuentra codificada en relación al recuerdo, pero, como es sabido, Freud no logró superar la dificultad de la diferencia entre recuerdo y fantasía. Creo, por lo tanto, que no se trata del problema de la memoria. Se trata más bien de la dimensión histórica. Memoria y dimensión histórica son dos cosas diferentes. La relación con la historicidad es fundamental, y esto justamente porque existe el problema del reconocimiento. Lo que es importante, en la situación analítica, es el reconocimiento de algo que es del orden de una emergencia imprevista, reconocida como tal. Esto significa que no es necesario que el sujeto diga: “Ah sí, recuerdo, cuando tenía dos años y medio mi madre me dio un sopapo porque no había tomado la sopa”. Esto no es importante, mientras que lo es, en cambio, la posibilidad, que tiene el sujeto, de decir lo

que vive: eso evoca algo que ya ha sucedido sin que él sepa de qué se trata. Esta es la relación con lo histórico.

Creo estar diciendo que cuando estamos en el nivel de la excitación endosomática, el código es diferente: allí estamos en un código genético y no veo relaciones posibles entre código genético y lenguaje, aunque existan biólogos que afirman: “Yo estoy completamente de acuerdo con el análisis que usted hace: de hecho es un buen sistema”. Pero en la situación en la cual se trata de remontar, a través de la verbalización, lo más hacia atrás posible en la organización corporal, encuentro algo de lo cual diría que el nivel de representación, de significación y de referencia, me deja sumamente perplejo. Entonces no vale la pena continuar discutiendo para saber si se trata o no de lenguaje.

¿El sentido mismo, en el sistema de representación, qué representa? No lo sé. No lo sé, porque el primer nivel en el cual puedo representar las cosas es el de la pulsión: la sed, por ejemplo, como acontecimiento, no tiene ninguna relación con aquello que sucede en el interior del cuerpo. Mientras que con respecto a la representación de cosa todos sabemos que la pintura no es el objeto representado sobre la tela, que es otra cosa, pero no es menos cierto que el cuadro, la percepción y la representación están en una relación diferente de la relación pulsional. Sin embargo, cuando no existe relación entre cuadro, percepción y representación, la pintura se hace pulsional, como en Pollock: una pintura abstracta y no figurativa. En este punto ella renuncia a lo representativo porque se hace pulsional.

MAURICIO ABADI (Buenos Aires): –Creo que este encuentro es muy interesante porque hay mucha confusión y yo querría, si es posible, acrecentarla con mi personalísima confusión, lo cual, por otra parte, no les debe dar miedo: sabemos que el malentendido es el fundamento del diálogo humano, y entonces continuamos hablando ¡y también malentendiéndonos!

Querría decir, ante todo, que esta confusión se debe, entre otras cosas, al hecho de que la psicología es una especie de híbrido, de hija bastarda de las ciencias naturales y las ciencias humanas.

Querría luego agregar una pequeña crítica a Green y a Chiozza por el hecho de que, aun siendo pensadores con un pensamiento fuerte y extremadamente interesante, buscan continuamente el apoyo en la obra de Freud. Quiero recordarles a ambos una frase de Alfred North Whitehead, quizás el más importante filósofo contemporáneo, coautor, con Bertrand Russell, de *The principles of Mathematics*. Whitehead ha dicho: “La ciencia que duda en olvidar a sus fundadores está definitivamente perdida”. Encuentro que vuestra continua referencia a Freud no sólo es inútil, sino que les impide también expresar vuestro pensamiento con plena libertad.

Las cosas que nos han dicho me han parecido interesantísimas, pero sin embargo evitaré decir con qué estoy de acuerdo, porque todas las veces que he dicho estar de acuerdo con alguien, se me ha respondido: “Pero no, usted no ha comprendido lo que quise decir”. Entonces, nada de acuerdo, simplemente una crítica. Y bien, la crítica fundamental de la cual querría partir tiene que ver más con el *Sprache* que con el *Organ*. Creo, en otras palabras, que nuestro problema debe ser considerado desde un punto de vista más que el del lenguaje.

Ustedes no han hecho alusión a una de las funciones fundamentales del lenguaje, que no es ya la comunicativa, representativa, informativa, sino la función expresiva. Seguramente saben que el primero que se permitió una clasificación de las funciones del lenguaje (el alemán Bühler) ha dicho que éste tiene una función representativa (de idea, naturalmente), una función expresiva (de afectos, naturalmente) y una función inductiva (“dame la sal, toma el pan”, por ejemplo, no es representativo ni expresivo, sino inductivo).

Roman Jakobson no sólo ha aceptado la clasificación de Bühler, sino que le ha agregado funciones sobre las cuales no vale ahora la pena detenerse (la función poética, la metalingüística y la fáctica). Todos conocen la obra de Jakobson pero seguramente ninguno, y me parece justo, conoce mi obra sobre el lenguaje. Hace aproximadamente diez años le agregué otras diez funciones, de las cuales querría citar tres que me parecen particularmente importantes.

La primera función del lenguaje es la presentificación del objeto ausente, para recrearlo. Cuando un niño dice “mamá”, no llama a la mamá (que quizás está muy lejos) sino que presentifica, a través de la simbología de la palabra, a la mamá ausente. Esta intención de recrear al objeto ausente, este aspecto nostálgico, es muy importante.

La segunda función del lenguaje es la creación de sustitutos.

La tercera función consiste en el hecho de que el lenguaje es un modo de actuar, es decir un acto. Cuando Green nos ha dicho: “*Ça se dit, ou ça se fait*”, habría querido preguntarle: “¿Pero no crees, André, que cuando se hace, a través del hecho de hacerlo, se está comunicando, se está hablando?”. Creo que la distinción entre decir y hacer debe ser reestudiada.

Entremos ahora en el corazón del problema. Volvamos por un instante a Bühler: “función”, ha dicho, “expresiva”. ¿Qué significa? Quiere decir que cuando siento un golpe sobre el cuerpo, digo “¡Ay!” no para comunicar, sino para expresar: no hay intención de comunicar. En tal sentido—disculpame Luis, creo que tiene razón André—, el síntoma no comunica. Pero tú, Luis, podrías responder (y aquí busco ponerlos de acuerdo o quizás hacerlos pelear, no lo sé bien): “Sí, no comunica, pero expresa, y eso que expresa, en un segundo momento, puede ser tomado y utilizado como medio de comunicación”.

Vayamos ahora a la semantización: ella es inherente al proceso que nos lleva a crear el universo humano. No existe la posibilidad de estar fuera de la semantización: todo tiene un significado, vivimos en un universo de significados. Lacan decía “universo simbólico”; Green, hace quince años, en Buenos Aires, lo expresó mucho mejor. Recuerdo textualmente sus palabras: “El universo humano es un universo de sustituciones, nos movemos entre sustitutos, y el lenguaje es el principal medio a través del cual creamos los sustitutos”.

Ahora pregunto, a Chiozza o a Green: ¿qué hay del aspecto expresivo del lenguaje que ambos han descuidado? Es en el aspecto expresivo del lenguaje que debemos buscar, probablemente, la raíz de esta concepción de la enfermedad psicosomática. No en el lenguaje comunicativo: esto viene después y viene porque tenemos necesidad de establecer una relación en la cual buscamos decir para recibir la ayuda que necesitamos.

A propósito de lo que he dicho, querría preguntar a André Green si podemos completar su definición de lo psíquico, porque me ha gustado mucho pero la encuentro incompleta. Green ha dicho que lo psíquico es la relación entre dos cuerpos uno de los cuales está ausente. Agregaría a esta definición (para que sea verdaderamente válida y comprensible) que la ausencia es llenada enseguida por un sustituto: la palabra que resucita esa relación muerta. De hecho, al caer uno de los dos cuerpos, al devenir ausente, la relación moriría inmediatamente si no existiese la posibilidad de resucitarlo colocando al sustituto, es decir a la palabra, en el lugar del ausente. Es en este punto que nace el concepto de significación, o de sentido, porque esta palabra que hemos inventado para resucitar al objeto ausente, el cuerpo ausente, es lo que los lingüistas llaman “significado”.

GIUSEPPE MAFFEI (Luca): –También yo había pensado en Whitehead, pero había elaborado su pensamiento de otro modo: es decir, habría deseado que Freud apareciese entre ustedes, como tercero, de manera que pudiera haber tres puntos de vista con los cuales confrontarse, y no ese superpensamiento freudiano de referencia respecto del cual sentía las mismas cosas expresadas por Abadi.

De todos modos, los dos pensamientos que nos han sido propuestos me parecen, ambos, muy coherentes. ¿De qué sirve confrontarlos? Pienso que ante todo sería interesante preguntarse por qué se puede llegar a pensar de modos tan diferentes: cuáles son las raíces inconcientes. Me parece que, de otra manera, el discurso terminaría siendo una mera contraposición de puntos de vista solamente teóricos. En lo que a esto se refiere, quisiera hacer dos preguntas a los relatores: ¿cuáles son las diferencias de sus pensamientos con respecto al de Freud?, y lo que dicen ¿es realmente el pensamiento de Freud?

Al doctor Green querría preguntarle, además, cómo puede evolucionar el futuro del psicoanálisis luego del esquema conceptual que él ha propuesto. ¿Cuál es el futuro de la investigación después de un esquema tan complejo y coherente?

Me pregunto si no se podría pensar que el esquema de Green esté de algún modo ligado a una vivencia relacional infantil suya, muy arcaica, en razón de la cual su teoría podría ser reveladora, por ejemplo, de la relación existente en su infancia entre él mismo y el lenguaje. Y me pregunto si una tal relación entre Green niño y el lenguaje no ha sido diferente de la existente entre Chiozza niño y el lenguaje –si me permiten una pregunta en términos un tanto extraños–. Buscando una respuesta, me imaginaba un Green niño apresado por un lenguaje que llama “uno”, un lenguaje utilizado así para llevarlo a ser el que hoy es, justamente a través del lenguaje mismo; mientras imaginaba un Chiozza niño más “plural”, con más órganos, por decirlo de algún modo.

Es decir, tenía la impresión de que la teoría freudiana de las zonas erógenas prevalece en el discurso de Chiozza, mientras que en el pensamiento de Green sentía prevalecer el discurso relativo al “uno”, al narcisismo.

CHIOZZA: –En primer lugar quiero señalar que si me refiero aquí constantemente a la obra de Freud, es porque pienso que el utilizar un lenguaje en común tiende a facilitar el diálogo.

Estoy muy de acuerdo con lo que ha dicho Abadi. Yo también, como él, lo escribí en otros trabajos. Uno de ellos se titulaba “El trecho del dicho al hecho” (Chiozza, 1977c), aludiendo al conocido proverbio: “Del dicho al hecho hay mucho trecho”. En ese artículo sostengo que, en mi modo de ver, hay una serie continua entre el decir y el hacer. Que no son cosas totalmente diferentes, y que entre ellas existe una gran cantidad de intermediarios.

Algo similar ocurre con la cuestión de la expresión. En la introducción de esta mañana al tema de *Organsprache*, mencionaba que *Sprache* significa, también, expresión. Es más, en la descripción del lenguaje de los órganos, de las fantasías de órgano, se plantea este problema de la expresión y la comunicación –mejor sería decir simbolización–, que proviene de la teoría del lenguaje de Bühler pero que, por otra parte, integra como un tema permanente cualquier planteo acerca del fenómeno comunicativo.

Pensamos que un síntoma somático, un cólico hepático, por ejemplo, es un representante simbólico de fantasías inconcientes acerca de las cuales decimos que lo que más se les parece entre las fantasías concientes es lo que conocemos con el nombre de envidia. Nos preguntamos entonces: ¿el cólico hepático simboliza la ausencia de la envidia conciente o, por el contrario, expresa la presencia de un equivalente afectivo de la envidia?

La respuesta forzosa es que ocurren las dos cosas a la vez. El cólico hepático es envidia y, al mismo tiempo, no lo es. Si fuera lo que conocemos habitualmente como envidia, no sería un cólico hepático, pero si no surgiera como producto de una descarga actual que parte de la clave de inervación inconciente de la envidia, tampoco podría ser cólico hepático.

Ya que estoy en el tema de la relación específica entre un determinado fenómeno somático y una fantasía inconciente particular, quiero aclarar un punto que sé que le preocupa a Green.

Me imagino que una consideración apresurada puede llevar a pensar que, cuando hablamos de fantasías específicas, estamos intentando construir un código simplificado, similar a una especie de “clave de los sueños” que pretendiera interpretar al fenómeno onírico basándose únicamente en los símbolos universales.

Por ese motivo he hablado poco aquí de fantasías específicas. Quiero volver, entonces, sobre el esquema de Green para insistir en el punto que me parece esencial. Me ha sorprendido lo que acaba de decir, porque yo creía haber entendido, cuando explicó su esquema, que entre una excitación endosomática particular, la deshidratación, y un representante psíquico determinado, la sed, existe una relación específica.

En otras palabras: que cualquier representante psíquico no puede representar de igual manera y con igual eficacia a la deshidratación. Más aún, creo que esta afirmación le pertenece a Freud. Con respecto a lo que dijo Abadi agregaré que si no le perteneciera a Freud me haría cargo, en ese caso, de sostenerla, pero, en verdad, le pertenece. Freud afirma que del examen de las metas de la pulsión se pueden deducir, con certeza, las fuentes, las zonas erógenas de las cuales provienen.

La idea de representante simbólico contiene ya, implícita, la idea de una relación específica, porque aunque el embajador no se parezca al presidente del país que representa, representa a ese país particular, y no ha sido elegido, como representante, por casualidad, sino porque posee ciertas características que lo hacen apropiado.

El representante psíquico no es representante psíquico de cualquier referente, sino de uno particular; si no tuviera un referente propio, no sería, en absoluto, un representante. La idea de que la elección de un representante es “convencional y arbitraria” se apoya en el hecho de que la vinculación específica que constituye su motivo suele permanecer inconciente.

Para un psicoanalista, el representante psíquico es una parte del “complejo” que pasa a representar. De modo que, aunque el representante no posea las cualidades de la representación, más inequívocas, porque la representación es más rica en restos mnémicos de la percepción del complejo que representa, posee suficiente especificidad como para conducirnos hacia el referente.

Esta mañana recordábamos que Weizsaecker decía que el dialecto de órgano es un dialecto pobre porque el órgano sólo posee tres o cuatro vocablos, que dependen de su estructura funcional y anatómica, para poder expresarse, para poder comunicar...

Quiero hacer aquí una pequeña digresión para decirle a Abadi que si no le he dicho a Green que el lenguaje de órgano “no comunica pero expresa”, es porque no lo creo así. Creo, por el contrario, como ya lo dije, que expresa y comunica.

Ocurre, sin embargo, que para que un mensaje se comunique no basta con el emisor, hace falta también un receptor. Debe haber, desde ambas partes, una permeabilidad al código. De manera que los pacientes siguen repitiéndonos algunas cosas, a los psicoanalistas, durante muchos años, hasta que a veces, por fin, las comprendemos, y cada día comprendemos más. Por este motivo tiene sentido el que progrese aprendiendo nuevos códigos.

En desacuerdo con lo que afirma Weizsaecker, traje esta mañana una diapositiva para mostrar cómo, a través de los escasos vocablos de los que un órgano dispone, puede, gracias a que su función forma parte de la clave de inervación de un afecto, convertirse en el representante simbólico de ese afecto completo.

Cuando la vía “vectorial” del afecto, para usar una expresión que hoy surgió aquí, se estrangula “de ida”, por obra de la represión, la excitación puede, recorriendo a la inversa la vía del cauce común, retornar a la conciencia, por el camino alternativo, como sensación somática.

Esa sensación somática, que llega a la conciencia privada de su significado emotivo original, ocurre por la reactivación de uno solo de los elementos de la clave de inervación completa que constituye un “tronco común” con el afecto reprimido.

Me parece que ese tipo de descarga equivale a lo que la psicósomática norteamericana ha llamado *equivalente afectivo*. Pienso, dado que la investidura de la clave completa se desplaza sobre uno solo de los elementos que la constituyen, que la expresión *deformación patosomática del afecto* es más adecuada.

De modo que el *dialecto del órgano* sólo en apariencia es un lenguaje pobre. Si tenemos en cuenta que representa a la clave de la cual forma parte o, más aún, es la resultante transaccional del conflicto entre la descarga de las claves de dos o más afectos, el aparentemente torpe dialecto de los órganos recupera, para el intérprete adecuado, su riqueza simbólica.

Me parece claro entonces que el lenguaje del órgano posee un valor expresivo, en cuanto es la muestra de una actualidad. Cuando digo “¡Ay!”, esa palabra es expresiva porque muestra la actualidad de mi dolor, pero además es comunicativa, porque evoco, a través de ese símbolo, en la mente del intérprete, la idea de un dolor que en él está ausente.

En el lenguaje verbal puede distinguirse teóricamente entre el uso de la palabra como símbolo representante de un ausente, que recrea mentalmente al objeto denotado –o, si se prefiere, lo evoca–, y el uso como signo que expresa la actualidad –o la presencia– del referente al cual alude. Si digo ahora “Sigmund Freud”, ustedes esperarán que, luego de haberlo evocado, diga algo acerca de él. Si, en cambio, digo “¡Cuidado!” con las connotaciones extraverbales adecuadas, buscarán ustedes mismos el peligro actual.

Dije que teóricamente puede distinguirse entre uno y otro uso, porque en la realidad se trata de un predominio en la conciencia, ya que, como hemos visto para el caso de la expresión de dolor, *todo signo compromete un símbolo y todo símbolo compromete un signo*.

Por todas las razones apuntadas, le respondo a Abadi que en el lenguaje de órgano encontramos también esas dos funciones del lenguaje.

Veamos un ejemplo. Pensamos que la secreción biliar forma parte de la clave de inervación de la envidia. El lenguaje popular revela lo que el hombre de la calle sabe, que cuando uno sufre por una envidia intensa no se pone colorado sino verde. En el caso de la disquinesia biliar, o del cólico hepático, pensamos que la descarga biliar, “somática”, atrae la investidura de la clave completa y llega a la conciencia como un desarrollo equivalente de lo que hubiera podido ser envidia.

La disquinesia biliar es entonces el símbolo representante de la envidia ausente, coartada en su fin. Pero también es la descarga del montante completo de la excitación que originalmente investía a la clave inconciente de la envidia y, desde ese punto de vista, es un signo que expresa, de manera deformada, la actualidad de la envidia. En otras palabras: es expresión y es significado.

GREEN: –Esta mañana escribía reflexiones a partir de la función alfa de Bion –vaya esto dicho para mostrar que no me refiero solamente a Freud– y de lo que Bion sostiene cuando afirma que lo desconocido del sistema debe quedar así. Me he preguntado entonces: ¿por qué? Pienso que es así, porque la transformación que la función alfa opera ocurre sobre la parte no conocida de la comunicación: aquella no traducible en un sistema codificado que permite la equivalencia de un sistema de signos por otro; la parte que debe ser inventada, que queda fuera de la codificación. Ya que el sistema de los signos del lenguaje es finito, mientras que la relación con lo real y con el otro no implica un sistema finito.

De allí la idea de que no se puede hablar más que de representante, admitiendo sólo por convención qué es lo que representa. No siempre es posible precisar qué es lo representado, que, de hecho, no está dado,

sino por descubrir. En algunos casos se conocerá bien la existencia de ese representado como universo finito, pero lo que no se podrá establecer será el ligamen que lo vincula con su (o con sus) representante(s).

Es todo el problema de una doble codificación: la de los signos de lo somático y la de su transposición en un sistema psíquico con una eventual función comunicativa. Esta última se inscribe en la demarcación entre lingüística y semiótica.

Hay, por lo tanto –para complacer a Mauricio Abadi–, una diferencia expresivo-comunicativa entre lo lingüístico como sistema finito de signos (los ligámenes son infinitos, el sistema de signos es finito), la X que está representada por la diferencia lingüístico-semiótica (porque no conocemos la naturaleza de la diferencia que existe entre el signo lingüístico y el no-lingüístico) y, por fin, lo semiótico infinito en la diferencia somático-corporal (corporal en el sentido de libidinal).

Estas son las reflexiones que, me parece, responden a las cuestiones sobre la expresión. Sobre estas cuestiones, y sobre las relaciones existentes entre comunicativo y expresivo, ya había insistido en *El discurso viviente*.

Querría terminar con las preguntas relativas a la referencia a Freud. Freud... ¡Ese cadáver del cual no logramos desembarazarnos! Me viene a la mente aquello que decía Freud a propósito de los filósofos: el hecho de que podamos inferir los orígenes infantiles de sus filosofías no tiene ningún valor respecto a la exactitud o falsedad de esas filosofías. Se trata de apreciaciones de diverso estilo y, por consiguiente, encuentro que las hipótesis concernientes a la infancia de Chiozza y a la mía son interesantes, pero las invertiría: pensaría que en mí el niño debería estar muy enfermo, y en Chiozza muy loco. Una cosa no es mejor que la otra.

En lo que se refiere a Freud, estoy desolado. Aplaudo la citación de Whitehead, pero pienso que el hecho de que el inventor del psicoanálisis es además su pensador más original es un peso que tenemos que llevar. Es también una particularidad de nuestra disciplina. Créanme, todos los días me prometo sepultar definitivamente... a ese viejo, y todos los días, lamentablemente, me veo obligado a darme cuenta de que, sobre los problemas del psicoanálisis, sean teóricos o prácticos, él es el que ha pensado mejor. No quiero decir que no sea necesario transferir esos conceptos a nuestro horizonte epistemológico, pero, en lo que se refiere a su extensión y pertinencia, lamento mucho tener que decirlo, encuentro en Freud la mejor coherencia y consistencia. Créanme, eso me deprime.

En lo que respecta a las perspectivas futuras del esquema que he propuesto, considero que son inmensas y que tienen que ver con un problema que hoy no se ha subrayado y que no se podría eludir si nos hubiéramos ocupado de la psicosis –yo me he interesado más en la psicosis

y en los casos *borderline* que en la psicósomática–, el problema contenido en la pregunta: ¿qué es el pensamiento?

