

Encuesta sobre fenómeno psicosomático.

Vigencia del psicoanálisis en la cura de los Fenómenos Psicosomáticos.

Becerra, Hector O. y Casagrande, Paula.

Cita:

Becerra, Hector O. y Casagrande, Paula (2015). *Vigencia del psicoanálisis en la cura de los Fenómenos Psicosomáticos*. Encuesta sobre fenómeno psicosomático.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/fps/5>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pf1u/bW6>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ENCUESTA A HÉCTOR O. BECERRA

REALIZADA POR PAULA CASAGRANDE

**VIGENCIA DEL
PSICOANÁLISIS
EN LA CURA DE LOS
FENÓMENOS
PSICOSOMÁTICOS**

EJE I: INTRODUCCIÓN A LO PSICOSOMÁTICO

A) ¿Qué entiende usted por *fenómeno psicosomático*?

En el terreno de la filosofía el fenómeno es el aspecto que las cosas ofrecen a nuestros sentidos; es decir, el primer contacto que tenemos con ellas, con su apariencia. La explicación nos lleva a pensar que detrás del fenómeno puede existir una estructura que aunque *no* puede ser percibida es posible de ser pensada. El término “fenómeno” tiene un significado especial en la filosofía kantiana. El fenómeno constituye el mundo tal como lo percibimos, en oposición al *noúmeno*, el mundo tal como existe, independientemente de nuestra percepción. Según Kant el ser humano no puede conocer las *cosas-en-sí-mismas*; sino tal como las percibe o experimenta y avanzar en el conocimiento desde allí.

Se torna necesaria esta disquisición por las ideas filosóficas debido a la ambigüedad de los conceptos que se han ido utilizando para referir lo psicosomático. En el terreno de la medicina se habla de *enfermedades psicosomáticas*; en el *DSM IV* –en el apartado relativo a los trastornos somatoformes- se alude al *trastorno de somatización*. En el campo del psicoanálisis –por ejemplo- Mc Dougall, en *Teatros del cuerpo*, se refiere a los *estados psicosomáticos*, Lacan, en el *Seminario 2*, las llama *reacciones psicosomáticas* y en el manual: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Fenichel se refiere a los *síntomas órgano-neuróticos*.

Frente a esta ambigüedad estimo que el nombre que mejor describe lo psicosomático es el de *fenómeno psicosomático*, *FPS*, ya que se trata de una lesión orgánica, que puede ser una gastritis, un colon irritable, una hipertensión arterial, etc. que se ubican en el lugar de lo que percibimos, el primer contacto que tenemos con la enfermedad. Por lo tanto, en términos

kantianos, estaríamos en el terreno del fenómeno. Luego, tendríamos que acceder al *noúmeno*; es decir, aquello que está más allá del fenómeno y lo que está más allá es una hipótesis: que en la *etiología* de la enfermedad orgánica intervienen factores psicológicos.

Se podría objetar que en las observaciones del médico no se realiza la captación de un objeto directo, como sería el caso de un astrónomo cuando aparece una nova en el cielo, sucede que la palpación (con la ayuda del estetoscopio, el tensiómetro y el termómetro) son el medio de reconocimiento anatómico confiable en la búsqueda de los puntos testigo de sufrimiento local en y bajo la superficie corporal del paciente, de allí que la consulta médica no se basa en una observación espontánea; sino, en -lo que en el terreno de la epistemología se denomina- una *observación controlada*.

La labor empírica de los médicos siempre presupone un marco teórico constituido por todas aquellas teorías ya aceptadas por la comunidad científica y por eso, en este momento, se considera fuera de discusión que un médico pueda *observar* y diagnosticar una gastritis, un colon irritable, una hipertensión arterial, etc. La cuestión es -para ir entrando en tema y también para ir polemizando- si cuando el médico accede a la gastritis, el colon irritable, o la hipertensión arterial, le da estatuto de *fenómeno* y supone que puede haber algo más allá del padecimiento.

Veamos una viñeta clínica que indudablemente va a alimentar la polémica: un niño de 10 años ingresa con una fractura a un servicio de traumatología, razón por la cual le ordenan al paciente las radiografías de rigor y luego del diagnóstico le hacen un yeso. A los dos meses el paciente -llevado por su madre- vuelve a ingresar al servicio por otra fractura, con lo cual se le repite el procedimiento. A la tercera fractura uno de los traumatólogos -que tal vez era el que venía haciendo el seguimiento del paciente- sugiere hacer una consulta con el servicio de psicopatología.

Más allá que los médicos lo puedan teorizar; creo que a partir de la tercera consulta se le da a la fractura estatuto de *fenómeno* y aparece, para ese médico curioso, la concepción de *noúmeno*, un más allá del fenómeno, un más allá de la apariencia, que mueve a preguntarse qué puede haber en la cadena causal con respecto a la etiología de la fractura, y claro que hay un plus.

Derivado al servicio de psicopatología descubren que el *niño quebrado* es sumamente inquieto, travieso y problemático; de allí que la madre no podía con él y a la hora en que el padre volvía del trabajo lo anoticiaba de la conducta del hijo y aquel empezaba a correrlo para pegarle y el chico intentaba escapar entre los muebles de la casa hasta que trastabillaba y se caía provocándose las fracturas.