Pienso que mi esquema permite orientarse mejor a propósito de las relaciones del pensamiento con la representación, el lenguaje y el cuerpo; y progresar, por ejemplo, en un tema del cual no se ha hablado: la distinción propuesta por Bion entre pensamiento y aparato para pensar los pensamientos. Lo que hemos dicho debería permitir también pensar hasta qué punto es legítimo emplear el término simbolización para hablar de las relaciones existentes entre deshidratación y sed. La respuesta quedará para el futuro.

Por otra parte, ese esquema me obliga a desarrollar, mediante la consideración de las barreras, el tema del psicoanálisis que hoy me interesa más y que llamo el trabajo de lo negativo. Trabajo de lo negativo que se relaciona también con la vectorización del aparato psíquico a través de la sublimación, sublimación que se hace necesaria en cuanto la pulsión, en su estado normal, tiene inicialmente la característica de ser en exceso.

Existe, por lo tanto, una necesidad de trabajo de lo negativo, y de allí nacen todas las formas de negativismo que conocemos, a través de la enfermedad somática, de la delincuencia, de la enfermedad mental y todas sus formas de disgregación. Pienso que el trabajo de lo negativo representa el porvenir de una modalidad de conceptualización freudiana que no es evidente. Más aún, diría que a menudo esa modalidad de conceptualización es distorsionada. La mayor parte de los grandes pensadores del psicoanálisis no se han puesto más que una sola cosa en la cabeza: distorsionar el pensamiento freudiano, porque tiene, en sí mismo, aspectos que para ellos son inaceptables.

No soy, de hecho, un representante del integracionismo, pero pienso que, para que las cosas adquieran coherencia y consistencia, es necesario que un cierto número de parámetros se conserven y se ordenen, y el esquema presentado permite hacerlo.

ENRIQUE OBSTFELD (Buenos Aires): –Me pregunto si tanto Green como Chiozza piensan que el tema que están abordando, el de *Organsprache*, puede encontrar una respuesta en el psicoanálisis, o si, dado que apunta a, o se ancla en el problema de la relación psique-soma, también los físicos, o los químicos, son actualmente “dueños” de este problema.

Hay físicos y químicos actuales (algunos de ellos son premios Nobel) que piensan que el objeto de sus disciplinas no está ya constituido por existentes que ocupan un lugar en el espacio sino por categorías o fenómenos que aparecen en la conciencia.

Mi pregunta, entonces, es si piensan que solamente con lo que nos aporta Freud, con el psicoanálisis, puede resolverse el problema psique-soma, o si

necesitamos de otros pensadores o de los filósofos actuales. Es un problema que ya los griegos trataban, y luego Descartes, para llegar por fin a los pensadores actuales con una variante total en la epistemología que plantean.

Creo que no es casual que existan en Freud las dos epistemologías que señala Chiozza, sino que se debe a que durante el tiempo de creación de la obra freudiana toda la conceptualización filosófica estuvo cambiando.

La segunda pregunta, dirigida al doctor Green, es la siguiente: él ha dicho que el lenguaje del cuerpo ha sido creado para no comunicar, o para comunicar nada...

(Aquí Green aclara que no ha dicho eso.)

¿No dijo eso?...

Mi pregunta es “¿quién lo crea... quién lo hizo así?”. Es la pregunta que me hago porque cuando Green plantea la cuestión del silencio, surge el interrogante: ¿el silencio, como tal, existe? Green dice que lo psíquico es una relación entre dos cuerpos en la cual uno está ausente... y yo quiero agregar que eso también es una imagen. O sea que lo que se representa no solamente es palabra, sino también imagen.

Freud habla de una representación-imagen previa a la representación-palabra, y creo que esto amplía el concepto de psiquismo. En caso contrario tendríamos que plantear que el psiquismo aparece, en la vida posnatal, junto con el lenguaje hablado. Pero hay un psiquismo previo al lenguaje hablado que corresponde a la corporización de la imagen.

Freud (1923b*), en *El yo y el ello* habla de representaciones previas a las de la palabra, y otros investigadores hablan del psiquismo fetal.

El segundo punto al cual quiero referirme tiene que ver con el hecho de que Green habla de la palabra como el elemento privilegiado.

Obviamente en la sesión psicoanalítica la palabra es un elemento privilegiado, y también es el elemento, entre los que tenemos, de más fácil comprensión. Pero los expertos en comunicación, los que se ocupan de publicidad, por ejemplo, consideran que el lenguaje subliminal es más efectivo en la comunicación.

Digo esto porque nosotros privilegiamos la palabra quizás porque nos es de más fácil acceso, pero tal vez el otro lenguaje es más directo y más profundo en cuanto a la comunicación.

CHIOZZA: –Bien, la respuesta más concisa que puedo dar a la primera pregunta de Obstfeld es que sí. El enfoque epistemológico freudiano que, en mi opinión, lo condujo al descubrimiento del psicoanálisis, coincide con algunos de los enfoques epistemológicos actuales de otras disciplinas. En la física moderna, por ejemplo, se insiste mucho en que lo que percibimos como materia depende de un concepto particular que, acerca de ella, tenemos, y que

las características o cualidades que, desde nuestra conciencia, le atribuimos, no tienen por qué coincidir con las de la “cosa en sí” que las origina.

Esto tiene que ver con el planteo que, pocos minutos antes, hizo Green, cuando expresaba sus dudas de que la sed fuera el símbolo de la deshidratación. Nuevamente se desliza aquí el mismo malentendido.

No pienso que la sed sea el símbolo de la deshidratación, sino que la sed representa simbólicamente algo que está allí, fuera de la conciencia, como una “cosa en sí” que también penetra en ella por otra vía, y adquiere entonces representación mediante otro símbolo, que es el concepto y la palabra “deshidratación”.

El malentendido se crea porque cuando yo digo, volviendo al esquema de Green, que el derivado conciente que llamo sed es símbolo de su fuente inconciente, se piensa en lo segundo como si fuera concreta y verdaderamente deshidratación, pero ahí está el equívoco.

La sed no es entonces símbolo de la deshidratación, la sed es un símbolo que representa a ese existente inconciente particular que tiene dos símbolos concientes. Uno, la sed, entra por el camino *vectorial* que viene desde la fuente inconciente. El otro, la deshidratación, entra a través de la percepción.

La deshidratación es un símbolo que forma parte de la biología en tanto ciencia estructurada en torno de la físico-química. La sed, en cambio, como sensación, es un símbolo que forma parte de la psicología. Ambos símbolos se refieren a una misma fuente inconciente.

Pienso que Freud sostiene algo similar cuando dice, en el historial de Isabel de R. (Freud y Breuer, 1895d*), que, tal vez, la histeria y el lenguaje extraigan sus materiales de una misma fuente inconciente.

Cuando hablamos de lo psíquico pensamos que estamos hablando de representaciones. Cuando, en cambio, hablamos de lo somático, creemos estar hablando de las cosas concretas, y es allí que nos equivocamos. Con esto retornamos al punto que preguntaba Obstfeld.

Cuando estamos hablando de lo somático estamos hablando también de representaciones, y esto los físicos lo tienen hoy más conciente que nosotros los psicoanalistas cuando insisten en que “materia” es un concepto, una representación simbólica de algo “diferente” que está allí.

GREEN: –El problema de comprender si los psicoanalistas tenemos alguna clase de prioridad con respecto a la cuestión de la relación entre lo somático y lo psíquico y qué ayuda puede, eventualmente, esperarse de los filósofos, surge de un modo que comporta un aspecto de derecho y un aspecto de hecho.

A propósito del aspecto de derecho, no hay razones para pensar que los psicoanalistas no deberían alimentarse de todas las fuentes posibles que puedan enriquecer sus reflexiones.

En cuanto a la cuestión de hecho, debemos pensar que el psicoanálisis ha recibido del arte una ayuda mayor que de la filosofía. En lo que respecta a esta última, pienso que la aparición del sistema freudiano ha determinado una mutación filosófica muy importante, y que ella consiste en el abandono de la referencia exclusiva a la conciencia. Se continúa hablando de la conciencia hasta Husserl; con Heidegger, el problema de la conciencia desaparece y surge el del ser. Esta mutación tan importante se debió, sin duda, al hecho de que la concepción del inconciente arruinaba a la concepción de la conciencia y se debía encontrar entonces alguna otra cosa. Es así que la referencia de Heidegger al ser suprime la cuestión propuesta por Husserl sobre las categorías noéticas de la conciencia, y esto del mismo modo en que la adopción de una filosofía del lenguaje suprime la cuestión de la relación con la conciencia.

He leído recientemente una colección de escritos muy importantes, en la cual aparecen los filósofos franceses más conocidos, cuyo título expresa: "Después del sujeto, ¿qué viene?". Leyéndolos, se es testigo de la extrema desorientación de los filósofos: lo más audaz que dicen consiste simplemente en tomar las propiedades descritas por Freud bajo el nombre de inconciente y transferirlas a la especulación filosófica, disociándolas de su contexto en relación a lo inconciente y colocándolas al nivel de conceptos que hoy están de moda.

En la medida en que nosotros, psicoanalistas, no tenemos (a pesar de todo) el mismo desprecio por la ciencia que tienen los filósofos, estamos perseguidos de cerca, a propósito del problema *cuero-mente*, por las neurociencias. Hoy los neurobiólogos no sólo se vuelven filósofos, sino también especialistas de lo psíquico, y afirman que lo psíquico no existe. No veo, entonces, cómo los psicoanalistas podrían desinteresarse de este problema y no considerarlo, dado el avance de las neurociencias, como problema prioritario.

Llegamos ahora a la cuestión de la posición del lenguaje en la psique. Se ha discutido la formulación que hice acerca del lenguaje corporal, cuando dije que su especificidad es la de no comunicar. Pero no he dicho que servía para no comunicar, he dicho que esta era su especificidad. El problema es saber si el psicoanálisis continuará ahogando todo en concepciones pseudounitarias, tales como la de relación de objeto, en las cuales, como dice Hegel, todas las vacas son negras, o si, en cambio, continuará advirtiendo la necesidad de proponer distinciones que permanezcan, de todos modos, psicoanalíticas.

Si se cree en algo que se llama narcisismo, se debe tener en cuenta que las modalidades de la comunicación no pueden ser las mismas en un universo narcisístico que en un universo no narcisístico. En el universo somático, el problema de la comunicación se ubica en términos más agudos todavía. No basta que el analista encuentre un sentido, el problema es saber

si esto puede circular, y si puede ser retomado, en la comunicación. Se trata –para emplear un término no psicoanalítico– del problema de la generatividad del sentido (en una acepción muy diferente a la de Chomsky).

El problema del trabajo de lo negativo es el problema del trabajo sobre las representaciones: las relaciones entre representaciones de palabra y de cosa. Efectivamente, todos decimos, hoy, que el lenguaje no sirve para comunicar, sino para producir sentido. El problema es saber cuáles son las modalidades de la producción significativa, y es totalmente evidente que, introduciendo la distinción entre intrapsíquico e interpsíquico, se distingue entre una comunicación cerrada en sí misma y una comunicación que hace comunicar a dos sujetos. Hasta que no se pruebe lo contrario, el psicoanálisis tiene como objetivo principal la modalidad de comunicación entre dos sujetos, y de allí deduce las modalidades de comunicación intrasubjetiva e intrapsíquica. El problema del lenguaje y de la palabra debe ser ubicado en ese contexto. También el sueño es un lenguaje. Pero el sueño no está destinado a comunicar. El mejor sueño es el que se olvida, dice Freud.

Vayamos ahora al problema de la ausencia. Es Lacan el que ha llamado la atención sobre este tema, porque se tendía a olvidarlo. Pero la dimensión de la ausencia está en el centro de la teoría freudiana: basta pensar en la teorización relativa a la realización alucinatoria del deseo. Freud sostiene que cuando un deseo se reproduce, recorre las huellas de una experiencia de satisfacción precedente. Por lo tanto, por definición, el objeto no está allí. Es en la circunstancia de la ausencia del objeto que se vuelven a recorrer las huellas de una experiencia de satisfacción precedente: es este el movimiento al que llamamos deseo. La ausencia es algo constitutivo de la organización psíquica. Si les he propuesto una fórmula más concentrada diciendo que es la relación entre dos cuerpos, uno de los cuales está ausente, es, sin duda, sólo para hacerla lo más elíptica posible. Lo que ha recordado Abadi queda implícito, ya que acabo de decir, precisamente, que constituye la condición misma de la aparición de ese movimiento que se llama deseo.

Estoy de acuerdo en ampliar el problema del psiquismo, pero también exijo comprender. En lo que se refiere a las personas que me hablan, por ejemplo, de lenguaje prenatal o de las emociones del feto (pensando poder reconstruirlas) les respondo que hacen bien en ocuparse de eso, pero que yo, mientras tanto, haré otras cosas. Porque nos encontramos a nivel de una mística generalizada de la comunicación, en la cual ya no se sabe quién comunica qué a quién, para decir qué, para hacer qué, con qué finalidad. Llamo a esto monismo místico.

No estoy de acuerdo cuando se me dice que la palabra es más fácil de comprender. Si existe algo verdaderamente difícil de comprender, a causa de todas las implicancias, de todos los sobreentendidos, de la ambigüedad y de

los dobles sentidos, ese algo es justamente la palabra. Y cuando se busca una comunicación menos fácil de comprender... y bien, evidentemente, menos fácil de comprender es el código (el código en sentido genético). Pero, en tal caso, dado que se está fuera de los límites de la representación, ya que no es posible evocar alguna representación en aquellos a los cuales se les intenta inducir representaciones, ¿tiene sentido la palabra “comprensión”?

Quienes siguen a Moon comprenden, comprenden todo, están también dispuestos a despojarse íntegramente. Pero yo no llamo a eso un universo de sentido, porque pienso que en ese universo las relaciones existentes entre sentido y no sentido no son productivas para la generación de sentido. Tengo la impresión de que en estos casos el sentido gira en redondo, se vuelve circular; mientras encuentro que, con mi sistema, existe un relanzamiento del sentido, una posibilidad de sentido en otro sistema que puede dar lugar a formas de comunicación y generación tales como para que el trabajo de transformación pueda proseguir.

El problema es saber si el lenguaje sirve para producir sentido y pensar, o si está hecho para producir acciones directas, como sucede con los mensajes subliminales de los publicitarios. Pero yo no compro.

ABADI: –No sé si este final tan hermoso de Green: “Yo no compro”, me autoriza a decirle: “Tengo algo para venderte”. Yo retomaría el tema del lenguaje y de su origen para proponerles un esquema por el cual estoy en deuda con ustedes, ya que lo he construido gracias a lo que ambos nos han explicado hoy. Naturalmente hay también algo mío y, lo lamento, pero he debido agregárselo para dar coherencia al conjunto.

Y bien, yo creo que se debe partir desde el principio. El principio –lo han reconocido– es la ausencia. Frente a la ausencia la psique reacciona buscando presentificar: presentifica al ausente; y el método al cual recurre es el que nos ha enseñado Freud, la repetición. He allí entonces que, a través de la repetición, mágicamente, frente al objeto ausente, afirmamos su presencia. (Antes he dado el ejemplo del niño que dice “mamá” y que en esa palabra reencuentra a la mamá ausente.) En un segundo momento, el objeto presentificado es reconocido diferente de la mamá que está afuera y es discriminado como fruto de la imaginación creativa.

Después de estos dos momentos aparece por primera vez (y quizás es allí que nace el psiquismo) el representante. El representante es lo que hemos querido crear después de la ausencia para recuperar aquella presencia y que, sucesivamente, hemos reconocido que no era la misma cosa: era solamente “como si” lo fuese. En este tercer momento, entonces, aparece por primera vez (y está aquí el certificado de nacimiento del psiquismo) la noción, el concepto, el sentimiento de representante.

En un cuarto momento, el representante es reconocido en su carácter de sustituto: sustituto por analogía icónica, o sustituto por delegación, según los casos.

Llegamos así al quinto y último momento, que es aquel en el cual se reconoce que el sustituto es también un signo que dirige la mirada hacia un referente y además un significante que alude a un significado.

En síntesis, las cinco etapas se pueden definir así: la magia presentificante, el objeto reconocido como diferente de aquel original, el representante psíquico, el sustituto y, finalmente, el signo del lenguaje, es decir, si prefieren, la palabra.

A mí me parece que todo esto ha surgido con bastante claridad, pero, obviamente, me expongo a que ambos puedan contrarrebatarme –tienen pleno derecho– diciendo: “No era justamente eso lo que quería decir”.

(Green está diciendo mientras tanto que no está de hecho, de acuerdo, con Abadi.)

Querría hacerle ahora una pregunta a Chiozza. Cuando un individuo tiene sed... ¿es la misma sed que la que tiene en el momento en que puede asumir la palabra y el concepto sed? Porque hay una sed anterior al concepto, pero hay también un momento en el cual puedo pensar y decir: “Eso que siento es sed”. Querría saber si pensás que hay una diferencia fundamental en este pasaje.

Y finalmente respondo a Green, que decía no estar de acuerdo y que me ha hecho, durante el intervalo, una pregunta. Green me preguntaba qué haría yo frente a dos puertas, sobre una de las cuales estuviera escrito “felicidad”, y sobre la otra, “propósitos de felicidad”. Y bien, dado que yo soy un individuo enfermo, pervertido por la condición humana (porque ella es enfermante), entonces, naturalmente, es probable que eligiera la puerta “propósitos de felicidad”. Pero quiero que notes bien, André, que esta es mi enfermedad –la mía, la tuya, la de todos los seres humanos– y te hago notar además que probablemente a esta elección subtiende el hecho de no creer en la felicidad. Pienso que no se puede hacer más que lo que dice Pascal en su famoso pensamiento número 139 –que tú conoces muy bien, espero– cuando afirma que la única cosa que podemos hacer es distraernos, justamente, con propósitos de felicidad. Entonces, quizás, elegiría esa puerta para intentar distraerme, pero también porque he idealizado el saber (y esta es la enfermedad humana) tanto como para desear más saber que es lo que piensa ese fulano de la felicidad, que ser feliz yo mismo. Enfermedad, en último análisis.

VITO CAGLI (Roma): –Creo ser el único internista presente en la sala. No diré “*pauci sed electi*”, pero, en resumen, somos pocos, y yo, na-

turalmente, me siento aislado, fuera de lugar, en dificultad, con todo lo que esto implica. He intentado durante mucho tiempo, con dudosos resultados, acercarme al mundo de la psicósomática (palabra que –como el doctor Green– no amo, pero no hay una mejor), y me doy cuenta, cada vez más, de que este campo es extremadamente difícil, porque, además, la psique crece mucho y el soma se vuelve cada vez más pequeño.

Querría partir de una afirmación del amigo Luis Chiozza, al cual he seguido siempre con gran interés, por el estímulo –diría casi la provocación– a pensar, que él representa. Luis dice que somático es lo que veo, y psíquico, lo que interpreto. Muy bien. Pero el problema que surge, y sobre el cual probablemente Luis y yo no estamos de acuerdo, es: ¿Todo es interpretable? ¿Todo tiene un significado? Yo pienso que no. Pienso que el cuerpo, en un nivel dado, no expresa metáforas, sino que se expresa sólo a sí mismo, su corporalidad. Pienso entonces que el drama de la medicina psicósomática es la elección del campo, porque quien ejerce la medicina sabe que la diferencia con el psicoanalista no está en el tipo de pacientes, sino en su número. Nosotros vemos muchos y en superficie, y ustedes pocos y en profundidad.

Esa es, a mi juicio, la diferencia más importante. Viendo tantos, aunque sea en superficie, se recibe el impacto de una multitud de personas que piden ayuda y no la obtienen, y es así no sólo porque las estructuras son las que son, sino también porque nosotros, médicos, no estamos preparados para esa tarea, y tampoco recibimos apoyo adecuado.

El amigo Chiozza, por ejemplo, estudia el infarto de miocardio, pero yo veo muchísimas personas con neurosis cardíaca. El infarto de miocardio ha disminuido en los Estados Unidos desde que fue hecha una campaña contra el fumar: creo que ella ayudó mucho más a disminuir la mortalidad cardiovascular que cualquier otro tipo de enfoque. ¿Pero qué hacemos, en cambio, con una neurosis cardíaca? A ella nadie la ayuda, porque es lo mismo que el paciente fume o no fume. Aun más: a menudo, si los pacientes no fuman, se sienten peor, porque el fumar, como dicen algunos de ellos, los ayuda un poco a superar dificultades. Nosotros médicos nos limitamos a decirles: “No tienes nada: he hecho el electrocardiograma, las pruebas de esfuerzo, el centellograma miocárdico, la coronariografía; no se encuentra nada”.

Por lo tanto, en última instancia, de estos pacientes ninguno se ocupa; y es por eso que digo que el problema es la elección del campo.

No quiero, ciertamente, sugerir temas de investigación, los cuales, obviamente, son libres; pero me parece que quien se ocupa, desde la vertiente psíquica, de los pacientes psicósomáticos, debería tener la responsabilidad de intervenir allí donde los otros no intervienen. Creo que, de hecho, el cólico hepático o el infarto de miocardio reciben ya suficiente atención en los

lugares donde se practica la medicina interna (en última instancia, yo me he quitado la vesícula biliar y estoy muy bien; no sé si mi envidia ha desaparecido, pero ¡lo cierto es que no tengo más cólicos biliares!).

Yo, por lo tanto, no pediría una intervención sobre ese plano, pero la pediría, por cierto, si tuviese un colon irritable penoso, o una de esas dispepsias *sine materia* que vuelven infeliz la vida de muchas personas impidiéndoles incluso hasta el salir de sus casas. Pienso que esta podría ser una elección muy importante para la psicósomática, porque en esos casos nosotros, internistas, no hacemos absolutamente nada.