Tal vez al lector le parezca sorprendente pensar la fractura como un *FPS*; sin embargo, la realidad nos muestra que la situación de violencia doméstica tenía un lugar importante en la etiología del padecimiento. Durante la primera y segunda fractura solamente se trata del cuerpo, sustancia tangible, *res extensa*, en el sentido cartesiano. Obsérvese que hasta este momento la cuestión del *sujeto* queda excluida. En la tercera fractura lo excluido parece retornar en la duda del médico que sugiere una interconsulta con el servicio de psicopatología. La interconsulta parece ser el lugar de conexión entre el pensamiento y el cuerpo extenso.

Por otra parte, Joyce Mc Dougall, en *Teatros del cuerpo*, considera que todo atentado a la salud, o la integridad física tiene relación con los *FPS* de tal forma que ella llega a incluir los accidentes y las brechas en el escudo inmunitario. Esta autora sostiene que las investigaciones en seguridad industrial demuestran que los seres humanos son más propensos a caer enfermos y ser víctimas de accidentes cuando están ansiosos, deprimidos, o cansados, que cuando la vida y el futuro le sonríen. Para Mc Dougall las adicciones también están relacionadas con los *FPS* ya que pueden ser

consideradas como un intento de acabar con el dolor mental recurriendo a sustancias exteriores que tranquilizan la mente y sobre todo el cuerpo.-

B) ¿Considera que el *FPS* cumple alguna función?

En su libro *Del cuerpo al símbolo. Sobreadaptación y enfermedad psicosomática*, Liberman afirma que sobreadaptación y enfermedad orgánica son dos aspectos de una misma patología. De allí que la enfermedad orgánica es una manera del paciente de anunciar que “así no se puede seguir”. Me parece que, en ese punto, el *FPS* tiene una función de límite. Veamos una viñeta forense: un juez me convoca a intervenir como perito psicólogo de oficio en una causa caratulada como: *Incidente de familia*. Para ello debo entrevistar a una pareja que ha disuelto su vínculo matrimonial y ahora dirimen acerca del régimen de visita del hijo de ambos.

La mujer tiene antecedentes psiquiátricos; pero no los menciona en las entrevistas; sin embargo, pareciera que aquello que la entrevistada silencia respecto de sus padecimientos psicológicos la lleva a hablar –y en forma bien exhaustiva- de sus padecimientos orgánicos y refiere su:

- a) Extrema delgadez,
- b) Cefaleas,
- c) Trastornos cardíacos,
- d) Úlcera,
- e) Fibromialgia,
- f) Accidente cerebro vascular (ACV),
- g) Anemia.

De allí que hayamos sostenido en el informe pericial que la *vulnerabilidad somática* de la actora es el resultado de la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico producto de vivencias traumáticas relacionadas seguramente con su nacimiento, con su historia familiar y su escolarización. Sin embargo, la actora relata que en su infancia fue muy feliz y que el vínculo con sus padres fue bueno y que su escolaridad fue una de las

mejores épocas de su vida, con lo cual nos introducimos también en las dificultades que supone establecer un *diagnóstico diferencial*. Para ello debemos trabajar no sólo con los datos introspectivos que aporta la entrevistada; sino también con datos conductuales y los elementos inconscientes que surgen de datos proyectivos obtenidos a través de los tests.

Debemos concluir entonces que la adaptación al entorno familiar y escolar se metamorfoseaba en *sobreadaptación* y la sobreadaptación tiene un costo altísimo que se expresa en la pérdida de la salud. Resulta sumamente importante la contribución de Liberman y sus colaboradores acerca de la noción de *sobreadaptación* que definieron como una adecuación exagerada y una adicción a la realidad externa en detrimento de la realidad psíquica. Insistimos en que para estos autores *sobreadaptación* y *enfermedad orgánica* son dos aspectos de una misma patología.

Entonces, aunque la actora lo ignore, aunque no lo pueda poner en palabras, todos estos trastornos orgánicos tienen el estatuto de *FPS*; es decir, están dando cuenta de manera irrefutable de severos daños psíquicos. Las enfermedades psicósomáticas son procesos psicopatológicos caracterizados por síntomas orgánicos; pero, su etiología se ve influenciada por variables psicológicas.

Sucede que los pacientes con enfermedades psicósomáticas suelen padecer de *alexitimia*. La alexitimia es una palabra que deriva del griego y que significa: sin palabras para los afectos, o sentimientos (*a*: sin; *lexis*: palabra; *timio*: afecto). Se la utiliza para designar una perturbación cognitivo-afectiva que tienen ciertos pacientes para percibir sentimientos y/o sensaciones corporales. No se trata de que el sujeto no tenga afectos; sino que no puede distinguir matices, o intensidades. Por otra parte suelen tener un pensamiento simbólico reducido, o ausente; lo cual no significa que tengan

limitaciones intelectuales, sino que no poseen capacidad para fantasear, imaginar y/o proyectar. Esta limitación en la capacidad fantasmática hace que recuerden poco y nada del contenido de los sueños, o que estos sean muy pobres, o realistas.

La falta de palabras, la reducida capacidad fantasmática y expresiva parece convertirlos en personas impulsivas, conflictivas y/o querellantes. Quién no termina de reconocer lo que siente, o le faltan palabras para explicarlo, será alguien que vaya *acumulando* su enojo, o su indignación, o su tristeza, hasta el momento en que explotan. En ese momento sí se quejan, gritan y patalean; pero, les resulta imposible agredir a su entorno, llevar a cabo las necesarias transformaciones *aloplásticas*. Podríamos decir que, siguiendo un concepto de la ingeniería moderna, parecieran *implotar*; es decir, explotar pero hacia adentro, lo cual podría ser una explicación acerca de por qué la alexitimia aparece en aquellos pacientes que llegan a la consulta con padecimientos gastrointestinales, presión arterial, alergias, asma, psoriasis, etc.

Generalmente un paciente con alexitimia –sostiene Sivak en su libro *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*- llega al consultorio cuando se quiebra físicamente, o cuando su familia, los amigos, o los compañeros de trabajo, lo empujan a consultar. Lo que les pasa es que sienten una gran dificultad para disfrutar, o para relacionarse con los demás y encima les cuesta ponerlo en palabras. La consulta se concreta recién cuando el paciente vive situaciones extremas de estrés, o después de padecer momentos traumáticos, o –como en el caso que nos ocupa- frente a la exigencia del juez.

Con respecto a la entrevistada, entendemos que esos momentos de quiebre, esas implosiones, se han producido cuando la familia no terminaba de aceptar a su novio (futuro marido y padre de su hijo) y como ella dice

textualmente: “yo me encapriché con él”. También aparece un momento de quiebre cuando la actora queda embarazada, una decisión que parece haber sido unilateral e inconsulta. Cuando se le preguntó a los actores si el embarazo había sido consensuado la mujer no respondió a la pregunta y el ex esposo fue terminante cuando sostuvo que “ella no me preguntó nada (...) Yo no descarto la idea que fue una manera de atarse a mí”. De una tercera situación sumamente estresante tomamos conocimiento por el relato del ex esposo, que cuenta que a la madre de la entrevistada le diagnostican un cáncer de estómago, por lo cual a pedido de la mujer enferma la pareja debe dejar el departamento que habita, se tienen que trasladar a la casa de los padres de la entrevistada, con la exigencia de hacerse cargo de los cuidados de la enferma y la limpieza y la cocina para el resto de la familia. En ese momento nace nuestro hijo –relata el ex esposo- y ella se volvió absolutamente loca y gritaba que no podía más, que la dejáramos de molestar.

Que en el momento que la actora tendría que estar tranquila, apoyada por su entorno familiar, preparándose para el nacimiento de su primer hijo, se le haya demandado tener que mudarse a la casa de los padres para hacerse cargo de la enfermedad de la madre y de la atención y el cuidado del resto de su familia de origen, plantea una demanda tan pero tan alta que exige una *sobreadaptación*. Con estos datos conductuales nosotros podemos colegir que más allá de los datos introspectivos que la entrevistada nos había aportado, existía en su familia una estereotipia vincular que debido a la *alexitimia* y el *pensamiento operatorio* ella no podía resolver y que le exigían una *sobreadaptación*.

En el caso que hemos descrito se puede evaluar que la exigencia de la familia en general y de la madre en particular le demandaron a la actora un esfuerzo que con el paso del tiempo resultó patológico. Al respecto resulta sumamente ilustrativo el aporte de Liberman. El autor sostiene que la

persona con disposición a somatizar tiene indiferenciado su *ideal del yo*, del ideal de la organización familiar, o social, en la que está incluido, donde eficiencia y ascenso en el *status* social constituyen el valor máximo y casi único. Este ideal tiene muchos puntos de contacto con un modelo de éxito que ofrece nuestra cultura, como por ejemplo el *self made man*. Así como la actora ha quedado identificada por el *modelo* de comportamiento de los padres, Liberman lo denomina el ideal de la organización familiar, podemos llegar a deducir que la actora también está influenciando a su ex esposo y fundamentalmente a su hijo ya que se trata de un niño y en esa línea de pensamientos se podrá evaluar qué poco casual resulta el hecho que el hijo -en la actualidad- esté padeciendo una *gastritis* que es una enfermedad con una clara raíz psicósomática.-

C) De acuerdo a su experiencia en la clínica con *FPS*, ¿encuentra usted algo en común respecto de la concepción que los pacientes tienen de dicho fenómeno?

Tratando de ser consecuente con la primera pregunta, donde mencionábamos la importancia de conceptualizar el *fenómeno* y el *noúmeno*, podríamos decir que la primera característica del *FPS* es la de una mostración: la gastritis, el colon irritable, la hipertensión arterial – podríamos incluir también la fractura a la que hacíamos referencia- se ubican en el lugar de lo que percibimos, de lo que observamos. La segunda pregunta nos sirvió para explayarnos en la función de límite que desempeña el *FPS*.

Ahora, para el *Manual Merck* la gastritis es una inflamación aguda, o crónica de la membrana gástrica, el colon irritable es un trastorno del intestino delgado con variable malestar abdominal y hábitos intestinales irregulares con estreñimiento, etc. Está claro que el organismo estudiado por la anatomía, la fisiología, la biología y la semiología médica constituye un sistema en el cual el *sujeto* no es un dato que deba estar presente.