Repito entonces que, a mi modo de ver, en el ámbito de la psicósomática el problema consiste fundamentalmente en hacer una elección oportuna. No me parece tan importante saber, Luis, si es verdadero, o no, que existan las fantasías específicas de órgano, pero me preguntaría hasta qué punto es productiva esa idea. Hay ideas que no han producido nada. Mendel, por ejemplo, descubrió las leyes de la genética sobre las arvejas; nadie se dio cuenta, pero luego las han retomado. Por lo tanto, repito, desde el punto de vista de la investigación tengo el máximo respeto por todos, pero también hay que preguntarse si, más allá de la investigación, no es útil elegir atentamente aquellos campos donde las personas piden una ayuda que hoy no reciben.

EMILIANO PANCONESI (Florencia): –Yo me había propuesto permanecer callado, pero una onda de narcisismo violento me ha conmovido: es tal vez una epidemia que vaya a saber de dónde viene... La intervención de Cagli me ha convencido para que hablara, porque yo soy un somatista, pero no se me puede declarar internista, ya que soy “externista” –es decir que me ocupo de la dermatología–, y dado que también estoy en el pecado original de ser universitario, pienso un poco diferente del colega con el cual tengo, por otro lado, impresiones muy similares. Yo creo que la investigación debe continuar, sin embargo, aunque no nos lleve a hechos prácticos utilizables.

En esta magnífica jornada de “*divertissement*” psíquico en la cual he aprendido tantas cosas y tantas otras no he comprendido, he oído mencionar poco a la piel.

El motivo de mi interés no reside en la culturalización del problema; me pregunto, sin embargo, si tal omisión no tendrá un significado; si, en otras palabras, la misma “externalidad” de la patología de la cual me ocupo no los hace cometer un antilapsus, porque han hablado, en sus ejemplos, de infarto, diabetes, etc., pero no de la piel.

La piel es un órgano extensísimo, extremadamente complicado, con muchos tipos de patología; un órgano que escribe sobre sí mismo mensajes con una gráfica muy interesante desde vuestro punto de vista (y, por lo tanto, también desde el mío, aunque estoy aquí para aprender). Me deja

perplejo, y Luis lo sabe, el tema de la especificidad de estos mensajes, porque mi experiencia me llevó a ver inespecificidades. El lenguaje de este órgano, además, no es, de hecho, pobre, Chiozza, porque si miras las variantes de las variantes de letras componibles en expresiones y frases encuentras algún centenar, y quizás más aún.

CHIOZZA: –Quiero decirle a Abadi que, aunque no sé si cabría distinguir así, tan claramente, cinco fases en el proceso de representación, estoy de acuerdo con su planteo de que ese proceso sugiere, en la misma elección de la palabra con la cual se lo designa, una primera presentación. Esto nos hace pensar en lo que dice Todorov, cuando afirma que la palabra genera a la cosa nombrada del mismo modo que el deseo engendra a su objeto.

Ahora bien, cuando suponemos que esa generación del sustituto ocurre a través de una mediación simbólica con la presencia de un objeto tal como sólo puede darse en la experiencia individual, yo me pregunto (teniendo en cuenta lo que conocemos de la teoría psicoanalítica): ¿no nos estamos limitando demasiado?

Freud postulaba la existencia de representaciones heredadas. En su teoría, el ello contiene en sí las innumerables existencias anteriores del yo, y todo lo que en el ello hay, llegó a él mediante la percepción. De modo que, si decimos que esa primera presentación –a la cual Abadi se refiere– ocurrió en la filogenia, mucho antes de la vida individual, no damos un solo paso fuera del psicoanálisis. Nos encontramos entonces representaciones heredadas, fantasías primordiales y símbolos universales, y, entre ellos, con los afectos, como ataques histéricos típicos y congénitos.

En la vida individual, en la ontogenia, o en el fenotipo, tenemos sólo representaciones. Estoy de acuerdo con Abadi en que esas representaciones generan, en diferentes contextos, diferentes intermediarios simbólicos que llegan a estar muy distantes de los referentes primitivos.

Creo que justamente esa distancia, y el número elevado de intermediarios que operan en una riquísima permutación simbólica, condujo, a muchos autores, a pensar que la relación entre el símbolo y lo simbolizado es, en el caso del lenguaje por lo menos, convencional y arbitraria.

Ese modo de pensar, por más apoyo que pueda obtener entre lingüistas y psicoanalistas, es un modo contrario a la esencia misma del pensamiento psicoanalítico, ya que confunde lo que aparece (como convención arbitraria) en la conciencia, con la falta de una determinación inconciente.

Con respecto a la cuestión que Abadi plantea: cuando concientemente se nombra la sed, y cuando, por el contrario, no se la asume concientemente, ¿se trata entonces de la misma sed?, diría, evidentemente, que sí. Aunque el haber intermediado su “sed” con el representante verbal ha transformado

una sensación innominada en una nominada, proceso que también ocurre con los afectos, el hecho de que utilicemos, para nominarla, una misma palabra no es un hecho casual.

El proceso de descarga afectiva ocurre, según Freud, de tal modo, que sus últimos representantes son percibidos por la conciencia, y en algunos casos, son nominados, en otros son inefables. Evidentemente su cualidad es distinta.

La cuestión que plantea Cagli es bastante compleja, porque la pregunta acerca de si todo tiene significado es una pregunta análoga a la de si todo es perceptible.

En realidad, la capacidad perceptible crece continuamente. Por ejemplo, cuando se descubrió el microscopio se hicieron perceptibles cosas que antes eran imperceptibles, pero ¿perceptibles cómo? Sabemos que un tejido teñido con hematoxilina eosina muestra una “forma” histológica distinta que si lo teñimos con otros colorantes.

Nunca percibimos la “cosa en sí”, siempre el encuentro entre nuestro aparato perceptivo y la “cosa en sí”; encuentro intermediado por nuestros conceptos. Lo mismo ocurre con la significación. Desde los tiempos de Freud seguimos buscando significaciones que antes nos eran desconocidas y las seguimos encontrando.

En cuanto a la utilidad práctica de estas investigaciones, no soy tan escéptico como Cagli. En los años que llevo en el ejercicio práctico de la medicina y del psicoanálisis he visto muchas cosas que, aunque no pueda demostrarlas ahora, me han dejado convencido de la utilidad que se cuestiona.

Pero, en todo caso, esa no debería ser una preocupación de la ciencia. De hecho no lo es. De acuerdo con el planteo de Cagli, la astronomía, como ciencia, no debería existir, ya que, durante muchos años, su campo de aplicación práctica fue poco menos que nulo. Precisamente las ciencias puras se diferencian de las aplicadas en que no se preocupan de su practicidad inmediata.

Ocupémonos ahora del caso concreto de la neurosis cardíaca. En la neurosis cardíaca nos encontramos ante una realidad muy diferente a la del infarto cardíaco. Pero el hecho de que, aparentemente, sea mucho más clara la posibilidad de influir, con interpretaciones psicoanalíticas, sobre una neurosis cardíaca, no debe preocuparnos demasiado.

Digamos, en primer lugar, que no se trata de una medida adecuada, ya que en los casos de neurosis cardíaca hay, a veces, grandes fracasos psicoterapéuticos, y la situación inversa también puede observarse.

Por otro lado, decir que el psicoanalista se tiene que ocupar de la neurosis cardíaca porque el clínico no sabe qué hacer con ella, no me parece justo. Sería exactamente lo mismo que decirle al clínico que se ocupe de la esquizofrenia catatónica porque el psicoanalista no sabe qué hacer con ella.

Creo que hay pacientes que si se examinan desde un punto de vista “perceptivo” están absolutamente sanos, y que, sin embargo, se mueren de un infarto de miocardio. Con esto no quiero decir que estén en realidad físicamente sanos, quiero decir que tal vez no estamos en condiciones de percibir en ellos alteraciones “físicas”.

Menos aún quiero decir que aquellos que se han muerto de un infarto de miocardio “físicamente sanos” son los que sufrían de una significación patológica inconciente.

Pienso, por el contrario, que la significación inconciente que, a nuestro entender, es condición necesaria para que ocurra un infarto, es independiente de nuestra capacidad para percibir una alteración física previa.

De manera que podemos encontrar esa significación específica tanto en los casos de infarto que el diagnóstico previo encontró físicamente sanos, como en aquellos otros en los que registró un trastorno físico.

Cuando decimos que una determinada significación inconciente es condición necesaria, pretendemos diferenciarla claramente de los llamados “factores de riesgo”. En realidad, el cigarrillo les puede hacer mal a unos enfermos y a otros no, y no sabemos bien cuánto mal les hace, y por qué les hace mal de distinta manera a distintos enfermos.

Conocemos sólo pedazos aislados de una realidad compleja. Los psicoanalistas estamos aprendiendo mucho, dentro de nuestro campo estricto, acerca de la enfermedad somática, aunque todavía sabemos muy poco. Pero lo mismo les ocurre a los clínicos; creo que también en ese campo sabemos, todavía, muy poco, y sin embargo algo podemos hacer.

Vayamos ahora, entonces, al problema de la vesícula, que, precisamente, ejemplifica lo que acabo de decir. Cagli dice que cuando una persona tiene un problema en la vesícula, se le quita la vesícula y desaparece el cólico.

A veces es así. Otras nos veremos obligados a decir que los cólicos continúan porque el cirujano ha dejado al cístico demasiado largo. En otros casos, el enfermo adquiere el alta en el consultorio de gastroenterología sólo para ingresar en el de cardiología con una hipertensión que antes no tenía, o se embarca en un litigio que lo perjudica y que, desde un punto de vista biográfico, se ve claramente como un sustituto de la enfermedad vesicular abortada.

Estoy de acuerdo con Panconesi en que en el caso de la piel, el dialecto de órgano no es tan pobre, y probablemente esto ocurra también con algunos otros órganos.

Weizsaecker sostiene que un órgano tubular como el intestino sólo puede expresar dos “vocablos”: “dejo pasar” o “no dejo pasar”. Pero si, como dije antes, comprendemos que esa función forma parte de la clave de inervación de un afecto, la clave completa se convierte en el referente simbólico y la función gana muchísimo en representatividad.

Si hablamos, como sugiere Panconesi, de un lenguaje de órgano propio de la piel, la cuestión se complica mucho, porque, en primer lugar, es un órgano muy extenso que abarca muy diferentes zonas y, en segundo lugar, no hablamos de una enfermedad sino de muchas diferentes, para el caso de un órgano con una gran variante de patologías.

Yo creo que el código del lenguaje de órgano es un código difícil en tanto reprimido. Por este motivo, aunque nos asombra, no debería asombrarnos que el lenguaje popular, a veces con coincidencias insospechadas en distintas lenguas, dé pruebas inequívocas de conocer ese código.

Uno no puede menos que coincidir con Freud en que muchos de los conocimientos a los cuales no tenemos acceso, y que no producen asociaciones “individuales” en el paciente, están contenidos en los símbolos universales del lenguaje, en los mitos y también, en condiciones adecuadas, se revelan en la contratransferencia.

GREEN: —A las preocupaciones, que me parecen muy importantes, del profesor Cagli, respondería que ellas no pueden referirse a los psicoanalistas sino a los responsables de la formación médica. Los pacientes de los cuales el colega habla, de hecho, se dirigen al médico, y es a él que le solicitan la prosecución de la cura. Y, justamente por las razones subrayadas, no aceptan ser enviados a quien se ocupa de problemas psicológicos. Por otro lado, nadie se sometería a tres angiocardiógrafías si el médico le dijera que el procedimiento no es ese. Pretendo decir que tenemos que lidiar con formas muy organizadas de negación de lo psíquico.

Cagli, por otro lado, propone del mejor de los modos la dificultad para dar ayuda a quien la pide y, efectivamente, en este punto entra en un primer plano el problema de la psicología médica. Me parece, a partir de lo que conozco de varios países, que la psicología médica es un *bluff*, no se obtiene nada porque infortunadamente, y este también es un problema de orden epistemológico, el saber médico se funda justamente sobre la negación de lo psíquico. En la medida en que la medicina se ha tecnificado cada vez más, equipara, cada vez más, al lenguaje de lo psíquico con el del cartomante: lo encuentra peligroso. Y se apoya para eso en el hecho de que crea confusión en la mente de los médicos. El médico de mañana tampoco escapará a este dilema.

En lo que respecta a la formación del pensamiento, no se puede decir, infortunadamente, que la medicina sea muy estimulante. El médico de mañana se verá obligado a ser una especie de atleta del pensamiento y del psiquismo, para poder mantener contemporáneamente los dos sistemas de referencia y, eventualmente, rectificar el tiro. Deberá lograr dirigirlo sobre la vertiente de la investigación orgánica o, en caso contrario, se dirá que se está dejando sugestionar por el pensamiento mágico del paciente,

arriesgándose (si es atraído sobre ese terreno) a ignorar un infarto. Eso lo convertiría en culpable delante de sus colegas, mientras que ninguno lo atacaría si prescribiese, al mismo paciente, doce angiocardiografías.

En lo que se refiere a los problemas de la dermatología, soy extremadamente sensible a lo que ha subrayado el profesor Panconesi. En realidad, la cuestión de la exteriorización es muy importante: acerca de ella un colega mío, francés, Didier Anzieu (1985), ha hecho una original e interesante teorización psicoanalítica, introduciendo el concepto de Yo-piel (*Moi-peau*).

Aunque no haya surgido claramente de lo que he dicho, durante mi exposición tenía en mente justamente a la piel, porque estoy convencido de que los espacios psíquicos son absolutamente impensables sin tener en cuenta límites entre los sistemas. Y la piel es, esencialmente, el límite, el límite por excelencia. En efecto, creo que la dermatología ocuparía un lugar muy importante en las relaciones entre el adentro y el afuera.

Precisamente el problema, de gran envergadura epistemológica, sobre qué es lo que debe entenderse por superficie, permanece abierto. Chiozza ha recordado una cita de Freud, quien decía que el yo es en su origen un yo corporal que corresponde a una superficie. Aun más, Freud precisa: “O, más bien, a lo que corresponde a la proyección de una superficie”. Yo no puedo desembarzarme de la idea de que la palabra psicoanalítica, en la sesión, debe ser comprendida como una superficie; la emergencia de la palabra es una superficie y, de hecho, es una superficie de proyección que reenvía a espacios que, justamente, no son lineales ni están organizados sobre un plano de superficie.

A propósito de la pregunta de Mauricio Abadi, diré que el problema reside en la relación entre el sistema de signos propios del lenguaje y el sistema de signos de la semiótica. Recientemente he parangonado los aportes de Saussure, Lacan y Peirce, que es un inspirador de Lacan. Peirce describe el signo que llama “*representamen*” como una estructura triádica (sujeto, objeto, interpretante) creada en la mente de aquel a quien el signo es dirigido. Señala de este modo que todo puede ser interpretado, pero yo creo que no podemos interpretar más que lo que se presta a la interpretación. Cuando interpretamos, en cambio, algo que no se presta a la interpretación, cuando, en otras palabras, creamos sentido donde no lo hay, la comunicación se vuelve circular o se detiene, porque nada la relanza.

No hablo de progreso, pero sí de modificación, de transformación del sistema, de modo que las cosas aparezcan de una manera completamente diferente. Pero el problema es todavía más grande, porque, como ha dicho Benveniste, el lenguaje es el interpretante de todos los otros sistemas de signos. Es decir que existe una pluralidad de sistemas de signos que son organizados con una modalidad no lingüística, pero que pueden ser retomados por el lenguaje mismo.

La relación entre el lenguaje (como interpretante de todos los otros sistemas de signos) y el sistema de interpretación propio del lenguaje abre problemas enormes que son, precisamente, los de la interpretación psicoanalítica. Se nos podría preguntar, por ejemplo, ¿por qué el inconciente no está constituido solamente por lapsus? ¿Si el inconciente está estructurado como un lenguaje, por qué no se expresa únicamente con manifestaciones que se ubican sobre el mismo plano?

Pero el lenguaje tiene lugares y funciones diferentes en relación, por un lado, con el objeto y, por el otro, con el cuerpo. ¿Cuáles son, entonces (incluyendo las circunstancias en las cuales lo somático es concebido como raíz de lo psíquico) los límites de la interpretación cuando se dirige a lo somático?

Cuando se habla de sustituto, de signo, los problemas son muy complejos. Si los consideramos en un nivel infrahumano, tampoco encontramos modos de inteligibilidad entre la descripción de un acontecimiento en términos neurofisiológicos y su traducción a nivel del comportamiento. No hemos logrado establecer un enlace que nos haga comprender por qué, por ejemplo, una cierta serie de acontecimientos neurofisiológicos se traduce, en el ratón, en un cierto comportamiento. En lo que se refiere al hombre ya no nos encontramos a nivel del comportamiento, sino de la representación, del sustituto. Entonces, ¿hasta qué punto el límite de la interpretación puede ser extendido? Es una cuestión que todavía permanece abierta a la discusión.

CHIOZZA: —Estoy de acuerdo con Green en que decir que el inconciente está estructurado como un lenguaje (y peor aún si pensamos en un lenguaje verbal) es insuficiente. Pero lo que él decía acerca del acto fallido y de su significación, me llevó a pensar en un ejemplo que quizás pueda contribuir a darnos una idea acerca de cuál es la magnitud del problema que estamos enfrentando.

Comencemos por un acto fallido verbal: quiero decir “teléfono” y en cambio digo “pipa”. Prosigamos con otro tipo de acto fallido: quiero salir de esta habitación y tropiezo con el umbral de la puerta. Tomemos ahora un tercer tipo: quiero tomar agua de este vaso y por alguna razón me atraganto, es decir que parte del agua se introduce en mis vías respiratorias y tengo que toser.

¿Terminan allí los actos fallidos? ¿No podemos seguir “hacia adentro” y decir que si tengo un espasmo del colédoco y una disquinesia biliar o, incluso, un fallo inmunitario, esto también implica una perturbación de la función que (como cualquier otro acto de término erróneo) tiene un sentido?

Puedo comprender que no se siga con tanta facilidad el acto fallido que ocurre cuando uno se atraganta como se sigue la equivocación equivalente en el discurso verbal. Mucho más difícil aún es pensar en que

una indigestión pueda interpretarse de manera similar a un acto fallido, aunque Freud ya nos hablara de la relación que existe entre la disfagia y el “tener que tragarse” un ultraje sin posibilidad de réplica.

Pero la pregunta que quiero hacer ahora es otra. Cuando pensamos en una serie de actos de término erróneo que se van “profundizando” en el sentido de la voluntad inconciente, ¿dónde ponemos el límite de lo que consideramos un acto fallido?

Pienso que hay, para esa pregunta, una sola respuesta. El límite estará dado, siempre, por nuestra capacidad de comprender. Mientras, progresando en esa interiorización de la “serie”, logremos comprender, diremos: posee el sentido de un acto fallido.

Cuando, en cambio, no logremos comprender, ¿qué camino elegiremos? ¿Diremos que no tiene sentido o que todavía no lo hemos comprendido? Creo que esta elección, como dije antes, proviene de una actitud que depende de la manera en que hemos procesado nuestras anteriores experiencias con el psicoanálisis.

BRUTTI: —En la conclusión de este encuentro querría todavía provocar a nuestros ilustres huéspedes preguntándoles si consideran más oportuno hablar del enfoque psicoanalítico de la enfermedad orgánica en lugar de la psicósomática.

Organizamos este seminario concientes de que en el futuro próximo la llamada psicósomática será una de las nuevas fronteras del psicoanálisis. No se trata ahora de formular solamente un auspicio. El camino, se sabe, es largo y difícil, por lo cual es necesario crear ya desde ahora los presupuestos que hagan posible semejante empresa.

Yo no creo que esta perspectiva sea extraña al espíritu del psicoanálisis. También frente a la enfermedad del cuerpo se trata de investigar un sentido que no es inmediatamente evidente y, por lo tanto, no es reconocido y no es investigado. Pero abrirse a una tal perspectiva implica todo un trabajo propedéutico. Una actitud nueva que pueda producir modificaciones en el enfoque; la experimentación de un lenguaje que pueda interpretar también aquellos sistemas de signos que aparecen opacos e investigar un sentido allí donde no parece estar. Y eso no sólo a los fines puramente cognoscitivos, sino también en el orden de la transformación.

Ciertamente, como recordaba el doctor Green, no tenemos todavía plena inteligibilidad de los nexos entre los procesos neurofisiológicos y el comportamiento, como tampoco, aun pudiendo resignificar experiencias de vida que la enfermedad ha bloqueado (y a las cuales impide evolucionar), no podemos todavía confirmar la asunción de Gadamer, para quien “una vida resignificada es una vida cambiada”. El método introducido por Luis

Chiozza (el estudio patobiográfico¹⁷) es un primer instrumento puesto a punto para un objetivo ambicioso, sí, pero también concreto y urgente.

Creo que la puesta en juego fundamental, para Chiozza, es hacer dialogar al paciente, al médico y a la enfermedad, más allá de los malentendidos e incomprensiones que contrasignan generalmente la confrontación entre los tres protagonistas de esa particular vicisitud de vida, constituida por el sujeto que tiene una enfermedad y que recurre a un médico.

Pero ¿quién debe ser el director de ese encuentro, de esa fusión de lenguajes? ¿Un analista, un nuevo tipo de analista, un internista, un nuevo tipo de internista, el psicomatista, otra figura profesional que todavía no conocemos? He aquí los puntos sobre los cuales deberemos reflexionar todavía después del seminario. Y creo, desde ya, que no será ese el único fruto de este seminario.

CHIOZZA: –Volviendo a la propuesta que acaba de resumir Brutti, acerca de si no será necesario un encuadre particular para poder encontrar el ámbito en el cual el órgano hable, o el sujeto hable con sus órganos, creo que, como le decía ayer a Green, del mismo modo que ha ocurrido con el enfermo psicótico o con el niño, el psicoanálisis encontrará, también para el problema planteado por el enfermo “somático”, un encuadre particular.