Sin embargo, cuando recorremos la cadena causal nos encontramos con la necesidad de ampliar la respuesta que nos da la anatomía, la fisiología, la biología y la semiología y allí surge la necesidad de incluir al *sujeto*. “Incluir al sujeto” quiere decir esto que tan bien nos muestra el médico curioso cuando decide hacer la interconsulta con el servicio de psicopatología y que si pudiéramos poner en palabras sería algo parecido a: “¿cómo puede ser que este chico se fracture tres veces seguidas? La primera fractura y la segunda hacen pensar en golpes que el cuerpo no ha podido amortiguar; pero, la tercera fractura empuja a suponer que algo más debe estar sucediendo”.

Y allí surge el *noúmeno*, aquello que está más allá del fenómeno. Al principio, las fracturas aparecen como una mostración, el intento de mostrar que algo estaba pasando en esa familia; luego nos anoticiamos de la forma cómo se vinculan, cómo se respetan entre ellos, cómo la madre y el padre ejercen la autoridad, etc. Aparecen los trastornos de conducta del niño y la necesidad de recurrir a la violencia como una forma de poner límite a sus travesuras.

Si prestamos atención al tema notamos que cuando una persona se enferma orgánicamente descubre que algo está pasando en su cuerpo. Puede ver la forma cómo orina, o defeca; puede sentir fiebre, o dolor; puede ver cómo se inflaman sus músculos; puede ver brotar sangre de su nariz, o de una herida; pero nada de lo que le sucede parece tener que ver con su persona, con su condición de *sujeto*; es decir, con alguien que asuma que lo que le está sucediendo en el cuerpo tenga relación con su vida personal, con su entorno familiar y/o social en un eje temporal. En este punto es posible concluir que el doliente es quien *escinde* lo que sucede en el cuerpo de su condición de ser también *sujeto*.

Lacan en su *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma* publicada en *Intervenciones y textos 2* sostiene la hipótesis que en las dolencias psicósomáticas se inscribe en el cuerpo algo del orden del número. La idea de que los *FPS* no son para ser comprendidos resulta un aporte central del psicoanalista francés; pero, resulta necesario tratar de entender adónde apunta con esta idea que puede resultar enigmática. Veamos.

En el relato *El jardín de los senderos que se bifurcan*, Borges cuenta de un espía chino que lleva a cabo un arriesgado plan con el objeto de servir a Alemania. Escribe Borges: “yo sentía que el jefe tenía en poco a los de mi raza, a los innumerables antepasados que confluyen en mí. Yo quería probarle que un amarillo podía salvar a sus ejércitos”. El espía toma un tren con el objeto de llegar a la residencia de Stephen Albert a quien debe

asesinar. Una vez frente al hombre se encuentra con que -¿casualmente?- éste ha investigado la vida de su bisabuelo. El bisabuelo del espía -Ts'ui Pen- era un funcionario, doctor en astronomía, poeta y calígrafo que renunció a todo para componer un libro y un laberinto. Stephan Albert sostiene que ambas cosas son una sola y solucionando el misterio le devuelve a Ts'ui Pen su estatuto de ilustre antepasado. No obstante, el espía cumple con su cometido. Narra Borges: “He sido condenado a la horca. Abominablemente he vencido: he comunicado a Berlín el secreto nombre de la ciudad que deben atacar. (...) El Jefe ha descifrado ese enigma. Sabe que mi problema era indicar (a través del estrépito de la guerra) la ciudad que se llama Albert y que no hallé otro medio que matar a una persona de ese nombre. No sabe (nadie puede saber) mi innumerable contrición y cansancio”.

Podríamos decir que “Albert” se torna un número –en términos de lo que Lacan sostiene en la conferencia de Ginebra- o un significante, en la medida que el significado comienza a deslizarse metonímicamente y deja de ser el apellido del sinólogo para pasar a ser el nombre de la ciudad que los alemanes deben atacar. Ahora bien, mientras el apellido adquiere una significación para el espía y su jefe, Albert permanece ignorante de que su apellido haya tomado un valor simbólico y que debe morir como una forma de cifrar un mensaje de guerra. De la misma forma que el significante “Albert”, la enfermedad psicósomática supone –para quien la padece- una mostración que no puede ser entendida por quien la padece.

Entendemos que este relato se torna sumamente ilustrativo para darle cuerpo al planteo de Lacan acerca de que los *FPS* no son para ser comprendidos. Dijimos que el doliente escinde lo que sucede en el cuerpo de su condición de ser sujeto.

Pero, dediquemos un párrafo al psicoanalista-observador ya que pareciera que él sí está en una posición de comprender qué le sucede al paciente y la

relación que establece entre su psiquis y su cuerpo. Pero, el psicoanalista tampoco puede comprender demasiado.

Explicamos por qué: los fenómenos psicósomáticos son *ficciones teóricas* que utiliza el psicoanalista en un intento de pensar lo *real*. La verdadera explicación acerca del *FPS* no puede ser acabadamente formulada por una teoría. La teoría es el modo de acercarse al fenómeno; pero, en el psicoanálisis, la teoría no se sutura al fenómeno. Por eso cuando el psicoanalista intenta teorizar la experiencia psicoanalítica no puede situarse por encima de la práctica misma. Este es el fundamento que lleva a Freud a decir que el psicoanálisis no es una *Weltanschauung*, una concepción del mundo. Es decir, no hay un suelo firme donde asentar el desarrollo de una teoría. De allí que se termine nominando al psicoanálisis como una *ciencia conjetural*.

D) ¿Considera usted posible la cura, o remisión, del FPS?

Hoy por hoy –lamentablemente- la cura pasa por la satisfacción de las expectativas que el paciente tiene respecto de su enfermedad y de la rápida recuperación de su salud. Sin embargo, no deberíamos quedarnos con eso porque es homologar al paciente con el cliente. Un cliente satisfecho no necesariamente supone un paciente curado. Un paciente, fumador empedernido, recurre a un médico que le sugiere un tratamiento por hipnosis. El paciente logra dejar de fumar rápidamente; pero, a los seis meses debe recurrir a un gastroenterólogo y el profesional lo deriva a una consulta con el psicólogo debido a que en el padecimiento interviene un monto considerable de ansiedad. Ansiedad que seis meses atrás se canalizaba a través del cigarrillo.

Deducimos que resulta necesario diferenciar el *síntoma* de la *enfermedad*. El síntoma es un indicio, o señal, de la enfermedad; pero, no es la enfermedad misma. La fiebre es un síntoma de la gripe y creo que a nadie se le ocurriría pensar que la remisión de la fiebre supone la curación de la enfermedad.

El ejemplo se complejiza en el caso de la adicción al cigarrillo; pero, no obstante, es preciso alertar que la remisión de la adicción no es suficiente para concluir hablando de cura, ya que esos nervios que se canalizaban a través del cigarrillo ahora se dirigen hacia el aparato gástrico y terminan afectando una parte del intestino.

Algo similar sucede con el caso del *niño quebrado*. Nadie dudaría de calificar a las fracturas como un daño físico y darle estatuto de padecimiento; sin embargo, al entender que las fracturas se producían como consecuencia de

la violencia que imperaba en la familia, queda flotando la idea de que esas lesiones tenían un cierto estatuto sintomático.

Ahora bien, para darle vuelo a la cuestión y seguir pensando. ¿Qué pasaría si los médicos traumatólogos se hubieran empeñado en seguir curando las fracturas una y otra y otra vez sin preguntarse por su etiología? ¿No podríamos concluir entonces, con que la remisión exclusiva de los síntomas, paradójicamente, hubiera determinado que la enfermedad --la causa de la enfermedad- quedara aislada, inaccesible? Con esta reflexión volvemos a puntualizar la importancia de distinguir esos dos conceptos filosóficos a los cuales nos referíamos más arriba: el fenómeno y el noúmeno y ahora –en términos clínicos- se nos impone caracterizar la enfermedad y el síntoma.

Volviendo a la pregunta, si consideramos posible la cura del *FPS*, se impone dar un testimonio que dé cuenta de lo que se está pudiendo hacer en la tarea clínica. El paciente al cual nos vamos a referir fue atendido a través de una derivación que realizó la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, institución de la cual este autor es prestador psicológico.

Este tratamiento fue chequeado mes a mes durante más de un año por los auditores de la obra social. Cuando la obra social dejó de brindarle cobertura, el paciente se hizo cargo de su tratamiento de manera privada hasta su finalización. Terminado el tratamiento se elaboró un informe que tiene por título: *Introducción al estudio del paciente psicossomático*. El escrito fue presentado al *Premio Sigmund Freud* del XIII° Congreso Metropolitano de Psicología (2012) obteniendo el 1° puesto. Luego el trabajo fue editado por la *Revista Argentina de Psicología* en su N° 51, texto que se puede consultar permanentemente.

Hacemos estas aclaraciones porque los psicoanalistas parecen nadar como peces en el agua cuando se trata de hablar de las enfermedades: sus clasificaciones, la manera de tratarlas, etc. Ahora bien, ¿qué sucede cuando hay que referirse a la curación y sobre todo cuando hay que teorizar la cura? Esta cuestión la hemos detectado, de manera muy dramática, en la práctica de la psicología forense, de pronto el perito se encuentra frente a la demanda del juez que exige una fundamentación *no* acerca de la enfermedad de un actor; sino acerca de su salud. ¿Por qué ese actor no se enfermó? ¿Por qué ese entrevistado que se accidentó no hizo ningún síntoma? En la clínica psicoanalítica pasa algo similar, se puede llevar un tratamiento adelante y como consecuencia de ello, llega un momento que aparecen mejorías que es necesario consignar y sobre todo fundamentar, para sacarlas del terreno de lo religioso, por ejemplo. ¿Cuántas veces hemos escuchado decir que las mejorías de un cáncer se deben a un milagro?

En la primera consulta el paciente se refiere a un juicio laboral que surge a raíz de que la dueña del taxi para la cual se desempeñaba como chofer intenta modificar sus horarios de trabajo. Sobre el final de la entrevista comenta que desde hace dos años padece una *esclerosis múltiple*.