Me parece importante aclarar, sin embargo, que en el encuadre habitual de la sesión psicoanalítica se pueden ver, también allí, los indicios de ese lenguaje, y también que el proceso psicoanalítico tiene, en los límites del encuadre habitual, un espacio para la interpretación de los trastornos somáticos.

Tanto para el tratamiento de los enfermos psicóticos, como para el de los niños, el psicoanálisis se vio forzado a incluir en su encuadre el trato con aquellos familiares de los cuales esos pacientes dependían *efectivamente*, es decir *más allá* de sus fantasías neuróticas. En el caso de los pacientes somáticos la situación se complica, porque las personas de las cuales dependen *efectivamente* no son, precisamente, sus familiares, sino los médicos, o el orden médico, que toma a su cargo un tratamiento *físico* del cual no se puede, muchas veces, prescindir.

¹⁷ {Para una descripción detallada del método, véanse “El estudio patobiográfico como integración del conocimiento psicoanalítico con la medicina general” (Chiozza y colab., 1979g), OC, t. VIII; y el apartado titulado “El estudio patobiográfico” en “La metahistoria y el lenguaje de la vida en el psicoanálisis y la psicósomática” (Chiozza, 1998l [1986]), OC, t. IX, y en “Lectura para psicoterapeutas”, capítulo III de *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo* (2007a [1986-1997-2007]), OC, t. XIV.}

Uno de los encuadres posibles para las peculiaridades que la enfermedad somática plantea al psicoanálisis, es el del procedimiento que denominamos *estudio patobiográfico*, en el cual, trabajando en equipo, no sólo incluimos en la indagación psicoanalítica la relación del paciente con los médicos que se ocupan de su terapéutica física, sino también el lenguaje particular que la enfermedad somática “habla”.

Hay mucha tarea por hacer en este tipo de indagación psicoanalítica y, precisamente por eso, es muy útil distinguir entre el *comportamiento* de la enfermedad somática “dentro” de la sesión psicoanalítica, y aquello que ocurre con ella en el conjunto de encuadres diseñados con la intención de integrar los preceptos del psicoanálisis con la operación de otras terapias que a veces son imprescindibles.

Bien, como es este el punto que Brutti propuso para la mesa redonda final, me detengo aquí. Sólo quiero agregar que estamos, según creo, en lo que respecta al tema que discutimos, en un momento muy particular de su desarrollo, y el título elegido para esta mesa me parece muy apropiado para este momento particular.

Creo que en el psicoanálisis existen los conceptos necesarios para crear una teoría (o tal vez para hacer conciente una teoría ya creada) acerca de la posibilidad de interpretar la enfermedad somática. Y me parece que esto debe quedar claro, aunque sea como tópico para una discusión, porque se trata (nada más y nada menos) de cuál es el papel que le corresponde al psicoanálisis en la definición, hoy caótica, de la cuestión psicósomática.

El psicoanálisis debe decir su palabra en esa polémica actual, y quienes como psicoanalistas representamos a Freud debemos intentar no traicionar sus ideas ni el espíritu que las anima. En otras palabras: no debemos confundir las numerosas psicósomáticas “de la conciencia” con el psicoanálisis.

Creo que la segunda hipótesis fundamental, tal cual la planteó Freud, nos da los elementos para fundamentar teóricamente la interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática.

GREEN: —El doctor Brutti ha dicho que la psicósomática es una nueva frontera del psicoanálisis y yo estoy de acuerdo con él. Creo además que tendremos interés en pensarla entre las otras fronteras del psicoanálisis que se han desarrollado en el curso de su historia. Me refiero a la psicosis, a la delincuencia y a la criminalidad (aunque no existen muchos estudios con ese propósito) y, por fin, al psicoanálisis de niños. Pero, una vez dicho esto, estamos obligados a situar tales fronteras en relación al territorio del cual partimos, y ese territorio sigue siendo el psiquismo, aunque se puede pensar que, tal vez, las conquistas obtenidas desde estas nuevas fronteras conduzcan a reconsiderar nuestra concepción del psiquismo.

Creo, sin embargo, que, hasta el presente, nada decisivo se ha aportado, que pudiera conducirnos a reconsiderar el modo en que el psicoanálisis ha planteado el problema del psiquismo; y creo que en esto todos estamos de acuerdo.

Para especificar ese psiquismo no estamos obligados a partir de concepciones generales *a priori*, sino de la estrategia que nos ha permitido todos aquellos desarrollos que hemos podido alcanzar. El hecho es que ese psiquismo pasa a través del discurso. Prefiero decir *discurso* antes que *lenguaje*, y querría, a propósito de esto, precisar las cosas mejor.

Lacan ha propuesto el estudio de cuatro discursos, pero yo no me refiero, en realidad, a esa distinción. El discurso psicoanalítico se ubica mejor, a mi juicio, entre el discurso médico y el filosófico. Cuando hablo, aquí, de *discurso médico*, no me refiero al discurso del médico, sino al del paciente.

El discurso del paciente es utilizado, por el médico, con fines selectivos, en lo que respecta a su conformidad o no conformidad con un código. Un paciente relata muchas cosas (que ha tenido una crisis hepática cuando había luna llena, o que el dolor se ha manifestado de un cierto modo, etc.), y el médico no tiene más que un objetivo: encontrar su propio código y eliminar (del discurso del paciente) todo lo que no corresponde al código, manteniendo, en cambio, cuanto le pueda servir. No es necesario recordar ahora los hermosos análisis de Foucault.

En cuanto al discurso filosófico, rechaza, por definición, al conocimiento ingenuo e investiga los parámetros que le parecen pertinentes y esenciales para llegar a un nivel de generalización destinado a alcanzar el fundamento mismo de las categorías que se pueden ubicar al comienzo de todo análisis. Diría que, desde ese punto de vista, sufrimos por la falta, en el discurso filosófico, de una historia de la psique. Me asombra que ninguno estimule a sus propios alumnos en estos tipos de tesis que serían útiles a todos: la historia de la psique. Es decir la historia de las diversas concepciones acerca del psiquismo.

El discurso psicoanalítico se sitúa precisamente como ruptura con respecto a los otros dos. Existen, efectivamente, algunas hipótesis fundamentales que no se toman en cuenta generalmente más que bajo el perfil de la táctica: por ejemplo, la asociación libre, la atención flotante, la neutralidad benévola. Pero no es esto lo que especifica el discurso. Lo que lo especifica es la afirmación de que se puede alcanzar la esencia misma del psiquismo a través de un discurso decididamente cotidiano. De manera que todo lo que, desde otros puntos de vista, es considerado conocimiento ingenuo y espontáneo se vuelve interesante no sólo para quien lo vive, sino para todas las profundas reflexiones sobre el hombre. A partir de ese discurso se llega así a constatar la importancia del trabajo de lo negativo y de la negación.

En cuanto al problema de la radicación en el lenguaje sabemos, a partir de la experiencia psicoanalítica, que esta última puede recurrir a fórmulas que tienen relaciones más distantes con el lenguaje. Me vienen a la mente dos, pero quizás hay otras, y son la técnica del juego en el psicoanálisis de niños y la técnica del psicodrama (que es también una extensión del psicoanálisis).

Y bien... en lo que concierne a la técnica del juego, no es admisible más que en la medida en que remite a un tipo de correspondencia (si no de equivalencia) entre juego y discurso, como se puede inferir, por ejemplo, a partir de la fantasía, del mismo modo en que se puede interpretar cierto tipo de discurso como el mítico, o como algunos otros más cargados de fantasías que el discurso racional. De todos modos, eso nos reenvía a la pulsión. Si reparamos en la obra de Melanie Klein y en la importancia que ha atribuido al juego, vemos que postula que la fantasía es el funcionamiento pulsional, o que el funcionamiento pulsional es la fantasía.

La consideración de la cura psicodramática mediante la acción (el actuar) nos remite también a la fantasía. ¿Cuál es entonces la diferencia? En el caso del juego, ese problema atañe a la dimensión que Winnicott abrió al describir una capacidad para estar solo, en presencia de la madre. El caso del psicodrama nos remite a otra dimensión, una dimensión colectiva. Nunca se ha visto desarrollar un psicodrama entre un analista y un analizando solamente. La fantasía remite, en resumen, a dos polaridades: a la capacidad para estar solos en presencia del objeto o, por el contrario, a esa particular forma de corporalidad que es la social.

Pero, ya se trate de juego o de psicodrama, llegamos siempre a una referencia a la pulsión. Y bien... de las múltiples definiciones de la pulsión que han sido dadas, hoy quiero recordarles una consignada en las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, cuando Freud (1933a [1932]*) tenía ya sobre sus espaldas una gran experiencia (y no sólo clínica, sino también epistemológica) acerca de la consistencia de sus conceptos puestos a prueba repetidamente. En las *Nuevas conferencias*, Freud dice que “la pulsión deviene psíquicamente efectiva en el camino de la fuente al objeto”. Es la más rica definición de la pulsión, la que abre mayores perspectivas y la que recuerda al mismo tiempo el anclaje somático y la vectorización hacia el objeto. Y, a medida que la vectorización hacia el objeto es mayor, más prevalece la dimensión psíquica.

Pienso haber esclarecido bien mi diferencia con Chiozza. Se puede también reflexionar acerca del trabajo del sueño, que tiene una doble función: la de ser un velo, una transformación y, al mismo tiempo, una realización. Lo que falta, me parece, en lo que he escuchado, es un equivalente al trabajo del sueño, que podría llamarse *trabajo del cuerpo*. Esta noción de trabajo del cuerpo no la he oído, pero puede ser que haya comprendido mal.

Si nos refiriéramos al cuerpo como a un sistema de órganos, nos asemejaríamos a neuroanatomistas que pensarán en términos de lóbulos. Éstos son hoy considerados entidades groseras que no tienen ninguna efectividad real en relación al funcionamiento cerebral. Y se podría preguntar acerca del rol del órgano en las enfermedades sistémicas. No veo cómo una perspectiva de órgano pueda destacarse del fundamento histórico del cual Freud ha partido, es decir de una relación al cuerpo imaginario. Permanece abierto el problema acerca de cuáles son las relaciones de ese cuerpo imaginario con el cuerpo real.

A fin de volver al tema de las relaciones intrapsíquicas, de las intersubjetivas (o interpsíquicas) y, en particular, al de los límites de lo intrapsíquico, querría afrontar el problema partiendo de una pregunta: ¿cuáles son los límites de lo interpsíquico? ¿Los conocen ustedes? No los conocemos. No tenemos, además, razón alguna para plantear el problema de los límites en un sentido más que en el otro. Podemos tal vez remontarnos a Heráclito, quien decía que los caminos del *logos* son tan profundos como para que ninguno sepa hasta dónde pueden prolongarse. Y es en este punto que debemos recordar la definición de Freud —y si lo cito no es para refugiarme detrás de su autoridad, sino porque pienso que es él quien puede darme el argumento más coherente para continuar reflexionando— cuando dice que la pulsión tiene un anclaje en lo somático, anclaje que ya es psíquico bajo una forma que nos es desconocida.

En el estado actual de nuestros conocimientos, no veo otra manera de responder a la pregunta que les he planteado, que esa referencia a lo psíquico anclado en lo somático, de un modo que es ya psíquico en una forma que nos es desconocida. ¿Qué significa? Podría querer decir que tenemos que lidiar con una especie de caso límite de lo psíquico —y es por eso que lo que estoy diciendo se aplica a mis trabajos sobre el narcisismo— que no implicaría alguna dimensión de alteridad porque, en efecto, faltaría aquí la dimensión del otro, del objeto.

Pero, si consideramos las elaboraciones que han sido realizadas a propósito de lo psíquico (por ejemplo, todas las referencias hechas a la simbolización), se puede observar que cuando los analistas describen, en la psicosis, la ecuación simbólica, cuando hacen alusión a un pensamiento concreto, están lejos de cubrir íntegramente el campo de los fenómenos psicóticos, acerca de los cuales sabemos, por el contrario, que pueden coexistir con formas de abstracción hipersofisticadas. Eso no impide, a pesar de todo, que el pensamiento concreto y la ecuación simbólica existan; nos encontramos allí con formas que nos permiten, justamente, intentar reflexionar sobre el ser particular de esa simbolización en relación con el trabajo del cuerpo, que exige, sin embargo, un sistema de transformación.

Por ejemplo: si he comprendido bien la teoría kleiniana, uno de mis desacuerdos con ella consiste en que pienso que el problema del pensamiento concreto de los esquizofrénicos nada tiene que ver con el pensamiento concreto del niño. Pienso que hay una diferencia y que, en la psicosis, existe un proceso de subversión de los procesos psíquicos, de modo que el pensamiento concreto (o la ecuación simbólica) no es simplemente una regresión a un estado anterior, sino que revela una desviación en el curso normal de las cosas.

Diría, para concluir, que no podemos excluir de nuestra consideración a la magnitud de la violencia vinculada con los fenómenos que hemos tomado como objeto de investigación; también existe allí un punto de encuentro entre psicosis y psicósomática. La magnitud de la violencia en la delincuencia y en la criminalidad es uno de los pies del trípode que, como he dicho, es para mí esencial. Ustedes pueden medir el grado de violencia implícito en el más racional de los caminos cuando un paciente se hace realizar tres angiocardiografías. Existe seguramente una dimensión escopofílica (el deseo de ver en el interior del cuerpo) y todo lo que se puede pensar de una relación psicótica con un órgano elegido como perseguidor, pero lo que transforma en particular esa relación no es solamente la violencia, sino la complicidad que se encuentra en la violencia.

Cuando se me dice que también un síntoma somático puede tener un sentido, que un cálculo renal puede estar, por ejemplo, en relación con una fantasía de embarazo, yo digo: “Sí, pero es necesario saber de quién se está hablando”. No se trata, por ejemplo, de la resignificación, del inevitable refantasear que hace que cualquier acontecimiento que suceda (sea en nuestro cuerpo o en nuestra vida, en la vida de vigilia o en cualquiera de las formas de existencia que atravesamos) lo resignifiquemos a través del fantasear inconciente. Vemos esto también en la psicosis y se puede reflexionar que está en la raíz de lo que Bion considera como transformación de las impresiones groseras de los sentidos.

Por lo tanto somos, efectivamente, capaces de ver las cosas mejor, desde el punto de vista de esa transformación misteriosa. La relación existente entre el trabajo del cuerpo y el trabajo del pensamiento se puede elaborar mejor desde el lado de la psicosis que desde el de la enfermedad psicósomática. Dudo que se pueda progresar sin obligarse a tomar en consideración algo que Freud ha descripto como hipótesis (y que permanece como hipótesis). Algo que llamamos pulsiones de vida y pulsiones de muerte.

Termino recordando que mi pregunta sobre cuál es el psiquismo de un hombre cuyo electroencefalograma permanece plano durante veinticuatro horas, ha quedado sin respuesta.

Apéndice enviado posteriormente por el doctor Chiozza para su publicación conjunta con el seminario

Green cerró su última intervención señalando que su pregunta sobre el psiquismo de un hombre cuyo electroencefalograma permanece plano quedó sin respuesta.

El hecho de que fuera absolutamente imprescindible dejar el salón que nos albergaba no dio la posibilidad de que me otorgaran nuevamente la palabra para referirme a la cuestión. Me pareció por lo tanto pertinente solicitar a los editores de *Quaderni* que incluyeran mi respuesta en su publicación.

Creo que la pregunta de Green proviene de un argumento, omitido y presuntamente sobreentendido, que toma la forma de una interrogación retórica.

Dado que mi pedido, en el transcurso del seminario, de una aclaración con respecto al contexto de la cuestión planteada también quedó sin respuesta, trataré de adivinar ahora cuál fue el argumento subyacente que, en esa pregunta, se expone de esa manera elíptica.

El tema requiere de una pequeña introducción.

No es fácil determinar el momento preciso en que un ser humano debe considerarse muerto. La dificultad proviene, por lo menos, de tres circunstancias:

- 1) Admitimos que un muerto pierde todas las manifestaciones que nos conducían, mientras estaba vivo, a atribuirle una conciencia, pero que la recíproca no es válida. La pérdida de esas manifestaciones no implica necesariamente la muerte, ya que la experiencia muestra que, a veces, esa pérdida es transitoria y reversible.
- 2) Admitimos que un organismo no se muere *todo* al mismo tiempo, y que puede permanecer, durante un lapso a veces prolongado, en una vida “vegetativa” que consideramos privada de conciencia.
- 3) Ignoramos dónde reside la sede de la identidad individual, de aquello que, desde un punto de vista, llamamos *yo*, y desde otro, una *persona jurídica*.

Las técnicas actuales de trasplante de órganos crearon la necesidad de determinar lo más precozmente posible *el momento* de la muerte de una persona jurídica. Aquí es donde aparece la cuestión del electroencefalograma plano durante un tiempo suficientemente prolongado.

Esa idea, pienso, lleva implícita dos aserciones:

- 1) Se trata de un estado que, de acuerdo con la experiencia, es irreversible.
- 2) Se considera el elemento de juicio para establecer la muerte jurídica.

Llegados a este punto podemos retornar a nuestro tema.

Si el contexto de la pregunta de Green es, efectivamente, el que hemos mencionado, podemos admitir que un hombre jurídicamente muerto carece de manifestaciones habituales de la conciencia humana. Pero... ¿con qué argumentos podríamos sostener la afirmación de que carece de psiquismo?

Y, ya que estamos en el tema, cuando se atribuye la categoría de persona jurídica al feto humano, ¿se le atribuye, acaso, al mismo tiempo, una conciencia psíquica similar a la nuestra?

No estamos en condiciones de contestar en qué *tipo* o en qué *nivel* de muerte desaparece el psiquismo, pero diré, más allá de toda elipsis, dos cosas:

- 1) El psicoanálisis me lleva a establecer una diferencia conceptual entre la falta de manifestaciones evidentes de conciencia y la falta de psiquismo.
- 2) Me siento inclinado a creer que la vida llamada vegetativa está provista de aquello que, desde nuestra conciencia habitual, llamamos psiquismo inconciente.

**COMENTARIO PSICOANALÍTICO SOBRE
EL CUENTO “FLORES PARA ALGERNON”
DE DANIEL KEYES**

(1995 [1989])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995^w [1989]) “Comentario psicoanalítico sobre el cuento ‘Flores para Algernon’ de Daniel Keyes”.

Ediciones en castellano

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

El presente comentario fue realizado en mayo de 1989 en el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática, luego de una representación leída del cuento “Flores para Algernon” de Daniel Keyes.

Ante el impacto emocional que nos deja la lectura de este cuento, acuden a nuestra memoria las palabras que Shakespeare pone en boca de Marco Antonio cuando, frente al cadáver de Julio César y dirigiéndose a los ciudadanos de Roma, interrumpe repentinamente su discurso: "...perdonadme... mi corazón está en ese féretro y he de esperar hasta que vuelva a mí".

Charly ha tocado nuestro corazón, ese órgano que en el lenguaje popular suele llamarse "el bobo" o "el tonto", quizás porque la intuición presente que el buen corazón late y no piensa.

¿Se trata acaso de que el hombre tonto, como sucede con Charly, es bueno? ¿Por qué se dice a veces: "Yo soy bueno, pero no soy tonto"?

Charly quiere volverse listo. En nuestro modo argentino de hablar el castellano usamos la palabra "vivo" en lugar de "listo". Pero "vivo" no sólo significa listo, también significa pícaro y aprovechador. Es digno de reflexión el hecho de que la tontería se aproxime a la bondad y la sagacidad a la maldad.

La ética se acerca aquí a una paradoja en donde es malo ser bueno y es bueno ser malo. Nadie dudaría sin embargo si ha de elegir entre ser tonto y bueno o inteligente y malo.

Cuentan que una hermosa estrella del arte escénico dijo a un famoso intelectual (creo que a Bernard Shaw): "¿Cómo me gustaría tener un hijo con usted! ¿Se imagina un hijo con su inteligencia y mi belleza?", y que él le respondió: "Pero señora... ¿y si sale con mi belleza y su inteligencia?".

Este jocosos episodio nos enseña algo intrigante: la tontería avergüenza y ofende más que la fealdad. No parece haber dudas de que la inteligencia es un valor supremo.

Pero, ¿qué es la inteligencia? De acuerdo con lo que muestra la etimología, la inteligencia sería la capacidad para "leer entre líneas", es

decir: la capacidad de ver más allá de las apariencias. Pero no existe una manera sola de ser inteligente. Hay una inteligencia de la cabeza, otra del corazón y otra del hígado; existe la inteligencia del pensar, la del sentir y la del hacer, y en todo ser humano se mezclan en distinta proporción.

Para la neuropsiquiatría clásica, el déficit de la inteligencia es un producto de un trastorno cerebral, sea congénito o adquirido.

La psiquiatría moderna, llamada también dinámica, admite que las neurosis graves, las psicopatías y las psicosis pueden conducir a veces al deterioro mental.

La psicología establece un cociente intelectual (CI). Charly tiene un CI de 68. Hemos oído ya, por boca de los personajes de este cuento, todo lo que puede decirse de esa pretendida magnitud de la inteligencia. Nemur dice que el CI “mide” la inteligencia, pero Strauss afirma que el CI sólo “indica” cuanta inteligencia puede uno desarrollar; Burt dice que el CI mide un montón de cosas distintas, incluso algunas que el paciente ya ha aprendido, y que no sirve para nada.

Un cuento muy conocido narra que un hombre, al cambiar la rueda de su auto frente al muro de un manicomio, pierde dentro de la alcantarilla las tuercas que la fijan y no sabe cómo resolver el problema. Uno de los internados, que mientras tanto lo miraba, le sugiere sacar una tuerca de cada una de las ruedas restantes y así tendrá tres para fijar la que ha cambiado. “¡Bárbaro! –dice el automovilista–, ¡no se me había ocurrido! ¿Cómo es que usted está recluido allí adentro?” “Es que –contesta el otro–yo soy loco, pero no soy tonto.”

Dijimos hace unos años, a partir de este cuento, que, visto desde la conciencia, el inconciente es loco, y que la conciencia, vista desde lo inconciente, es tonta.

Inconciente es aquello que ya, automáticamente, se sabe, y conciente lo que, en ese momento, se está aprendiendo.

El inconciente guarda las importancias, la conciencia establece y ensaya diferencias sólo cuando el inconciente falla.

Pero la falla que proviene de lo inconciente jamás es tontería. Un acto fallido solamente es tonto si se lo mira desde la conciencia; desde lo inconciente es el producto de una sabiduría y un ingenio de intención oculta.

En el acto fallido el inconciente no falla; cuando el inconciente falla, su falla, lejos de ser tontería, es locura, porque la locura es otra cosa. La locura, cargada de importancia, es una pasión que rechaza una realidad que no logra soportar.

En resumen: El torpe atolondrado que derrama el café en la casa de su novia no es un tonto. Su acto, que fracasa solamente en apariencia, porque obedece a un motivo reprimido, es el producto de la sagacidad de

lo inconciente. Tonta, por el contrario, es la conciencia, porque se le escapa esa intención oculta.

Ya hemos visto que, para la neurofisiología, la inteligencia es un producto de la evolución del cerebro, y su déficit, una merma o deterioro de ese desarrollo.

La metapsicología psicoanalítica nos enseña que la inteligencia es la capacidad para anticipar las consecuencias de la acción, capacitándonos para una acción eficaz.

Desde un punto de vista psicoanalítico metahistórico, la inteligencia, como capacidad de leer “entre líneas”, coincide con la capacidad de descubrir un sentido velado, intencionadamente encubierto, y equivale a la capacidad de rescatar una parte de la sabiduría inconciente.

Charly, que tiene 37 años, es lo que suele llamarse “un retardado mental”. Van a operarle el cerebro, lo cual equivale a admitir que del cerebro depende su déficit y también la posibilidad de inteligencia. No es este el lugar ni la ocasión para cuestionar la simpleza implícita en el establecimiento de semejante relación, directa y lineal. Nos anima ahora otro propósito.

Diré sin embargo que Daniel Keyes, el autor de “Flores para Algernon”, escribió antes el mismo relato de este cuento, bajo la forma de una extensa y preciosa novela (que dio lugar al filme *Charly*), y que en esa novela encontramos suficientes datos para sostener la convicción de que el psicoanálisis de Charly, si bien, obviamente, no lo hubiera transformado en genio, hubiese mejorado su capacidad de aprendizaje y el rendimiento de su inteligencia, satisfaciendo la urgencia de su “motorvasión”.

En la novela nos encontramos con su familia, con un modo “psicoanalítico” de recuperar sus recuerdos infantiles reprimidos, en la medida en que desarrolla su inteligencia y desinhibe su sexualidad, y con algunos episodios traumáticos de su niñez que recuerdan patéticamente las desventuras del monstruo creado por el doctor Frankenstein, que no es tonto sino feo, y cuya ternura, como la de Charly en su infancia, tropezaba continuamente con la incredulidad, la desconfianza y el horror.

Pero el genio de Keyes no se limita a la descripción de un personaje y una historia de enorme verosimilitud, calando en terrenos de una profundidad psicológica insólita. Su capacidad de conmovernos deriva del haber logrado descubrir al Charly que todos llevamos escondido en el fondo de nuestro corazón.

Sea cual fuere la actitud con la cual nos relacionamos con el mundo y la magnitud de nuestra autoestima conciente, todos nos enfrentamos con el hecho de que, en una parte recóndita de nuestra intimidad, nos sentimos feos, malos y sucios. Si tenemos en cuenta estos sentimientos inconcientes,

se abre camino la sospecha de que tales sentimientos refuerzan nuestra convicción interna de que somos tontos.

El temor a nuestra propia tontería nos persigue siempre. Si vencemos la resistencia que obstruye la memoria, descubriremos que precisamente aquello que nuestra inteligencia tiene de agudo se ha desarrollado como el producto de un esfuerzo por luchar contra la tontería del niño que fuimos, o contra la del adolescente tímido que no sabía qué hacer ni qué decir. Esfuerzo cuyo desenlace, algunas veces, es un niño “dotado” y otras un adolescente “piola”.

¿En qué consiste entonces esa, nuestra propia, tontería, que es independiente del grado de desarrollo logrado por nuestra inteligencia? Me parece que proviene de tres fuentes “infantiles”:

- 1) Nuestra imposibilidad de alcanzar a papá.
- 2) Nuestra prohibición de superar a papá, por la cual ser inteligente y curioso es malo, y ser tonto y distraído es bueno.
- 3) Nuestros límites en el contacto con la realidad.

Se ve bien claramente que estas tres fuentes pueden ser interpretadas desde la teoría psicoanalítica del complejo de castración.

Encontramos en Charly algunos signos o resonancias conmovedores de estos conflictos.

En primer lugar, su sentimiento de incompletud unido al sentimiento desgarrador de estar, permanentemente, en falta, pese a su buena voluntad. Este sentimiento dará origen, en el despertar de su inteligencia, al descubrimiento desolador de que lo burlan, a su desconfianza paranoica frente a Nemur, Strauss y sus amigos del trabajo, que culminará en la vergüenza que lo acerca a la integración depresiva.

En segundo lugar, y como un impulso saludable nacido de su vitalidad, el tesón inquebrantable con el cual trabaja y se esfuerza para emprender “progresos”, su “motivación” para leer, escribir y “ser listo”, su capacidad de amar, su curiosidad, su fe y su confianza en la bondad de los demás. Esta actitud dará origen a su comportamiento reparatorio con la señorita Kinnian y al logro final del afecto de los amigos que anteriormente lo burlaban.

En tercer lugar, vemos productos intermedios de la operatividad de estos conflictos cuya interpretación resulta fascinante. El pensamiento “concreto” de Charly engendra conceptos e ideas cuya simplicidad “errónea” nos enfrenta con una profundidad abismal, que algunas veces se manifiesta en humorismo, otras en una sensatez sorprendente, y que nos lleva a meditar en la relatividad de las afirmaciones inteligentes de nuestro proceso secundario, racional. Si Burt, con su test de Rorschach,

se desconcierta, y la mujer que le exhibe las figuras del Test de Apercepción Temática se enoja, es porque las respuestas de Charly, como ocurre en general con la pretendida tontería del niño, constituyen el reflejo, el atisbo, de una sabiduría inconciente. Encontramos un ejemplo privilegiado de esta profunda, conmovedora y desconcertante metafísica, en la consternación con que Charly recibe la noticia de que cada vez que Algernon quiere comer ha de aprender algo nuevo. ¿Es la maldad de los científicos o es la escenificación del modo en que en algunas épocas se nos presenta la vida?

Los conflictos más importantes que, ante el despertar de su inteligencia, surgen en la cotidiana convivencia de Charly, no son productos de la inevitable paranoia que en él se desarrolla y que se ve en la novela, mejor que en el cuento.

Keyes expresa, con la difícil sencillez del genio, el hecho incontrovertible de que uno se siente tonto cuando habla con alguien que es más inteligente y se siente inteligente cuando habla con un tonto.

Así, cuando Charly adquiere la inteligencia que anhelaba, sus desventuras cambian de signo. Su presencia es odiosa aun para la maestra que lo ama. Lo respetan y le temen, pero ya no se siente rodeado de seres que lo quieren. Charly descubre que es más fácil ser querido cuando todos, sin saberlo, pueden elegirlo para reírse, en él, de sus propias tonterías.

Por fin, llegamos a la más conmovedora de las alegorías que este cuento, en la penumbra de nuestra conciencia, excita y despierta. Se trata del ascender y declinar de la vitalidad en la vida. Si la tontería inicial de Charly despierta, junto a la conmiseración, una cierta ternura, es porque en ella proyectamos las vivencias de una niñez que posee en su futuro una cuota de liberación de la penuria.

La declinación de su inteligencia, en cambio, nos enfrenta con el fantasma del deterioro progresivo en que incurren las vidas que, cuando no se desarrollan en la plenitud de su forma, se convierten en el paradigma de la ruina.

Si la curiosidad, representada en el niño de ojos grandes, es el símbolo de la vitalidad y el anhelo, la pérdida de las facultades mentales, que constituye una de las más temidas maneras del envejecer, simboliza la permanente exclusión de la escena del goce, que convierte nuestra vida interior en un pálido resto de la memoria remota y en el espacio triste de una pura nostalgia.

Charly, el que “vuelve” a perder la inteligencia, ya no retorna a la tontería “infantil”, sino que ingresa a la trágica demencia senil, y no nos despierta, ahora, ternura, sino dolor y una profunda congoja. Quedan en

nosotros, y en la señorita Kinnian, recuerdos de lo que pudo ser Charly y una añoranza que nos lastima el ánimo.

Por este motivo, y porque me impregna todo lo que de nosotros mismos revela este cuento excepcional, no puedo más que recurrir a los mismos símbolos, magistralmente hallados, y decirles, señores, con la garganta oprimida: ¡Flores para Algernon!

DEFINICIONES PARA UN DICCIONARIO

(1995 [1990])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995x [1990]) “Definiciones para un diccionario”.

Ediciones en castellano

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

Este trabajo fue redactado en el curso del año 1990 a solicitud de una editorial que se proponía editar un diccionario que, finalmente, nunca fue publicado.

Fijación prenatal hepática

Definición

Existe una zona erógena hepática cuya primacía ocurre durante la vida intrauterina determinando un punto de fijación y regresión.

Conceptos correlacionados

- Zonas erógenas.
- Primacía.
- Organización pregenital de la libido.
- Fijación y regresión.
- Psiquismo fetal.

Fantasías específicas de órganos y funciones

Definición

Cada órgano, función o proceso que la conciencia percibe como una realidad corporal constituye una fantasía inconciente específica que se manifiesta en la conciencia a través de derivados igualmente específicos.

Conceptos correlacionados

- Zonas erógenas.
- Metas específicas de la pulsión.

- Placer de órgano.
- Estasis libidinal hipocondríaca.
- Fantasía inconciente.
- Representaciones concientes de objeto.
- Derivados concientes de la fantasía inconciente.
- Esquema corporal.
- Representación del *self*.
- Segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis.

Núcleo patosomático de la personalidad

Definición

El núcleo, escindido del yo, que denominamos patosomático, se constituye con aquellos procesos de descarga que se realizan de acuerdo con claves de inervación deformadas que sustituyen a afectos y acciones y que, por lo tanto, son percibidos por la conciencia como sensaciones o percepciones somáticas que no poseen significado emotivo ni el sentido de una conducta.

Conceptos correlacionados

- Pulsiones y representantes de pulsión.
- Actualidad y potencialidad del afecto y de la acción eficaz.
- Estructura disposicional afectiva inconciente.
- Clave de inervación de los afectos y de la acción eficaz.
- Coartación del desarrollo del afecto y de la acción eficaz.
- Sensaciones y percepciones “somáticas” de los procesos de descarga que sustituyen al afecto y a la acción eficaz.
- Condensación y desplazamiento entre los elementos de la clave de inervación.
- La escisión del yo en el proceso defensivo.

Proceso terciario

Definición

Denominamos proceso terciario a un modo de pensamiento dentro del cual se integran los procesos primario y secundario, que se manifiesta especialmente en la transferencia-contratransferencia como atribución de significado y cuyos productos trascienden los límites del conocimiento racional (Chiozza, 1970m [1968], apdo. “Introducción a la idea de un proceso terciario”).

Conceptos correlacionados

- Procesos primario y secundario.
- Significación, representación y simbolización.
- Significado, importancia y diferencia.
- Pensamiento mágico y pensamiento lógico.
- Pensamiento analógico y pensamiento digital.
- Lógica binaria y lógicas polivalentes.
- Sistema cuatridimensional de las coordenadas témporo-espaciales.
- Transferencia y contratransferencia.
- Interpretación de las paratransferencias en la sesión psicoanalítica.
- Coincidencia de los puntos de urgencia de paciente y analista.

Psicosomático¹⁸

Este término, utilizado ya en 1818 por Heinroth (Margetts, 1954; Hoff y Ringel, 1964), representa el intento de solucionar el problema de la esencia y las relaciones recíprocas entre el alma y el cuerpo, problema que, desde la más remota antigüedad, no sólo interesó a los médicos, sino también a religiosos y filósofos.

Fue, sin embargo, a partir del psicoanálisis, que el término adquirió el peso y la frecuencia con que hoy se lo utiliza en expresiones tales como: trastorno psicossomático, enfermedad psicossomática, fenómenos psicossomáticos, medicina psicossomática, orientación psicossomática de la medicina y, también, implícitamente, en la palabra “somatización”.

Al examinar (Laín Entralgo, 1950*a*; Chiozza, 1974*a* [1972], 1995*u* [1988]; Békei, Chevnik, Chiozza y otros, 1988*b*) las hipótesis planteadas por diferentes escuelas, encontramos que la expresión “medicina psicossomática” es utilizada en tres formas diferentes que dependen de la diversa orientación teórica de los autores:

1. Es utilizada, a partir de las primeras formulaciones de Freud (1890*a**) y de Groddeck (1923), para referirse a la capacidad que posee el tratamiento psicoanalítico de producir efectos no solamente psíquicos sino además somáticos (Mitscherlich, 1954; Garma, 1962).

¹⁸ El presente apartado fue escrito con la colaboración del doctor Sergio Aizenberg.

2. Designa a una especialidad, médica o psicoanalítica, que se dedica a estudiar y a tratar las enfermedades psicosomáticas (Weiss y English, 1949). Esta orientación sostiene, en forma explícita o implícita, que algunas enfermedades son psicosomáticas y otras no, ya que usa la palabra “psicosomática” para referirse a una afección orgánica de causa psíquica.

Son innumerables las escuelas que se inscriben en esta línea de pensamiento que lleva, implícito, al concepto de psicogénesis: Alexander (1950), Alexander, French y Pollock (1968) con sus trabajos sobre la especificidad psicosomática y la consideración de los síntomas como equivalentes afectivos; Dunbar (1950) con su investigación sobre los perfiles de personalidad; Selye (1956) con su concepto del estrés; Rof Carballo (1952), Lechin, Van Der Dijs y Lechin (1979) y Laborit (1979), que se ocupan de las correlaciones entre la vida emocional y la fisiología neuroendócrina; Marty (Marty, M’uzan y David, 1963) apoyándose en la idea de un déficit de la simbolización consciente (pensamiento operatorio) que se vincula con el concepto de alexitimia (insuficiente verbalización de los afectos) de Sifneos.

3. Alude a una orientación de la medicina (Laín Entralgo, 1950a; Weizsaecker, 1941, 1946-1947, 1951a; Chiozza, 1976f [1975]), que se caracteriza por el propósito de incluir en cada acto médico y en cada juicio clínico, la consideración psicoanalítica de las emociones inconscientes que contribuyen a que cada paciente configure una persona enferma en una situación particular siempre diferente que comprende, además, las vicisitudes de sus relaciones con el médico, la familia y la sociedad.

Dicho propósito lleva implícita la idea (Chiozza, 1995a [1986]) de que toda forma, función, trastorno o desarrollo, así como la oportunidad, la localización y la evolución de toda enfermedad, permanecen, por obra de una represión normal o patológica que oculta su sentido afectivo, aislados de la cadena “histórica” de significados inconscientes a la cual pertenecen.

Freud (1912-1913*), en *Totem y tabú*, expresa, coincidiendo con algunos de los autores de su época, que la teoría que divide el alma del cuerpo surgió, en los pueblos primitivos, para explicar el fenómeno del dormir y, más especialmente, el de la muerte. Señala, de acuerdo con Wundt, que las almas se representaban, originariamente, como semejantes a los individuos percibidos, y que fueron perdiendo luego las características de lo material hasta alcanzar un alto grado de “espiritualización”.

Lo esencial de la estructura psicológica que se expresa en la creación proyectiva de las almas y de los espíritus –afirma– reside en que la teoría del alma, sea en su espejamiento corporal o en su representación inmaterial, implica concebir a una persona o cosa como algo doble, y que estos dos componentes, alma y cuerpo, se repartan entre sí las propiedades y alteraciones notorias del todo.

Freud (1912-1913*, págs. 96-97) agrega que “Esta dualidad originaria –según una expresión de H. Spencer– es ya idéntica a aquel dualismo que se anuncia en la división entre espíritu y cuerpo, corriente para nosotros, y cuyas indestructibles exteriorizaciones lingüísticas discernimos, por ejemplo, en la descripción del desmayado o del furioso: ‘Está fuera de sí’”.

Señala luego que (de un modo análogo al de los primitivos) proyectamos al exterior el discernimiento de que una cosa está dada en el mundo, está *presente*, cuando es perceptible a los sentidos y a la conciencia. Junto a este estado, agrega, existe otro en que la cosa está *latente*, pero puede reaparecer. Esto implica la coexistencia de percibir y recordar o, llevado a términos generales, implica la existencia de procesos anímicos *inconcientes* junto a los *concientes*.

Concluye, por fin, afirmando que “el ‘espíritu’ de una persona o de una cosa se reduce en último análisis a su capacidad de ser recordada y representada cuando se encuentra sustraída de la percepción” (Freud, 1912-1913*, pág. 97).

Para completar la concepción de Freud acerca de la relación que hoy denominamos “psicosomática”, conviene tener en cuenta que, tanto en *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900a [1899]*), como en “Lo inconciente” (Freud, 1915e*), sostiene que lo inconciente no reprimido, tal como afirma Kant que ocurre con la “cosa en sí” del mundo, es incognoscible para la percepción conciente. Es necesario no confundir, señala Freud (1915e*, pág. 167), “el proceso psíquico inconciente, que es el objeto de la conciencia, por la percepción que ésta hace de él”.

Las consecuencias de la última afirmación son trascendentes: se nos impone que no es posible atribuir carácter de somático ni de psíquico a lo inconciente no reprimido. Sí es posible, en cambio, atribuirle una capacidad expresiva que, mediante la constitución de *derivados*, puede manifestarse a la conciencia de una manera “psíquica” o de una manera “somática”.

La teoría freudiana de los afectos ejemplifica claramente estos conceptos. En lo inconciente existen “ideas” que constituyen las “claves de inervación” de los afectos (Freud, 1900a [1899]*, pág. 573), tales ideas “actuales” son disposiciones potenciales al desarrollo de afecto (Freud, 1915e*). Alcanzan la conciencia como procesos de descarga que se realizan mediante inervaciones motoras de la vida de relación y de la vida vegetativa, manifestándose como sensaciones somáticas (Freud, 1915e*).

Las manifestaciones somáticas de los afectos *se perciben* como una presencia física, y equivalen a la actualidad del afecto como “descarga” expresiva. Freud se hace solidario con la afirmación de Stricker: “...si en

sueños tenemos miedo de ladrones, éstos son por cierto imaginarios, pero el miedo es real” (Freud, 1900a [1899]*, pág. 97).

Las manifestaciones psíquicas de los afectos, en cambio, constituyen un *recuerdo* inconciente, y equivalen al significado “histórico” del afecto como representación simbólica, como “monumento conmemorativo” de una situación pretérita *ausente*. Los afectos son comparables, dice Freud (1926d [1925]*), a accesos histéricos universales y congénitos, que se configuran como reminiscencias de vivencias significativas heredadas (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*).

Cuando Freud (1940a [1938]*) define a las que considera las dos hipótesis fundamentales del psicoanálisis, expresa que, dado que los procesos concientes no forman series continuas, la psicología de la época había adoptado la hipótesis de los *concomitantes somáticos*, a los que describía como “procesos orgánicos paralelos a los procesos psíquicos concientes”, coordinados con éstos de una manera difícilmente explicable (Freud, 1940b [1938]*, pág. 285). Esta solución, que en la opinión de Freud fue siempre insatisfactoria, condujo al psicoanálisis a su segunda hipótesis fundamental: “Declara que esos procesos concomitantes, *presuntamente somáticos*, son lo psíquico genuino, y para hacerlo prescinde, al comienzo, de la cualidad de la conciencia” (Freud, 1940a [1938]*, pág. 156).

Al desarrollar las implicancias de esta definición de Freud, surge como conclusión inequívoca (Chiozza, 1995a [1986]) que cuando lo inconciente se manifiesta en la conciencia aislado de la cadena de significados que le otorga su significado afectivo, la conciencia lo categoriza como fenómeno somático. En tal caso, la significación que permitiría integrar a lo inconciente dentro de una “serie psíquica completa”, permanece inconciente.

De modo que (Chiozza, 1981g) aquello que llamamos “somático”, “material” o “físico”, es lo que posee la cualidad de hacerse presente a la percepción sensorial, incrementada o no mediante aparatos como el microscopio o indicadores que trazan huellas perceptibles de objetos imperceptibles. Y llamamos “psíquico”, “ideal” o “histórico”, a lo que posee como cualidad la significación, cuya esencia consiste en el recuerdo como representación de un particular ausente.

La relación psicosomática fundamental consiste (Chiozza, 1981g), pues, en que todo órgano natural posee, al lado de su subsistencia física, una *subsistencia semántica* (Ruyer, 1974) inherente y específica. Así, la subsistencia física de *un* ojo y *una* mano particulares, lleva implícita la subsistencia semántica que constituye a *el* ojo y a *la* mano como entidades dotadas de un significado propio. (Véase también la entrada “Fantasía inconciente”).

Fantasía

“...es lícito aseverar que las predisposiciones heredadas son restos de lo adquirido por los antepasados. Aquí nos topamos con un problema de la predisposición filogenética tras la individual u ontogenética y no cabe descubrir contradicción alguna conque el individuo desde su vivenciar propio agregue predisposiciones nuevas a la predisposición que ha heredado sobre la base de un vivenciar anterior...” (Freud, 1905*d**).

El estudio sistemático preliminar de los ítems caracterizados como fantasía en las obras de Freud, no debería desestimar ni subordinar a los otros tres aspectos que encontramos destacados como fantasías concientes o sueños diurnos, fantasías inconcientes descubiertas por el psicoanálisis y fantasías primordiales o profantasías (*Urphantasien*).