La esclerosis múltiple es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC) que produce múltiples lesiones en el cerebro y la médula espinal causados por el ataque del sistema inmunitario contra la vaina de mielina de los nervios. Los síntomas orgánicos varían según la localización de las lesiones del SNC. Los síntomas más frecuentes son visión borrosa, visión doble, pérdida de la visión, temblor en las manos, debilidad de las extremidades, alteraciones de la sensibilidad como entumecimientos, hormigueos, o dolor; articulación defectuosa del habla y pérdida del control de los esfínteres vesical y anal.

En la mayoría de los casos los síntomas iniciales suelen ser transitorios y duran sólo varias horas, o pocos días. Después del primer episodio desaparecen y el paciente queda libre de síntomas tras lo cual recidivan. Esta exacerbación y disminución de síntomas, que puede variar de recaída en recaída se produce una y otra vez durante años dejando al principio pocas secuelas; pero, con el tiempo, se convierten en incapacidades permanentes. La medicina tradicional sostiene que el origen de la enfermedad es desconocido. Con el tiempo la mayoría de los casos son mortales y no existe ningún tratamiento curativo específico. La frecuencia de las crisis intermitentes se reduce mediante tratamiento con Interferón B1.

En el transcurso de las entrevistas pudimos ir evaluando que la *vulnerabilidad somática* del paciente es el resultado de la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico producto de vivencias traumáticas relacionadas seguramente con su nacimiento, con su escolarización y con su historia familiar. Las enfermedades psicósomáticas son procesos psicopatológicos caracterizados por síntomas orgánicos; pero, su etiología se ve influenciada por variables psicológicas.

Para ir a lo específico de la pregunta acerca de la cura, digamos que luego de cuatro años de tratamiento psicoanalítico dejó de tomar la medicación con la aprobación de sus médicos neurólogos. Fueron ellos los que detectaron una respuesta inmune adaptativa diferente, que por ello se denomina *resistencia adquirida*. Volner en su libro *Bases de psiconeuroinmunoendocrinología* afirma que la diferencia entre la inmunidad innata y la adquirida reside en la capacidad de discriminación de los sistemas de reconocimiento. Entonces, podríamos suponer que se debe haber producido una evolución de las moléculas de histocompatibilidad que son proteínas que marcan a las células como propias, o foráneas. Se supone que a partir de profundizar la diferencia y el reconocimiento entre unas células y las otras el sistema inmunitario del paciente dejará de atacar a su *propia tropa*.

Digamos entonces que las enfermedades orgánicas –la esclerosis múltiple entre ellas- pueden ser pensadas como alteraciones del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo por acción de una, o varias causas morbosas; pero, ocurren –según nuestras investigaciones- en el momento en que el *aparato psíquico* de los pacientes se halla en un estado profundamente regresivo y por eso Freud en *Más allá del principio del placer* lo describe como: *organismo viviente* y *vesícula indiferenciada* y McDougall en *Teatros del cuerpo* se refiere a la *histeria arcaica*.

A lo largo de la relación transferencial con el paciente asistimos –durante siete años- a procesos evolutivos y regresivos que nos permitieron ser testigos del desarrollo del aparato psíquico, cuestión que se produjo a través de una diferenciación *yo-otro* y una adecuada caracterización *adentro-afuera*. La diferenciación *yo-otro* se logró no sólo a través del material que el paciente iba analizando; sino también a través de la *interpretación*. Cuando sus horas como docente le resultaban insuficientes para mantenerse y había aceptado la propuesta de manejar un taxi, llegó a la sesión diciendo: “vos pensarás que esto es un retroceso” que era como decirme: “vos pensarás lo mismo que yo”. Por supuesto que la interpretación estuvo encaminada a que el paciente escuchara que yo no pensaba lo mismo que él. La indiferenciación *adentro-afuera* que tantas dificultades le producía cuando tenía que percibir qué sentía, o qué pensaba, fue dando lugar a una percepción que le permitió un registro de su interioridad, de los estados tensión-distensión, placer-displacer, enojo-reconciliación, tristeza-alegría, etc.

En una ocasión, el paciente hablaba del desconcierto que le producía sentirse tan sano, poder desplegar una actividad intelectual y física tan gratificante y sin embargo, cuando debía realizar las tomografías que su neurólogo le prescribía periódicamente, se encontraba con que a pesar de

su mejoría clínica, en las imágenes seguían apareciendo pequeñas lesiones en la médula que le producían importantes decaídas en su estado de ánimo.

Resulta sumamente importante una reflexión al respecto porque así como hablábamos de una remisión de síntomas que de ninguna forma implicaba la cura de la enfermedad, el paciente trataba de entender qué significaba la mejoría de su enfermedad sin que desaparecieran los síntomas. Podríamos decir que la cura de los *FPS* –en este caso concreto- implicó una cronicidad de las lesiones. ¿Pero, entonces, qué nos hace pensar en una cura? Que el paciente dejó su trabajo como *tachero* y se desempeña *full-time* como docente en colegios de la ciudad de Buenos Aires y en la Universidad de Buenos Aires. Realizó una investigación sobre temas relativos a su materia y ha publicado un libro. Sigue con su compañera y tuvo su primer hijo. Hace deporte, juega al fútbol una vez por semana. Desde que terminó su tratamiento –hace ya varios años- ninguno de los síntomas orgánicos que caracterizan la esclerosis múltiple lo ha afectado impidiéndole realizar ninguna de las actividades cotidianas que hemos mencionado.