Breuer se dedica, en el tratamiento de Anna O. (Freud y Breuer, 1895*d**), a incursionar en su “teatro privado”, trabajando para liberarla de sus “fantasías”. Cuando Freud comprende que en las escenas de seducción que le narran sus pacientes no hay tal recuerdo de un hecho acontecido, comprende también que se trata de fantasías, basándose en el modelo de los ensueños diurnos.

Freud se preocupa por señalar la participación de aspectos inconcientes, preconcientes y concientes en la “formación de la fantasía”, interés que lo lleva a postular, en su escrito “Lo inconciente” (Freud, 1915*e**), que la fantasía es un producto mestizo, altamente organizado (Icc.-Prec.-Cc.), de origen inconciente.

Esta estructura organizada le hace de marco, de escena, al deseo. Freud escribe en “El creador literario y el fantaseo” que “el dichoso nunca fantasea; sólo lo hace el insatisfecho. Deseos insatisfechos son las fuerzas pulsionales de las fantasías, y cada fantasía singular es un cumplimiento de deseo, una rectificación de la insatisfactoria realidad” (Freud, 1908*e* [1907]*, págs. 129-130). En el mismo artículo señala que “el nexo de la fantasía con el tiempo es harto sustantivo. Es lícito decir: una fantasía oscila en cierto modo entre tres tiempos, tres momentos temporales de nuestro representar... pasado, presente y futuro son como las cuentas de un collar engarzado por el deseo” (Freud, 1908*e* [1907]*, pág. 130). En tanto las fantasías son desiderativas (Freud, 1900*a* [1899]*, 1917*d* [1915]*), los diversos mecanismos de defensa se hacen presentes en ellas ejerciendo su influencia.

Podemos observar un sujeto inconciente que “produce” la fantasía y otro que participa en ella. Habitualmente se suele sostener que los “materiales” con los que es construida la fantasía inconciente provienen de las escenas infantiles reprimidas.

La otra “clase” de fantasías inconcientes son las fantasías primordiales (Freud, 1916-1917 [1915-1917]*, 1918*b* [1914]). Freud las describe

como castración, seducción, escena primordial, regresión intrauterina, etc. Las fantasías primordiales son fantasías filogenéticas heredadas. Etcheverry sostiene en su introducción *Sobre la versión castellana* que “*Ur* es la marca de la filogénesis” (Etcheverry, 1978, pág. 19). En los textos, aunque ellos mismos no lo expliciten, “primordial” convoca a la filogénesis. Lo cita a Haeckel, de quien Freud toma algunas de sus concepciones científicas: “La ontogénesis es una recapitulación abreviada e incompleta de la filogénesis. Esta última –explica– es un fenómeno histórico complicadísimo que resulta de numerosos procesos de herencia y adaptación” (Etcheverry, 1978, pág. 20).

Considerar que sólo existen las cuatro fantasías primordiales descriptas conlleva una posición ideológica, que tiende a desestimar la presencia de las imágenes primordiales filogenéticas en la teoría freudiana. En ese sentido Freud (1916-1917 [1915-1917]*) afirma que “...la historia del desarrollo de la libido repite una pieza mucho más antigua del desarrollo (filogenético) que la (historia del desarrollo) del yo; la primera quizás repite constelaciones de la línea de desarrollo de los vertebrados, mientras que la segunda depende de la historia de la especie humana”. Para Freud, se transmiten como disposiciones, por vía de las fantasías primordiales, tanto la evolución filo y ontogenética, cuanto las diferentes épocas de la historia de la humanidad (las experiencias vividas en los cambios sucedidos durante la época glacial, por ejemplo, etc.). Las fantasías primordiales llegan a ser comparadas, por el mismo Freud, con los instintos de los animales.

El tema de las profantasías puede ser integrado con los postulados que Freud (1900a [1899]*) realiza en *La interpretación de los sueños* acerca de la existencia de símbolos universales y típicos, y con lo que afirma, en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926d [1925]*), cuando equipara los afectos a ataques histéricos universales y congénitos. Freud, en el “Manuscrito L”, señala que las fantasías “combinan lo vivenciado y lo oído, lo pasado (de la historia de los padres y antepasados) con lo visto por uno mismo” (Freud, 1950a [1892-1899]*, pág. 289).

Estas fantasías inconcientes, filogenéticas, primordiales, entre las que quedan incluidas también las formaciones afectivas, como señalamos en el párrafo anterior, constituyen las temáticas básicas, universales, de las que, a nuestro entender, se “nutre” el sujeto significante inconciente para obtener los elementos con los que ello construye nuestras escenas infantiles (que van a ser reprimidas), nuestras defensas y nuestros síntomas (a los que reconocemos porque heredamos la disposición y actualizamos una estructura común a cada uno de ellos).

El concepto de fantasía específica inconciente

Si tomamos, como punto de partida, ideas de Weizsaecker, por ejemplo, cuando plantea que somos un todo y que cuando algo cambia es el todo el que cambia, e ideas de Freud tales como cuando plantea que, “como lo físico, tampoco lo psíquico es necesariamente en la realidad según se nos aparece” (Freud, 1915e*, pág. 167) y que la observación es oscura y desorganizada y son nuestras abstracciones las que introducen organización y claridad en lo percibido, podemos comprender, de acuerdo con las ideas de Chiozza, que psíquico y somático son organizaciones conceptuales que instauran, establecen, constituyen a lo percibido como psíquico o somático, pero que no se trata de que la realidad en sí misma sea psíquica o somática.

Esto nos conduce a plantear que el “mapa u organización conceptual” que ponemos en juego determina el “carácter” de psíquico o somático de aquello que percibimos. Vale decir, el concepto de fantasía específica inconciente nos permite comprender la “relación” inconciente existente entre las organizaciones conceptuales “física” y “psíquica” y cerrar la brecha que se abre cuando confundimos nuestros mapas con aquello observable, es decir, una abstracción parcial de la realidad con el existente mismo.

Acerca del concepto psicoanalítico de fantasía

Si reflexionamos acerca de la noción psicoanalítica de “fantasía”, la sorprendente amplitud de la noción nos invita a intentar atrapar en un concepto suficientemente unitario la esencia de aquello a lo cual esta noción procura aludir. Podemos señalar dos elementos que deberían ser tenidos en cuenta al intentar esa labor:

- 1) Durante el estudio sistemático preliminar de los ítems caracterizados como fantasía en las obras de Freud y de algunos de sus continuadores más importantes, no debería desestimarse ni subordinar a los otros de los tres aspectos que encontramos destacados en Laplanche y Pontalis como fantasías concientes o sueños diurnos, fantasías inconcientes descubiertas por el psicoanálisis como una estructura subyacente a un contenido manifiesto y fantasías primordiales o protofantasías (*Urphantasia*).
- 2) Algunos aspectos importantes de aquello que el psicoanálisis denomina “fantasía” se prestan mal para ser categorizados dentro de lo que puede considerarse su “naturaleza” o su “función”. Creo

que el trabajo de S. Isaacs, quizás por la razón apuntada, no destaca suficientemente tales aspectos de la fantasía.

Procuraré introducir dos cuestiones que me parecen fundamentales. La primera atañe a la distinción entre fantasía y realidad, distinción que, me parece, no debería ser intentada, sin tener en cuenta que, durante el desarrollo de la obra freudiana, se perfila otra distinción, previa y básica, la mayoría de las veces implícita, entre una realidad material y una realidad histórica.

La segunda cuestión se refiere a la articulación entre las profantasías, típicas y universales, heredadas, y las fantasías inconcientes que provienen de la experiencia individual.

Abordemos ahora la primera cuestión. En “Sobre la psicología de los procesos oníricos”, Freud (1900a [1899]*) escribe: “Yo no sé si a los deseos inconcientes hay que reconocerles *realidad*; a todos los pensamientos intermedios y de transición, desde luego, hay que negársela. Y si ya estamos frente a los deseos inconcientes en su expresión última y más verdadera, es preciso recordar sin duda que también la realidad psíquica tiene más de una forma de existencia”. En 1914, Freud corrige el texto de la siguiente manera: “es preciso aclarar que la realidad *psíquica* es una forma particular de existencia que no debe confundirse con la realidad *fáctica*”. En 1919 vuelve a modificar la frase y reemplaza “realidad fáctica” por “realidad material” (Freud, 1900a [1899]*, pág. 607 y n. 11). Queremos preguntarnos ahora a qué se debe la última sustitución. Parece lícito suponer que, entre las formas de existencia, Freud distingue una que denomina “realidad”, y que, entre las formas de realidad, existe una, la “realidad psíquica”, cuyo par conceptual, que permite contrastarla, no se encuentra en la realidad de los hechos sino en la realidad material. Conociendo los enunciados que Freud (1950a [1895]*) realiza en su “Proyecto de psicología”, esta interpretación cobra un sentido.

Freud afirma explícitamente que nuestra abstracta idea del tiempo se basa en el ejercicio de nuestro sistema preconciente, y que lo inconciente es atemporal. Pero, más allá de estas afirmaciones, el psicoanálisis todo se halla impregnado de una diferente concepción de la historia.

En el campo de trabajo de un psicoanalista, la realidad histórica no se encuentra en el antecedente referido y ubicado en el contexto de un universo físico. Este registro de una secuencia causa-efecto, que constituye el enfoque genético, por más pluridimensional que sea, y aunque puede ser útil y valioso, será siempre una construcción secundaria e indirecta que no alcanza de pleno derecho el estatuto de una realidad histórica.

Los desarrollos que Freud realizó en la noción de fantasía, sobre todo a partir de su concepción del “proton pseudos” y de su reconsideración acerca de la realidad de los episodios de seducción referidos por sus

pacientes, son inseparables de este cambio de acento en la objetividad de la historia que, por “misteriosa” coincidencia de una época, se delinea claramente en Ortega y Gasset.

En cuanto a la segunda cuestión que nos propusimos plantear, como ya señalamos, el tema de las profantasías puede ser integrado con los postulados que Freud (1900a [1899]*) realiza en *La interpretación de los sueños* acerca de la existencia de símbolos universales y típicos, y con lo que afirma, en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926d [1925]*), cuando equipara los afectos a ataques histéricos universales y congénitos. También señalamos que Freud, en el “Manuscrito L”, afirma que las fantasías “combinan lo vivenciado con lo oído, lo pasado (de la historia de los padres y antepasados) con lo visto por uno mismo” (Freud, 1950a [1892-1899]*, pág. 289). Sin embargo, habitualmente, se establece un punto de ruptura en la teoría, entre el concepto de fantasía inconciente como un producto yoico que entra al servicio del deseo y la defensa, y las profantasías que provienen de un acervo heredado. Sucede que la interpretación psicoanalítica o la actividad asociativa del paciente logran “destejer” en las primeras hasta desembocar en un recuerdo de la infancia y mostrar transparente el proceso de su construcción. Las profantasías, en cambio, son irreductibles a recuerdos. Todo lo que podemos reflexionar acerca de ellas conduce a una hipotética reconstrucción de un suceso que pertenece a la infancia de la humanidad.

A partir de este punto es fácil ceder a la tentación de recorrer una línea que comienza por aceptar la existencia “teórica” de un carácter primordial en determinadas fantasías, para convertirlo después, tácitamente, en el testimonio de un terreno vedado a toda penetración psicoanalítica. Apparently, el psicoanálisis nada tiene que hacer con estas profantasías, puesto que parecen no ser interpretables en los términos de otras fantasías inconcientes. En la medida en que son universales y congénitas, y se alejan de la historia personal del sujeto, se acercan a los símbolos universales y a un legado instintivo que suele homologarse con un supuesto “sustrato” biológico, que se considera refractario a todo abordaje psicoanalítico. Si consideramos la obra de Freud en toda su amplitud, parece deslizarse un equívoco en el pensamiento que acabamos de exponer.

Consiste en que detrás de la fantasía primitiva que constituye, en última instancia, el representante-representativo de un impulso instintivo, imaginamos un representado que carece de las cualidades de la fantasía y nos trasladamos bruscamente del universo histórico de los significados al universo físico de los mecanismos. Debo aclarar aquí que no estoy cuestionando las cualidades físicas del impulso instintivo, sino que no veo necesidad, conveniencia, o dato positivo alguno, que me fuerce a concebirlo como exento de sus cualidades

psíquicas, es decir de un significado histórico. Sé que la crítica con respecto a ese “salto”, desde las profantasías a la consideración de un impulso instintivo en términos físicos, pueda tal vez involucrar al mismo Freud, sin embargo ha sido también él quien ha escrito, refiriéndose a lo que llama el “ombligo” del sueño: “Las ideas latentes descubiertas en el análisis no llegan nunca a un límite y tenemos que dejarlas perderse por todos lados en el tejido reticular de nuestro mundo intelectual” (Freud, 1900a [1899], pág. 539). Debe tenerse en cuenta, además, que la idea inconciente, representante primitivo del impulso instintivo, es, según Freud (1900a [1899]*, pág. 573) lo sostiene, la “clave de inervación” del afecto, y que el afecto, equiparado por él a un ataque histérico universal y congénito, configura por lo tanto una fantasía que constituye la transformación simbólica de otra, inconciente, que permanece encubierta.

Freud analiza su historial del “Hombre de los Lobos” con la referencia a las “hipótesis que acentúan el factor hereditario, filogenéticamente adquirido, de la vida anímica...”; y aclara: “...sólo me parecen admisibles en el momento en que el psicoanálisis llega a las huellas de lo hereditario después de haber penetrado a través de los estratos de lo individualmente adquirido” (Freud, 1918b [1914], pág. 841). Dejando de lado el enfoque genético que estas palabras contienen, y desplazando el acento hacia la diferencia entre significaciones universales y primarias, e individuales o re-significaciones secundarias, el “consejo técnico” de Freud parece fundamental e insoslayable.

Parecería que nuestro propio aparato psíquico está concebido a través de la oposición entre realidad y fantasía. Tal vez los términos no lo designen adecuadamente, pero hay algo fundamental: la diferencia que existe entre la presencia del objeto material capaz de satisfacer la necesidad y su imagen alucinatoria. Es un concepto fundante de toda la teoría psicoanalítica. Y esta oposición recorre toda la estructura de la teoría psicoanalítica.

Voy a tratar de explicar, por encima de las nominaciones, cómo entiendo este problema de la realidad histórica, o de la verdad histórica, y la realidad material. Es importante diferenciar el grado de realidad última que le vamos a dar a esta verdad histórica. Por eso cité esa frase de Freud que me parece fundamental, acerca de que las ideas descubiertas por el análisis nunca llegan a un límite. Yo creo que si por “verdad histórica” entendemos lo que realmente sucedió, debemos ser consecuentes con que en nuestro campo de trabajo no tenemos acceso directo a lo que realmente sucedió.

No se trata de la misma organización cuando aparece como una ficción defensiva que cuando aparece en forma mucho más primaria y estructurante. Pero una fantasía que es estructurante está creando. No comprendo, si no, qué es lo que se entiende por crear. Cuando Freud habla de la construcción de una fantasía, no dice que se reúnen elementos sino fragmentos de

realidades complejas. O sea que no está hablando de recuerdos elementales sino más bien de fragmentos extraídos de realidades complejas. Pero este producto químico es una creación. Tiene efectos inmediatos.

Si vemos en amplitud la obra de Freud, nos vamos a encontrar con que, por ejemplo, lo que él afirma acerca de los afectos, cuando dicen que son ataques histéricos universales y congénitos, es un pensamiento que implica una afirmación muy categórica acerca de que desde lo congénito aparece una estructuración que tiene características muy complejas, en las cuales aparece la capacidad de simbolización, de sustitución, de representación; aparecen una fantasía cobertora (por así decirlo) y otra encubierta.

Creo que atendiendo al modo de pensar de Freud no cabe duda de que él pensaba en esas fantasías originarias y no solamente en fantasías acerca de los orígenes.

Del mismo modo, la pretendida fantasía objetiva es inaccesible, y la versión que apareció en el análisis entre Freud y el “Hombre de los Lobos” (Freud, 1918*b* [1914]) es un acceso.

En toda la teoría psicoanalítica se establece que es una estructuración del aparato cognoscitivo la que nos vincula con los dos tipos de realidades. Existe en la conciencia, definido por Freud, un modo de determinar lo que se llama “presencia material”, que es totalmente distinto de lo que es “ausencia material y presencia en el recuerdo”. Sin esto, la teoría psicoanalítica no se puede sostener; sin esta oposición, esta diferencia, no hay arquitectura para la teoría; la presencia primordialmente es presencia material, presencia a los sentidos; lo otro, la “presencia” en el recuerdo, es la representación (me refiero aquí no tanto al carácter de representante delegado, como al carácter de representación mnemónica, pero este es otro punto).

Freud hablaba (y, a través, justamente, de las profantasías) de la hipotética horda primitiva, o hablaba de la comida totémica. Me pregunto: ¿es que esto ocurrió? No sé, desde nuestro campo de trabajo psicoanalítico esta afirmación tiene el mismo valor de un recuerdo encubridor.

¿Qué pensar acerca de los descubrimientos positivos realizados en la ciencia? ¿Creemos de veras que pueden salir de la observación sola en el vínculo con el objeto percibido materialmente y que no participa una actividad de fantasía, que es una estructuración creativa? Cuando Freud (1950*a* [1895]*) describe en el “Proyecto de psicología” (una obra que estaba en un nivel de abstracción teórica muy lejano de sus observaciones clínicas) las barreras de contacto, precede en dos años al descubrimiento de Sherrington sobre la sinapsis neuronal. Esta fantasía, ¿no es creadora? Es cierto que podemos referirnos a la fantasía como un instrumento defensivo que en su afán de bloquearnos el acceso al recuerdo nos bloquee también el acceso a la significación y al conocimiento de una parte de la realidad.

Pero al mismo tiempo, en sus características constructivas, la fantasía está siempre horadando y encontrando nuevos caminos. Además, en otro sentido, la misma capacidad defensiva de la fantasía, ¿no es creativa? El mecanismo (llamémoslo así) de la represión al servicio de la defensa, ¿no es ingenioso? ¿No es una operatividad creativa de la fantasía que presta enormes servicios “adaptativos”, si es que lo queremos poner en ese lenguaje? Yo creo que ambas cosas son ciertas.

Cuando hablo de fantasía, primero quería aclarar que no me refiero a la fantasía “del medio” sino a las tres: a la del sueño diurno, a la fantasía inconciente y a la profantasía. Y segundo, que incluyo en esto la actividad de fantasear, porque son inseparables; se puede decir que la fantasía es siempre “fantaseada”.

Fantasía inconciente. Profantasía. Fantasía inconciente específica

El concepto de fantasía inconciente es exclusivo del psicoanálisis. Freud, junto con Breuer, utilizó por primera vez el término *Phantasien* en los *Estudios sobre la histeria* (Freud y Breuer, 1895*d**). Se aludía con él a los sueños diurnos, a las escenas, episodios o ficciones imaginarias, a la denominada “novela familiar”, etc. Tanto en esta obra, como en *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900*a* [1899]*) o en “Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” (Freud, 1908*a**), se refiere a las fantasías inconcientes definiéndolas como formaciones de compromiso similares a los sueños diurnos.

Pero Freud desarrolla, además, otra línea de pensamiento con respecto a las fantasías inconcientes. La encontramos en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900*a* [1899]*). Esta línea sitúa en el inconciente tópico a fantasías que, ligadas al deseo inconciente, constituyen el núcleo del sueño. En el “Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños” (Freud, 1917*d* [1915]*) las llama también fantasías de deseo.

Esta línea de pensamiento se completa cuando en “Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica”, Freud (1915*f**) postula la existencia de fantasías primordiales o profantasías, que son universales porque constituyen un patrimonio transmitido filogenéticamente.

Las escenas originarias, descritas por Freud (1950*a* [1892-1899]*) ya en el “Manuscrito M”, entre las cuales se destaca la “escena primaria”, el coito parental, forman parte de estas profantasías.

**COMENTARIO PSICOANALÍTICO
DE LA PELÍCULA *ATRACCIÓN FATAL*
DE ADRIAN LYNE**

(1995 [1991])

Referencia bibliográfica

CHIOZZA, Luis (1995z [1991]) “Comentario psicoanalítico de la película *Atracción fatal* de Adrián Lyne”.

Ediciones en castellano

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995.

Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996 (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996.

El contenido de este artículo corresponde a un comentario realizado por el autor en el Centro Weizsaecker de Consulta Médica el 21 junio 1991.

La película que vamos a comentar tiene la estructura de un filme de suspenso clásico, con una trama en la cual aparece el crimen en un estilo semejante al que se observa en el género llamado policial.

Desde ese punto de vista, tiene los ingredientes esenciales: un contenido erótico, un crimen, bajo la forma del chantaje, y dos personas del mismo sexo que se disputan a otra del sexo contrario. Una de ellas gana y la otra pierde. La que gana es buena, la que pierde es mala; de modo que el final es piadoso, nos permite un suspiro de alivio.

No valdría la pena, sin embargo, comentar este filme, si no fuera porque sospechamos que contiene algo más, algo que no se agota en la trivial interpretación de una de las más remanidas vicisitudes del complejo de Edipo.

En un segundo nivel de análisis, nos encontramos con un hombre que tiene una espléndida familia y que, no conforme con eso, pretende algo más. Un fin de semana solo le ofrece la oportunidad de una aventura con una mujer que lo mira mostrándole que lo desea.

Ambos están frente a una copa, refugiándose de la lluvia que los envuelve en una atmósfera de intimidad y compañerismo, y esto le añade fuerza a la ocasión.

No pretende nada más. Apenas finaliza la escena erótica se apaga el deseo y surge, en su lugar, la necesidad de terminar el trabajo pendiente y recuperar, aunque sea telefónicamente, el vínculo reasegurador con su mujer. Su amante ocasional sabe que es un hombre casado, y le ha dicho claramente que ambos son adultos, es decir que no lo cargará con la responsabilidad de lo que va a suceder.

Luego la situación se complica, no sólo porque ella se enamora, o no tolera ser seducida y abandonada, sino porque se embaraza, y se siente con

derecho a salvarlo, recurriendo a cualquier medio, de un matrimonio que ella juzga fracasado e hipócrita.

Los argumentos que justifican el acoso y el chantaje recorren rápidamente el *crescendo* de una escala que es típica y universal. Él la quiere y no lo sabe. Ella no puede dejar pasar su última oportunidad de tener un hijo, y menos aún, un hijo del amor. Si él no la ama, la ha engañado, ya que se lo hizo creer con sus besos y sus abrazos apasionados. Él es un hombre vil y desconsiderado; por lo tanto, ella tiene derecho a vengarse destruyendo su felicidad, como él ha destruido la suya.

La conclusión de este segundo nivel de análisis se divide en dos variantes.

La primera es una moraleja. El que la hace la paga. La infidelidad tiene, en un mundo moral, su castigo. El chantaje cumple, aquí, el papel que en las antiguas historias, ahora renovadas por la epidemia de SIDA, cumplían las enfermedades venéreas. En este pensamiento hay, por supuesto, un grano de verdad, pero no, obviamente, en el sentido simplista que se le suele atribuir.

La segunda variante se resume en la frase: ¿qué le pasa a este tipo? ¿Cómo no se avivó de que se metía con semejante loca? Hay que reconocer sin embargo que los que optan por este camino interpretativo no se sienten muy tranquilos, y les queda la sospecha, por lo que luego veremos, justificada, en el fondo, de que no es tan difícil equivocarse el diagnóstico. ¿Acaso no hemos dicho que los argumentos que justifican el chantaje son clásicos, es decir típicos y universales?

Me propongo ahora, como introducción a este debate (y con esto quiero decir que no voy a ofrecer una interpretación redonda y conclusiva en sí misma), ingresar en un tercer nivel de análisis, recorriendo la película con un poco más de detalle.

Para este fin necesitamos dejar de ver en el cuchillo, en el secuestro de la nena, en el asesinato del conejo y hasta en la misma aventura extraconyugal, episodios concretos, para ver en ellos símbolos de una truculencia cotidiana oculta en vínculos que parecen mucho más inocentes.

Pero empecemos por el principio.

Papá, mamá y la nena no forman una familia feliz. Ella es una mujer descontenta, que siente que su marido está en deuda con ella. Esto no sólo se ve en la referencia al peinado antes de concurrir a la fiesta, sino, con toda claridad, en el regreso, cuando lo manda a pasear al perro y luego, cuando vuelve, lo recibe con la nena en la cama. La casa que ella quiere comprar, además, en la vecindad de sus padres, representa para él una exigencia económica que siente excesiva para el grado de satisfacción que le proporciona el matrimonio y que le proporcionará la nueva vivienda.

Así vemos, desde el comienzo, el clima de sometimiento en que el protagonista vive en su relación con las figuras femeninas.

En su aventura amorosa, todo comienza, aparentemente, distinto (como fue seguramente en los inicios del vínculo con su actual esposa). Ella le dice que lo desea, y que asume su responsabilidad adulta (promete no reclamar). En el ascensor le muestra su pasión, es decir lo valora, y luego de otra relación sexual le pregunta admirada: “¿Aún tienes energía?”. En otras palabras: no hay reclamo de ningún saldo en rojo, por el contrario, la solvencia de él es suficiente como para otorgarle cualquier crédito. La esposa, mientras tanto, dice “te esperábamos”, y que no sabe cómo decirle que “la nena quiere un conejo”.

Las cosas, sin embargo, evolucionan rápidamente. Veamos primero los sutiles indicios. Reparemos en que la amante le ha dicho que la atracción es mutua, es decir que avanza en el derecho de establecer lo que él siente. Se preanuncia así la próxima conclusión: “Si quieres a tu mujer, qué haces conmigo”. Y de allí a la siguiente hay un solo paso: “Yo sé lo que te conviene y decidiré por ti”. Reparemos también en que en la escena erótica del ascensor ella “lo quiere todo”. Su actitud no es la de una mujer que se excita progresivamente y comparte su pasión con el amante. Por el contrario, deja la impresión de alguien que arrebatara cuanto antes lo que quiere, ante el peligro de tener que someterse a una negativa.

El próximo episodio no se hace esperar. “Te fuiste mientras dormía”, eso no me gusta. Cuando ella logra, insistiendo, que él vuelva a almorzar con ella, aparece en él el primer signo de alarma: “No te rindes”; pero va, porque siente la necesidad y la obligación de complacerla.

El siguiente jalón es magistral. Él ensaya una estrategia que seguramente ha incorporado en la infancia. Sintiendo apesadumado, intenta contratacarla con la culpa y, al mismo tiempo, dramatiza una fantasía mágica de liberación: en la plaza, cuando corren jugando con el perro, se hace el muerto. Ella se asusta, pero luego su respuesta es terrible. Como un hierro al rojo aplicado en una herida le dice: “Papá murió de un ataque al corazón cuando yo tenía 7 años”. Cuando él desolado se disculpa, ella se ríe y le aclara que es mentira. “Te la cobraste”, dice él; pero todo está claro. Ella le ha mostrado quién es el que lleva la correa.

El episodio en el que relata el terror que sintió a los 5 años cuando su padre, en el único acto de ternura que recuerda, le contó que Madame Butterfly iba a matarse por haber sido abandonada por su amante, me parece, en cambio, un recurso demasiado intelectual del director, aunque prefigura lo que vendrá enseguida.

La presión continuamente crece. “¿Todo hombre interesante es casado?” “Quiero verte otra vez.” “Me parece conocerte ya.” “Sólo quiero saber cómo es mi situación.” “Mala suerte.” “Huyes después de haber hecho el amor.” Por fin se corta las venas.

Aquí, creo, nos encontramos en el punto de giro más intenso. En este punto se abren dos caminos, y las personas recorren uno u otro de acuerdo a su carácter. Se trate de la mujer amada o del vendedor de la *Enciclopedia Británica*, los del primer camino se retuercen los dedos tomando a su cargo la tarea de aliviar al que sufre. Los del segundo camino, en cambio, dirán “esto es demasiado”, y se alejarán enojados sin que les importe cuáles sean las consecuencias. Nuestro protagonista pertenece, decididamente, al primer grupo.

Ella llega a decirle: “Prefiero que me digas ‘jodete’”, y él, cuando extremadamente acorralado, apenas empieza a enojarse, se lo dice, pero, ante la reacción furiosa de ella retrocede, no puede sostenerlo. En cambio, cuando ella, luego de haberle comunicado el embarazo, le dice: “No me llames si no quieres”, él le responde: “No... sí, quiero; ve al médico, ¡cuídate!”.

Siempre la misma historia. Ella, el amo, usa las palabras para producir efectos; él, atrapado, insiste en interpretarlas y usarlas por su contenido semántico.

Veamos otro diálogo:

- Pensaba llamarte hoy.
- Estoy avergonzada, quiero disculparme (*falso*).
- Gracias.
- No es nada. Otros hubieran huido (*halago*). Todo pasó (*lo tranquiliza*). Tengo dos entradas para *Butterfly* (*vuelve a la carga*). Sin compromiso (*disimula la presión*).
- Si te engañé en algo, perdóname (*quiere retribuir sus disculpas, que toma por verdaderas*).

Las cosas con la esposa, mientras tanto, no van mucho mejor.

En una primera etapa, cuando ella vuelve de la casa de los padres, le dice, lleno de pánico: “te extrañé tanto”, y, según creo, a pesar de que es cierto, se siente un falso.

Ante la alegría y la incredulidad de la mujer, no pone objeciones a la casa y compra sin protestas el conejo.

Digamos, de paso, que la mujer acepta complacida el entusiasmo de él por poner su estudio en el altillo, pero ella en realidad había pensado antes que nada en el cuarto de juegos de la hija.

En la segunda etapa, cuando ya el chantaje ha progresado mucho, le dice: “Deja que te mire, eres bella”. Si no fuera porque la mujer se siente muy segura con su marido “bien atado”, complaciéndola en todo, ya hubiera percibido los indicios y la atmósfera tensa en la visita de la amante a su casa.

En la tercera etapa, él le dice por fin lo que sucede. Aquí me gustaría subrayar tres cosas.

En primer lugar, que ella asimila el golpe de la infidelidad y lo tolera. Después de todo, se siente segura y lo esencial es no perder a su marido.

En segundo lugar, que cuando se entera de que ella está embarazada, cambia violentamente de actitud y lo abandona. Allí ya no le importa que él la quiera, su orgullo herido es más importante, la culpa es sólo de él. Además, un hijo no se borra y ella no tolerará que su marido ya no le pertenezca por entero para siempre.

En tercer lugar, como la cosa más natural del mundo, él asume toda la culpa y tolera que ella lo separe de la hija que recibe así, de golpe, sin elaboración ninguna, un castigo por algo que no ha cometido.

Este es un punto muy importante. Vemos aquí un padre débil que no defiende a su hija y se limita a quererla con una culpa que provoca culpa. No quiero decir con esto que él podía negarse a la separación de la mujer. Sólo afirmo que no se le ocurrió decirle: “Un momento, ¿y la nena?”.

La evolución del vínculo del protagonista con su amante ocasional lo arrastra poco a poco, de una manera pasiva, porque su enojo llega siempre tarde, a una relación impotente, sadomasoquista, que ocupa el lugar del coito ausente. Ella lo dice con claridad: “Sos un marica”, y también: “Si no puedes poseerme, pégame”. Además, cuando él casi la ahorca, se enternece.

Me parece pleno de significación el hecho de que el policía le señale que no tendrá más remedio que arreglarse solo. Creo que un buen padre procede de este modo con un hijo ya crecido, pero que esto sólo funciona cuando previamente pudo copiar un buen modelo del ejemplo paterno.

Será en última instancia su esposa la que, simbólicamente, asumirá el asesinato definitivo, el de los muertos que no resucitan porque se matan sin culpa.

Y así nuestro protagonista, atravesando un dolor que no vale la pena, ha sufrido un drama que de nada le sirve. Lleno de culpa y de miedo, ha vuelto a su amo.

Para finalizar, quiero decir que esta historia, que es, lo repito, a mi juicio, símbolo de un drama cotidiano, me deja una intriga que adopta la forma de una paradoja.

No me convence la idea de que todo se explique por la debilidad de un hombre que no se anima a ser cruel. La paradoja consiste, me parece, en que existe una crueldad que se ejerce de un modo “inocente” cuando creemos, omnipotentemente, que podemos darnos el lujo de evitar la crueldad.

BIBLIOGRAFÍA

- AIZENBERG, Sergio (1984) “Algunas ideas para la comprensión psicoanalítica de las drogas antianginosas”, en *XV Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, pág. 24-30.
- ALEXANDER, Franz (1950) *Medicina psicosomática*, Ediciones Cultural, La Habana, 1954.
- ALEXANDER, Franz; FRENCH, Thomas y POLLOCK, George (1968) *Psychosomatic specificity*, The University of Chicago Press, Chicago, 1968.
- ANZIEU, Didier (1985) *El Yo piel*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1987.
- BALLERINI, Arnaldo y SUMAN, Antonio (1986) “Il pensiero di Luis A. Chiozza: problemi epistemologici”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 170-178.
- BATESON, Gregory (1972) *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976.
- BATESON, Gregory (1979) *Espíritu y naturaleza*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1981.
- BÉKEI, Marta; CHEVNIK, Mauricio; CHIOZZA, Luis; GORLERO, Juan Carlos y KOWENSKI, Luis (coord.) (1988b) “Lo psicosomático” [I], en *Revista de Psicoanálisis*, t. XLV, N° 5, APA, Buenos Aires, 1988, págs. 1129-1159. {Las intervenciones de Luis Chiozza en la mesa redonda se publicaron en “Lo psicosomático” [II] (Chiozza, 1995u [1988]), OC, t. V }
- BERTALANFFY, Ludwig von (1975) *Perspectivas en la teoría general de sistemas*, Alianza Editorial, Madrid, 1979.
- BION, Wilfred Ruprecht (1975) *Uma memória do futuro*, Imago Editora, Río de Janeiro, 1975. Edición en castellano: *Memorias del futuro*, Julián Yébenes, Madrid, 1995.

- BION, Wilfred Ruprecht (1977) *La tabla y la cesura. Bion en Nueva York y San Pablo*, Gedisa, Buenos Aires, 1982.
- BROD, Max (1950) "Sobre la búsqueda de un nuevo sentido de la existencia", en J. Gebser, A. March, E. Naegeli y otros, *La nueva visión del mundo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1954.
- BRUTTI, Carlo (1986) "Narratività tempo e mito in psicoanalisi e in psicosomatica", en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 159-167.
- CANTEROS, Jorge y MARTÍN, Silvia (1979) "Consideraciones metodológicas sobre la investigación de las fantasías específicas de los distintos procesos somáticos", en L. Chiozza y colab., *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979, págs. 20-51.
- CAPRA, Fritjof (1982) *The turning point*, Bantam Books, Nueva York, 1982.
- CARNAP, Rudolf (1966) *Fundamentación lógica de la física*, Sudamericana, Buenos Aires, 1969.
- CASALI, Liliana y NAGY, Catalina (1997) "La cocaína. Una aproximación a su interioridad", presentado en la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, 1997.
- CASSIRER, Ernst (1963) *Antropología filosófica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1977.
- CHIOZZA, Luis (1970a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Kargieman, Buenos Aires, 1970. Reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1976. {OC, t. I}
- CHIOZZA, Luis (1970m [1968]) "Especulaciones sobre una cuarta dimensión en medicina", en AA.VV., *Un estudio del hombre que padece*, CIMP-Kargieman, Buenos Aires, 1970, págs. 503-523, y reimpresión por Paidós, Buenos Aires, 1975; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 159-175; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 403-425; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 55-73. En italiano se publicó con el título "Speculazioni su una quarta dimensione in medicina", en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 233-254. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1974a [1972]) "Conocimiento y acto en medicina psicosomática" [I], en *Eidon*, N° 1, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1974, págs. 25-42; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977,

págs. 103-116; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 197-215; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 189-203. En italiano se publicó con el título “Conoscenza e atto in medicina psicosomatica”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 161-179. {Se incluyó en “Conocimiento y acto en medicina psicosomática” [II] (Chiozza, 1998u [1974-1976])} {OC, t. VIII}

CHIOZZA, Luis (1975c) “La enfermedad de los afectos”, en *VII Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1975, págs. 79-83; *Eidon*, N° 5, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1976, págs. 69-75; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 139-145; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 245-253; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 227-234. En italiano se publicó con el título “La malattia degli affetti”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 208-218. {OC, t. III}

CHIOZZA, Luis (1976f [1975]) “El psicoanálisis y la medicina”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 17-21; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 37-42; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 13-20; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 25-31; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 13-18. En italiano se publicó con el título “La psicoanalisi e la medicina”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 50-55; y en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 17-24. {OC, t. III}

- CHIOZZA, Luis (1977c) “El trecho del dicho al hecho. Introducción al estudio de las relaciones entre presencia, transferencia e historia”, en *VIII Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1977, págs. 49-54; *Eidon*, N° 7, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1977, págs. 57-64; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 13-18. {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis (1978l) “La depresión en clínica médica”, en Rubén C. Piedimonte y colab., *La depresión, la vida y el médico*, Merck Sharp & Dohme International, Buenos Aires, 1978, págs. 53-58; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. IV}
- CHIOZZA, Luis (1978m) “Prólogo” de L. Chiozza y colab., *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1978, págs. 7-16. Se publicó con el título “Prólogo de *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. En italiano se publicó como “Prologo”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 17-26. {Con el título “Prólogo de *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*”, en OC, t. IV.}
- CHIOZZA, Luis (1981g) “La capacidad simbólica de la estructura y el funcionamiento del cuerpo”, en *Eidon*, N° 15, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1981, págs. 45-61 (incluye un resumen). Con el resumen final convertido en quinto apartado, se publicó en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 209-224; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Una versión levemente modificada se publicó con el mismo título en L. Chiozza, *Presencia, transferencia e historia*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 73-85. Sin el resumen se publicó en italiano con el título “La capacità simbolica della struttura e il funzionamento del corpo”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 7, Borla, Perugia, 1982, págs. 73-84. {OC, t. IV}
- CHIOZZA, Luis (1981j) “Psicoanálisis y enfermedad somática en la práctica clínica”, en *III Encuentro Argentino-Brasileño. I Encuentro Latinoame-*

ricano. *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y la práctica clínica*, CIMP, Buenos Aires, págs. 139-151; *Eidon*, N° 16, CIMP-Paidós, Buenos Aires, 1982, págs. 51-75 (incluye un resumen). Con el resumen convertido en último apartado se publicó en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 225-248; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 195-214. Sin el resumen, se publicó en italiano con el título “Psicoanalisi nella malattia somatica nella pratica clinica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 7, Borla, Perugia, 1982, págs. 141-160. {OC, t. IX}

CHIOZZA, Luis (1983a) *Psicoanálisis: presente y futuro. Qué y cómo psicoanalizar. Ni psiquis ni soma*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983.

CHIOZZA, Luis (1983g [1982]) “In riferimento ad alcune critiche a *Psicoanalisi e cancro e Corpo, affetto e linguaggio*”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 9, Borla, Perugia, 1983, págs. 156-184. En castellano se publicó con el título “Acerca de algunas críticas a *Psicoanalisi e cancro y Corpo, affetto e linguaggio*”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 249-276; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995 y *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 161-184. {OC, t. IV}

CHIOZZA, Luis (1983k) “La paradoja, la falacia y el malentendido como contrasentidos de la interpretación psicoanalítica”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 157-176; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 261-278. En italiano se publicó con el título “Il paradosso, l’inganno e il malinteso co contro-senso dell’interpretazione psicoanalitica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 13, Borla, Perugia, 1986, págs. 207-226. {OC, t. IX}

CHIOZZA, Luis (1985b) “Il processo di simbolizzazione nella malattia somatica”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 12, Borla, Perugia, 1985, págs. 234-258. En castellano se publicó con el título “La capacidad simbólica de los trastornos somáticos. Reflexiones sobre el pen-

- samiento de Wilfred R. Bion”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XLV, N° 5, APA, Buenos Aires, 1988, págs. 915-938; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. V }
- CHIOZZA, Luis (1985c) “The latent symbols in the physical signs of illness”, en *Analytic Psychotherapy and Psychopathology*, vol. 2, N° 2, Borla, Roma, 1985, págs. 25-33. En castellano se publicó con el título “Los símbolos latentes en los signos físicos de la enfermedad”, en *Anuario Uruguayo de Psicopatología*, t. I, vol. 1, EPPAL, Montevideo, 1989, págs. 33-48; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 295-307. En italiano se publicó con el título “I simboli nascosti dietro i segni fisici”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Perugia, 1989, págs. 143-158. {Es una versión reducida de “La capacidad simbólica de los trastornos somáticos. Reflexiones sobre el pensamiento de Wilfred R. Bion” (Chiozza, 1985b), OC, t. V. Se publicó como apartado primero de “La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática” (Chiozza, 1993b [1985-1992]). }
- CHIOZZA, Luis (1986b) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1986 y reimpressiones en 1989/1991/1993. Se incluyó en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {La edición ampliada de esta obra (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]), en OC, t. XIV. }
- CHIOZZA, Luis (1987e) “Viktor von Weizsäcker's Einfluß in Argentinien”, en Peter Hahn y W. Jacob (comps.), *Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag*, Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York, 1987, págs. 221-231. En castellano se publicó con el título “La influencia de Weizsäcker en la Argentina”, en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 21-33; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 19-31. En italiano se publicó con el título “L'influenza di Weizsäcker in Argentina”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 31, Borla, Roma, 1995, págs. 25-38. {OC, t. V }

- CHIOZZA, Luis (1989a [1986]) “Commento”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 168-169. {Comentario sobre “Narratività tempo e mito in psicoanalisi e in psicosomatica” de Carlo Brutti (*ibidem*, págs. 159-167). Con el título “Comentario sobre ‘Narratividad, tiempo y mito en psicoanálisis y en psicosomática’ de Carlo Brutti” en OC, t. V.}
- CHIOZZA, Luis (1989b [1986]) “Commento”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 179-183. {Comentario sobre “Il pensiero di Luis A. Chiozza: problemi epistemologici” de Arnaldo Ballerini y Antonio Suman (*ibidem*, págs. 170-178). Con el título “Comentario sobre ‘El pensamiento de Luis Chiozza: problemas epistemológicos’ de Arnaldo Ballerini y Antonio Suman”, en OC, t. V.}
- CHIOZZA, Luis (1989h) “Intervista”, en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 19, Borla, Roma, 1989, págs. 139-142. Se publicó con el título “Conceptos fundamentales”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. V}
- CHIOZZA, Luis (1991c [1989]) “*Organsprache*. Una reconsideración actual del concepto freudiano”, en L. Chiozza y colab., *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1991/1992/1993, págs. 202-223; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Los afectos ocultos en... psoriasis, asma, trastornos respiratorios, várices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas y accidentes cerebrovasculares*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 203-229; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 309-335. Se publicó con el título “Introducción al debate”, en L. Chiozza y André Green, *Diálogo psicoanalítico sobre psicosomática*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1992, págs. 19-46; *Diálogo psicoanalítico sobre psicosomática*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 15-41. En italiano se publicó sin título en *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, N° 23, Borla, Roma, 1991, págs. 15-44. En portugués se publicó con el título “*Organsprache*. Uma reconsideração atual do conceito freudiano”, en L. Chiozza (org.), *Os afetos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1997, págs. 223-249. En inglés se publi-

- có con el título “*Organsprache: a revision of the Freudian concept*”, en L. Chiozza, *Hidden affects in somatic disorders: psychoanalytic perspectives on asthma, psoriasis, diabetes, cerebrovascular disease, and other disorders*, Psychosocial Press, Madison (Connecticut), 1998, págs. 153-175. {Con el título “*Organsprache. Una reconsideración actual del concepto freudiano*”, en OC, t. V.}
- CHIOZZA, Luis (1993b [1985-1992]) “La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática”, en L. Chiozza, *Los sentimientos ocultos en... hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis, enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993, págs. 15-35; L. Chiozza, *La transformación del afecto en enfermedad. Hipertensión esencial, trastornos renales, litiasis urinaria, hipertrofia de próstata, várices hemorroidales, esclerosis y enfermedades por autoinmunidad*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 13-29. En portugués se publicó con el título “A interpretação psicanalítica da doença somática”, en L. Chiozza (org.), *Os sentimentos ocultos em... hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-ímmunes*, Casa do Psicólogo Livraria e Editora, San Pablo, 1999, págs. 13-30.
- CHIOZZA, Luis (1995a [1986]) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995. Segunda edición argentina. {La edición ampliada de esta obra (Chiozza, 2007a [1986-1997-2007]), en OC, t. XIV.}
- CHIOZZA, Luis (1995o [1984]) “Diseño para una investigación farmacológica psicossomática”, apartado segundo de “Opio” [II] (Chiozza y colab., 1984b [1969-1983]), se publicó independientemente en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “La minaprina. Diseño para una investigación farmacológica ‘psicosomática’”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 167-177. {Con el título “La minaprina. Diseño para una investigación farmacológica ‘psicosomática’”, en OC, t. V.}
- CHIOZZA, Luis (1995r [1987]) “Cáncer, narcisismo y muerte”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. V}
- CHIOZZA, Luis (1995s [1987]) “Comentarios introductorios al debate de la película *Hannah y sus hermanas* de Woody Allen”, en *Luis Chioz-*

- za CD. *Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. V}
- CHIOZZA, Luis (1995t [1987]) “Reflexiones psicoanalíticas acerca de *La muerte de un viajante* de Arthur Miller”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. V}
- CHIOZZA, Luis (1995u [1988]) “Lo psicossomático” [II], en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {Corresponde a las intervenciones del autor en “Lo psicossomático” [I] (Békei, Chevnik, Chiozza, Gorlero y Kowenski, 1988b).} {OC, t. V}
- CHIOZZA, Luis (1995w [1989]) “Comentario psicoanalítico sobre el cuento ‘Flores para Algernon’ de Daniel Keyes”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. V}
- CHIOZZA, Luis (1995x [1990]) “Definiciones para un diccionario”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. V}
- CHIOZZA, Luis (1995z [1991]) “Comentario psicoanalítico de la película *Atracción fatal* de Adrián Lyne”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. {OC, t. V}
- CHIOZZA, Luis (1998l [1986]) “La metahistoria y el lenguaje de la vida en el psicoanálisis y la psicossomática”, en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 279-294. {OC, t. IX}
- CHIOZZA, Luis (1998u [1974-1976]) “Conocimiento y acto en medicina psicossomática” [II], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 75-94.
- CHIOZZA, Luis (2005e [1988-2005]) “Prólogo” de Viktor von Weizsäcker, *Patosofía*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2005, págs. 7-10. {Con el título “Prólogo a *Patosofía* de Viktor von Weizsäcker”, en OC, t. VII.}
- CHIOZZA, Luis (2007a [1986-1997-2007]) *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2007.