Pretender atribuirnos todo el crédito terapéutico sería improcedente. De allí que podríamos sostener que la cura pasa por el gran trabajo de los médicos neurólogos, la eficacia de la droga, la posibilidad de haber abierto un espacio verdaderamente psicoanalítico, la capacidad de *resiliencia* del paciente. Recordemos que la resiliencia es la capacidad del sujeto de recuperarse frente a la adversidad. El concepto se está usando mucho en los últimos años debido a la importancia que se le empieza a dar a la prevención primaria y secundaria en el terreno de la salud mental. Todos estos factores y alguno más que escapa a mi juicio deben haberse conjugado dando lugar a la cura.-

EJE II: EL TRABAJO DEL PSICOANALISTA

A) ¿A QUÉ APELA COMO PSICOANALISTA, EN EL PRINCIPIO DEL TRATAMIENTO, PARA TRABAJAR CON PACIENTES AFECTADOS POR EL FPS?

La cura psicoanalítica de pacientes con patología psicosomática plantea un par de dificultades. Tal vez sean más; pero, en este momento estoy pensando en dos de ellas. La primera tiene que ver con los primeros casos que Freud abordó, que eran pacientes con patología neurótica. A raíz de esos casos clínicos surge el intento de empezar a teorizarlos. Allí comienzan los estudios acerca de uno de los conceptos que años más tarde Lacan –en el *Seminario 11*- denominaría: *concepto fundamental*. Lo inconsciente es uno de los conceptos fundamentales del psicoanálisis y Freud en sus textos más divulgados: *La interpretación de los sueños*, *Psicopatología de la vida cotidiana* y *El chiste y su relación con lo inconsciente* se encarga de caracterizar exhaustivamente la noción.

La teoría psicoanalítica postula la existencia de ciertas entidades inobservables, ocultas: lo *inconsciente*, el *complejo de Edipo*, el *narcisismo*; cuya supuesta interacción con las entidades observables, el *síntoma histérico* por ejemplo, produce pretendidamente lo que más arriba denominamos: *fenómeno*. Ese es el contenido de la aserción empírica y si dicha aserción es verdadera decimos que la teoría es empíricamente adecuada, que salva los fenómenos.

Van Fraassen en *Desarrollos actuales de la metateoría estructuralista: problemas y discusiones* insiste en que una teoría puede ser empíricamente adecuada porque quiere defender la idea de que toda teoría dice también algo más, dice que el mundo contiene tales y cuales entidades además de las observables; lo cual nos lleva a analizar que una cosa es lo que dice la

teoría sobre cómo son los fenómenos y otra es qué dice la teoría sobre cómo es el mundo y esto Freud lo tiene muy claro cuando sostiene a rajatabla que el psicoanálisis no es una *Weltanschauung*, una concepción de mundo.

Aceptar una teoría nos compromete sólo a creer que es verdad lo que afirma de la parte observable de los fenómenos, no a creer que lo que afirma acerca de lo inobservable también es verdad. En general, sólo estamos justificados de creer en la adecuación empírica, no en la verdad absoluta de una teoría.

Giere en *La explicación de la ciencia* propone considerar a las teorías como medios para definir modelos abstractos que pueden ser aplicados a ciertos sistemas reales. De allí que sugiera que una teoría está compuesta de dos elementos: 1) una población de modelos y 2) varias hipótesis conectando ese modelo con sistemas del mundo real.

Un *modelo teórico* es parte de un mundo supuesto, imaginado. No existe en ningún lugar excepto en la mente de los científicos; o para el caso, de los psicoanalistas. Un modelo es una entidad abstracta y estructurada que representa algo para alguien. Los postulados, leyes y ecuaciones que aparecen en los textos científicos definen estas entidades, entidades que son socialmente construidas y no tienen realidad más allá que la atribuida por la comunidad de científicos y/o psicoanalistas.

¿Por qué se les da a los pacientes psicossomáticos el mismo estatuto que a los neuróticos? Encontramos una respuesta en Feyerabend cuando sostiene en *Contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento* que la experiencia, o los hechos, o los resultados experimentales (o la clínica, podríamos agregar los psicoanalistas), son utilizados como procedimientos de contrastación para medir el éxito de una teoría de tal modo que el acuerdo entre la teoría y los datos empíricos se consideran

como beneficiosos para la teoría (de lo *inconsciente*, diríamos los psicoanalistas), mientras que el desacuerdo la hace peligrar, cuando no podría –incluso– hacerla eliminar. Esta coincidencia –entonces– resulta ser una parte esencial de todas las teorías *inductivas* que precisan que las sucesivas corroboraciones terminen validando *definitivamente* las hipótesis.

Alguien con conocimientos epistemológicos podría sostener que el psicoanálisis no es una *teoría inductiva*, objeción que estaríamos dispuestos a aceptar rápidamente. Freud no trabaja con una cantidad de casos a partir de los cuales saca conclusiones. El fundador del psicoanálisis toma una muestra pequeña y plantea sus hipótesis. Él sostiene que esas elucubraciones no son definitivas y que en el momento que aparezca una mejor concepción teórica se deberá abandonar una teoría en aras de la otra. Su forma de razonar se acerca a lo que Popper unos años más tarde denominaría: *método hipotético deductivo*.