- Quinta edición argentina ampliada. Primera edición por Libros del Zorzal. {OC, t. XIV}
- CHIOZZA, Luis; GREEN, André y otros (1992b [1989]) “Debate”, en *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1992, págs. 60-132; *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 55-121. {Con el título “Debate del seminario ‘*Organsprache*, revisitación actual del concepto freudiano”}, en OC, t. V.}
- CHIOZZA, Luis y CAMPIONE, Francesco (1987d) “Cancro, narcisismo e morte”, en *Zeta. Rivista di documentazione e ricerca sulla morte e il morire*, N° 3, Capelli editore, Bologna, 1987, págs. 5-21.
- CHIOZZA, Luis y colab. (1969b) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “La interioridad de los medicamentos”, en *Simposio 1969* (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 139-145; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 81-86; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 153-160. Con un apéndice A y un apéndice B, se publicó en L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 167-176; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. En italiano, sin los apéndices, se publicó con el título “L’interiorità dei medicinali”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Turín, 1981, págs. 134-141. {Sin los apéndices, el artículo se incluyó como primer apartado de “Opio” [II] (Chiozza y colab., 1984c [1969-1983]).} {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1969c) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “Opio” [I], en *Simposio 1969* (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. II, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 146-152; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires, 1976/1977, págs. 87-92; L. Chiozza, *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*, Biblioteca del CCMW-Paidós, Buenos Aires, 1980, págs. 177-184; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 161-166. En italiano se publicó con el título “Oppio”, en L. Chiozza, *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Loescher Editore, Tu-

- rín, 1981, págs. 142-149. {Se incluyó como tercer apartado de “Opio” [II] (Chiozza y colab., 1984c [1969-1983]).} {OC, t. III}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1979g) (Colaboradores: Carlos Bahamonde, Alejandro Fonzi y Juan Carlos Scapusio) “El estudio patobiográfico como integración del conocimiento psicoanalítico con la medicina general”, en L. Chiozza y colab., *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, Ediciones Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1979; *Luis Chiozza CD. Obras completas de Luis Chiozza* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. En italiano se publicó con el título “Lo studio patobiografico quale integrazione della conoscenza psicoanalitica con la pratica della medicina generale”, en L. Chiozza y colab., *L’interpretazione psicoanalitica della malattia somatica nella teoria e nella pratica clinica*, Centro Psicoanalitico di Roma, Roma, 1979, págs. 114-124. {OC, t. VIII}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1981c) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Catalina Califano, Alejandro Fonzi, Ricardo Grus, Enrique Obstfeld, Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio). “¿Azar o acción terapéutica? Evolución de un paciente con melanomas malignos”, en *III Encuentro Argentino-Brasileño. I Encuentro Latinoamericano. La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y la práctica clínica*, CIMP, Buenos Aires, 1981, págs. 111-116; L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 277-285; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. En italiano se publicó con el título “Casualità o azione terapeutica? Evoluzione di un paziente con melanomi maligni”, en L. Chiozza y colab., *Psicoanalisi e cancro*, Edizioni Borla, Roma, 1981, págs. 141-148. {OC, t. X}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1983h [1982]) (Colaboradores: Sergio Aizenberg, Catalina Califano, Alejandro Fonzi, Ricardo Grus, Enrique Obstfeld, Juan José Sainz y Juan Carlos Scapusio) “Las cardiopatías isquémicas. Patobiografía de un enfermo de ignominia”, en L. Chiozza, *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del CCMW-CIMP, Buenos Aires, 1983, págs. 287-321; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995, y *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 19-48. {OC, t. X}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1984c [1969-1983]) (Colaboradores: Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini) “Opio” [II], en L. Chiozza, *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos*, Biblioteca del

- ccmw-cimp, Buenos Aires, 1984, págs. 263-296. {Este artículo reúne los siguientes trabajos: “La interioridad de los medicamentos” como primer apartado (Chiozza y colab., 1969*b*); “Diseño para una investigación farmacológica psicosomática” como segundo apartado, publicado más tarde independientemente (Chiozza, 1995*o* [1984]), y “Opio” [I] como tercer apartado (Chiozza y colab., 1969*c*).}
- CHIOZZA, Luis y colab. (1984*d*) (Colaboradores: Dorrit Adamo, Liliana Barbero, Domingo Boari, Cristina Schneer, Ricardo Spivak, Mirta Stisman) “Acerca de la superstición en el uso de la estadística”, en *Lecturas de Eidon*, N° 3, CIMP, Buenos Aires, 1984; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995, y *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996; L. Chiozza, *Una concepción psicoanalítica del cáncer*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2001, págs. 147-160. {OC, t. V}
- CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1981*d*) “Caminos de la terapia psicoanalítica” [I], en *XI Congreso interno y XXI Symposium. Caminos de la terapia psicoanalítica. Pasado, presente y futuro*, t. I, APA, Buenos Aires, 1981, págs. 132-137; *XIII Simposio del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática*, CIMP, Buenos Aires, 1982, págs. 26-33. {Junto con un nuevo apartado, el texto de este artículo se incluyó en “Caminos de la terapia psicoanalítica” [II] (Chiozza y Grus, 1983*d* [1981]), OC, t. IX.}
- CHIOZZA, Luis y GRUS, Ricardo (1983*d* [1981]) “A manera de prólogo” de *Psicoanálisis: presente y futuro*, Biblioteca del ccmw-cimp, Buenos Aires, 1983, págs. 11-21. Se publicó con el título “Prólogo del libro *Psicoanálisis: presente y futuro*”, en *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1995* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1995; *Luis Chiozza CD. Obras completas hasta agosto de 1996* (cd-rom), In Context, Buenos Aires, 1996. Se publicó con el título “Caminos de la terapia psicoanalítica” [II], en L. Chiozza, *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 217-226. {OC, t. IX}
- COROMINAS, Joan (1961) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid, 1961.
- DARWIN, Charles (1872*a*) *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*, Sociedad de Ediciones Mundiales, Buenos Aires, 1967.
- DUNBAR, Flanders (1950) *Diagnóstico psicosomático*, López y Etchegoyen, Buenos Aires, 1950.
- ECKERSLEY, C. E. y ECKERSLEY, J. M. (1960) *A comprehensive English*

- grammar*, Longman, Londres, 1960.
- ETCHEVERRY, José Luis (1978) *Sobre la versión castellana*, en S. Freud, *Obras completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1978.
- FONZI, Alejandro; BARBERO, L.; COLOMBO, E.; DAYEN, E.; VIDAL, M. y ZANOTTO, C. (1978) “Sobre la interioridad de los digitálicos”, presentado en la Jornada sobre el Enfermo Cardiovascular, 8 y 9 de setiembre de 1978, CIMP, Buenos Aires.
- FREUD, Sigmund *Obras completas*, Biblioteca Nueva (BN), Madrid, 1967-1968, 3 tomos.
- FREUD, Sigmund* *Obras completas*, Amorrortu Editores (AE), Buenos Aires, 1976-1985, 24 tomos.
- FREUD, Sigmund** *The Starndard Edition of the Complete Psychological Works* (SE), The Hogarth Press, Londres, 1953-74, 24 tomos.
- FREUD, Sigmund (1890a*) “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)”, AE, t. I, págs. 111-132.
- FREUD, Sigmund (1895b [1894]*) “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de ‘neurosis de angustia’”, AE, t. III, págs. 85-116.
- FREUD, Sigmund (1896b*) “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, AE, t. III, págs. 157-184.
- FREUD, Sigmund (1900a [1899]) *La interpretación de los sueños*, BN, t. I, págs. 231-584.
- FREUD, Sigmund (1900a [1899]*) *La interpretación de los sueños*, AE, ts. IV y V.
- FREUD, Sigmund (1900a [1899]**) *The interpretation of dreams*, SE, ts. IV y V.
- FREUD, Sigmund (1901b*) *Psicopatología de la vida cotidiana*, AE, t. VI.
- FREUD, Sigmund (1905d*) *Tres ensayos de teoría sexual*, AE, t. VII, págs. 109-224.
- FREUD, Sigmund (1905e [1901]) “Análisis fragmentario de una histeria (Caso ‘Dora’)”, BN, t. II, págs. 601-657.
- FREUD, Sigmund (1905e [1901]*) “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, AE, t. VII, págs. 1-108.
- FREUD, Sigmund (1908a*) “Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad”, AE, t. IX, págs. 137-148.
- FREUD, Sigmund (1908e [1907]*) “El creador literario y el fantaseo”, AE, t. IX, págs. 123-135.
- FREUD, Sigmund (1909a [1908]*) “Apreciaciones generales sobre el ataque histérico”, AE, t. IX, págs. 203-212.
- FREUD, Sigmund (1909d*) “A propósito de un caso de neurosis obsesiva”, AE, t. X, págs. 119-249.

- FREUD, Sigmund (1910a [1909]*) *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*, AE, t. XI, págs. 1-52.
- FREUD, Sigmund (1910i*) “La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis”, AE, t. XI, págs. 205-216.
- FREUD, Sigmund (1911c [1910]*) “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente”, AE, t. XII, págs. 1-76.
- FREUD, Sigmund (1912e*) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, AE, t. XII, págs. 107-120.
- FREUD, Sigmund (1912f*) “Contribuciones para un debate sobre el onanismo”, AE, t. XII, págs. 247-264.
- FREUD, Sigmund (1912-1913*) *Totem y tabú*, AE, t. XIII, págs. 1-164.
- FREUD, Sigmund (1913j*) “El interés por el psicoanálisis”, AE, t. XIII, págs. 165-192.
- FREUD, Sigmund (1914c*) “Introducción del narcisismo”, AE, t. XIV, págs. 65-98.
- FREUD, Sigmund (1915c*) “Pulsiones y destinos de pulsión”, AE, t. XIV, págs. 105-134.
- FREUD, Sigmund (1915d*) “La represión”, AE, t. XIV, págs. 135-152.
- FREUD, Sigmund (1915e*) “Lo inconciente”, AE, t. XIV, págs. 153-214.
- FREUD, Sigmund (1915f*) “Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica”, AE, t. XIV, págs. 259-272.
- FREUD, Sigmund (1916-1917 [1915-1917]*) *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE, ts. XV y XVI.
- FREUD, Sigmund (1917d [1915]*) “Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños”, AE, t. XIV, págs. 215-234.
- FREUD, Sigmund (1918b [1914]) “Historia de una neurosis infantil (Caso del ‘Hombre de los Lobos’)”, BN, t. II, págs. 785-841.
- FREUD, Sigmund (1918b [1914]*) “De la historia de una neurosis infantil”, AE, t. XVII, págs. 1-112.
- FREUD, Sigmund (1923a [1922]*) “Dos artículos de enciclopedia: ‘Psicoanálisis’ y ‘Teoría de la libido’”, AE, t. XVIII, págs. 227-254.
- FREUD, Sigmund (1923b*) *El yo y el ello*, AE, t. XIX, págs. 1-66.
- FREUD, Sigmund (1924c*) “El problema económico del masoquismo”, AE, t. XIX, págs. 161-176.
- FREUD, Sigmund (1926d [1925]*) *Inhibición, síntoma y angustia*, AE, t. XX, págs. 71-164.
- FREUD, Sigmund (1926d [1925]**) *Inhibitions, symptoms and anxiety*, SE, t. XX.
- FREUD, Sigmund (1927c*) *El porvenir de una ilusión*, AE, t. XXI, págs. 1-56.

- FREUD, Sigmund (1933a [1932]*) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, AE, t. XXII, págs. 1-168.
- FREUD, Sigmund (1940a [1938]*) *Esquema del psicoanálisis*, AE, t. XXIII, págs. 133-210.
- FREUD, Sigmund (1940b [1938]*) “Algunas lecciones elementales sobre psicoanálisis”, AE, t. XXIII, págs. 279-288.
- FREUD, Sigmund (1950a [1892-1899]*) *Fragmentos de correspondencia con Fliess*, AE, t. I, págs. 211- 322.
- FREUD, Sigmund (1950a [1895]*) “Proyecto de psicología”, AE, t. I, págs. 323-436.
- FREUD, Sigmund y BREUER, Joseph (1895d*) *Estudios sobre la histeria*, AE, t. II.
- GARDNER, Martin (1975) *Paradojas ¡ajá! Paradojas que hacen pensar*, Labor, Barcelona, 1983.
- GARMA, Ángel (1962) *El psicoanálisis. Teoría clínica y técnica*, Paidós, Buenos Aires, 1962.
- GRODDECK, Geörg (1923) *El libro del ello*, Sudamericana, Buenos Aires, 1968.
- HOFF, Hans y RINGEL, Erwin (1964) *Problemas generales de la medicina psicosomática*, Morata Madrid 1969.
- HOFSTADTER, Douglas (1979) *Gödel, Escher, Bach: An eternal golden braid*, Penguin Books, Nueva York. Edición en castellano: *Gödel, Escher, Bach: un eterno y grácil bucle*, Tusquets, Buenos Aires, 1987.
- HOFSTADTER, Douglas y DENNET, Daniel (1981) *The Mind's I*, Bantam Books, Nueva York, 1982. Edición en castellano: *El ojo de la mente*, Sudamericana, Buenos Aires, 1983.
- KOROVSKY, Edgardo (1969) “La píldora anticonceptiva”, en *Simposio 1969* (I Simposio del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática), t. III, CIMP, Buenos Aires, 1969, págs. 209-215.
- LABORIT, Henri (1970) *Biología y estructura*, Tiempo Nuevo, Caracas, 1970.
- LABORIT, Henri (1979) *L'inhibition de l'action*, Masson, París, 1981.
- LABORIT, Henri (1983) “Agresividad e inhibición de la acción”, conferencia en la reunión conmemorativa del XX aniversario de la Asociación Farmacológica Argentina, Buenos Aires, 1983.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro (1950a) *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*, Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- LAING, Ronald (1982) *La voz de la experiencia*, Crítica, Buenos Aires, 1983.
- LANGER, Susan (1941) *Nueva clave de la filosofía*, Sur, Buenos Aires, 1954.
- LECHIN, F.; VAN DER DIJS, B. y LECHIN, E. (1979) *The Autonomic Nervous System: physiological basis of psychosomatic therapy*, Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1979.

- LITVINOFF, H.; MIRKIN, G. de; MORANO, A.; SUTELMAN, E. de; VILLAR, A. de y ZULUETA, C. (1983) "Reflexiones sobre el placer de fumar" (segunda comunicación), presentado en el CIMP, Buenos Aires, 1983.
- MARGETTS, E. L. (1954) "Historical notes on psychosomatic medicine", en E. D. Wittkower y R. A. Cleghorn (eds.), *Recent developments in psychosomatic medicine*, Pitman, Londres, 1954, págs. 41-68. Edición en castellano: E. D. Wittkower y R. A. Cleghorn (eds.), *Progresos en medicina psicosomática*, Eudeba, Buenos Aires, 1966.
- MARTY, Pierre; M'UZAN, Michel de y DAVID, Christian (1963) *L'investigation psychosomatique*, Presses Universitaires de France, París, 1963. Edición en castellano: *La investigación psicosomática*, Luis Miracle, Barcelona, 1967.
- MITSCHERLICH, Alexander (1954) "El problema de la relación cuerpo y alma en la moderna medicina", en J. Gebser, A. March, E. Naegeli y otros, *La nueva visión del mundo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1954, págs. 101-127.
- ORTEGA Y GASSET, José (1914) *Meditaciones del Quijote*, Revista de Occidente, Madrid, 1956.
- ORTEGA Y GASSET, José (1932-1933) *Unas lecciones de metafísica*, Alianza Editorial, Madrid, 1974
- PARTRIDGE, Eric (1961) *Origins*, Routledge y Kegan Paul, Londres, 1961.
- PIRANDELLO, Luigi (1921) *Sei personaggi in cerca d'autore*, Mondadori, Milán.
- POPPER, Karl (1974) *Búsqueda sin término*, Tecnos, Madrid, 1977.
- PORTMANN, Adolf (1961) *Nuevos caminos de la biología*, Ediciones Iberoamericanas, Madrid, 1968.
- RACKER, Enrique (1960) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1960.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1985) *Diccionario de la lengua española*, Espasa-Calpe, Madrid, 1985.
- ROF CARBALLO, Juan (1952) *Cerebro interno y mundo emocional*, Labor, Barcelona, 1952.
- RUIZ TORRES, Francisco (1959) *Diccionario de medicina*, Alhambra, Madrid, 1959.
- RUYER, Raymond (1974) *La gnose de Princeton*, Fayard, París, 1974.
- SALVAT (1985) *Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Salvat, Barcelona, 1985.
- SAUSSURE, Ferdinand de (1916) *Curso de lingüística general*, Losada, Buenos Aires, 1945.
- SCHRÖDINGER, Erwin (1958) *Mind and matter*, Cambridge University Press, Cambridge, 1977. Edición en castellano: *Mente y materia*, Tusquets, Barcelona, 1984.

- SELYE, Hans (1956) *The stress of life*, McGraw-Hill, Nueva York, 1956. Edición en castellano: *La tensión en la vida*, Compañía General Fabril Editora, Buenos Aires, 1960.
- SKEAT, Walter (1972) *A concise etymological dictionary of the English language*, Oxford University Press, Oxford, 1972.
- SPINSANTI, Sandro (1988) *Guarire tutto l'uomo*, Edizioni Paoline, Roma, 1988.
- STRACHEY, James (1964) "Editor's introduction" to *Inhibitions, symptoms and anxiety* (Freud, 1926d [1925]**), en Standard Edition (SE), The Hogarth Press, Londres, 1974. t. XX, pág. 77.
- TURBAYNE, Colin Murray (1970) *El mito de la metáfora*, Fondo de Cultura Económica, México, 1974.
- WARTOFSKY, Marx (1968) *Introducción a la filosofía de la ciencia*, Alianza Editorial, Madrid, 1973.
- WEISS, E. y ENGLISH, O. (1949) *Medicina psicosomática*, López y Etche-goyen, Buenos Aires, 1949.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1941) *Problemas clínicos de medicina psicosomática*, Pubul, Barcelona, 1946.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1946-1947) *Casos y problemas clínicos. Lec-ciones de antropología médica en la clínica de medicina interna*, Pubul, Barcelona, 1950.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1951a) *El hombre enfermo*, Luis Miracle, Bar-celona, 1956.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1951b) "Los conceptos fundamentales de la investigación", en L. Chiozza, *Un lugar para el encuentro entre me-dicina y psicoanálisis*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1999, págs. 171-178.
- WEIZSAECKER, Viktor von (1954) *Natur und Geist*, Vandenhoeck y Rupre-cht, Göttingen, 1954.
- WIGNER, Eugène (1961) "Remarks on the mind-body question", en J. A. Weeler y W. H. Zurek (eds.), *Quantum theory and measurment*, Prin-ceton University Press, 1983.