Cien años después de Freud, como bien sostiene Feyerabend, tratamos que los datos empíricos se consideren como beneficiosos para la teoría psicoanalítica, sobre todo la que se refiere a lo *inconsciente* y si bien los epistemólogos advierten que la *contrastación*; es decir, la puesta a prueba de una hipótesis examinando las consecuencias observacionales debería arrojar su conservación y supervivencia, o su refutación y abandono; resulta que los posfreudianos vuelven a una práctica en desuso que es la verificación de las hipótesis. La necesidad de terminar verificando las hipótesis los empuja a pensar que todos los pacientes *tienen inconsciente*, de allí que la técnica para su abordaje debe ser la misma. Escuchando al paciente psicosomático de la misma forma que al paciente neurótico quedaría garantizada la *teoría de lo inconsciente* y la técnica para su abordaje que sería la *atención flotante*.

Ya citamos a Joyce McDougall, ella dice en *Teatros del cuerpo*: “A decir verdad mi interés por la causalidad psíquica en su relación con las pulsiones

libidinales precoces no me llevó inmediatamente a interrogarme sobre las producciones psicosomáticas. (...) Necesité algún tiempo para postular la existencia de una sexualidad aún más primitiva, dotada de aspectos sádicos y fusionales, que quizá fueran el origen de regresiones psicosomáticas que pueden considerarse defensas contra vivencias mortíferas. En este universo, donde se esfuma la distinción entre uno mismo y el otro, no existe más que un cuerpo para dos. A riesgo de provocar confusión terminológica, voy a hablar de *histeria arcaica* para calificar estos síntomas psicosomáticos. Digamos, para diferenciarlos de la *histeria neurótica* que se construye a partir de vínculos verbales; mientras ésta que describo bajo el término de *histeria arcaica* trata de preservar no ya el sexo, o la sexualidad del sujeto; sino su cuerpo entero, su vida y se construye a partir de vínculos somatopsíquicos preverbales”.

Freud relata en *Estudios sobre la histeria* que su paciente Emmy von N. le indicó que no le hiciera tantas preguntas, que la dejara decir por sí misma lo que tenía para contar. De esta manera Freud le da estatuto a la *asociación libre* del paciente que se fomenta desde la *atención flotante* por parte del psicoanalista. La cuestión parece ser bastante contundente: la histeria neurótica supone un nivel de intrasubjetividad que le permite a la paciente explayarse y lo que necesita es ser escuchada. Pero, McDougall nos alerta acerca de una diferencia entre las dos histerias.

Si la *histeria arcaica* es el producto de una regresión psicosomática adónde los vínculos no son verbales, sino preverbales; entonces tenemos que suponer que no existe intrasubjetividad; por lo tanto, el psicoanalista tiene que suplir esa falta haciendo de interlocutor. Aquí la atención flotante debe dar paso a un psicoanalista que no sólo *ponga la oreja*; sino que pregunte, que puntualice, que cuestione si es necesario, que haga *suplencia de otro*.

La presencia o la ausencia del *otro de sí* son imprescindibles para establecer un *diagnóstico diferencial* entre la histeria arcaica o la neurótica -para decirlo

en los mismos términos que McDougall. Para poder recrear y entender la importancia de ese *otro* sugerimos la vista de la película *El naufrago* de Robert Zemeckis, con la actuación antológica de Tom Hanks, papel que le exigió adelgazar 20 kilos y por el cual fue nominado al Premio Oscar 2002. En el filme puede verse cómo la terrible soledad que padece el naufrago -y que inclusive en un momento de su estadía en la isla desierta lo llevan a planear su suicidio- se ve mitigada por un otro que aparece encarnado en una pelota de vóley marca *Wilson*; con ella el personaje dialoga durante toda su estadía en la isla.

Nosotros podemos suponer que el otro de sí no está realmente en la pelota; sino, que es producto del desarrollo de las habilidades del naufrago en lo que hace a la supervivencia, de su capacidad de *resiliencia*, etc. Ubicar al *otro de sí* en la pelota de vóley es una genialidad del director de la película para que el espectador pueda imaginar que a partir de cierto momento el personaje deja de estar sólo para estar *consigo mismo*. Como esto no puede ser filmado, el director utiliza el recurso de la pelota de vóley y ciertamente nos transmite a los espectadores una idea de qué sucede con la subjetividad del personaje. La película muestra con claridad meridiana que cuando el personaje deja de estar solo para estar consigo mismo, la vida en la isla se torna mucho más tolerable.

Ya nos referimos a McDougall, ella sostiene que en la histeria arcaica se esfuma la distinción entre uno mismo y el otro, “no existe más que un cuerpo para dos” –afirmaba. La *indiferenciación yo-otro* le impide al paciente dialogar consigo mismo, como sí sucede en la histeria neurótica y a un sujeto que se le torna imposible hablar consigo mismo le resulta extremadamente difícil realizar una exposición ante otro.

Son innumerables los casos de pacientes que se presentan a la consulta pidiendo que no nos quedemos en silencio “como hacían los otros psicólogos que consultaron”. Esta demanda nos permite evaluar la

sintomatología del paciente y por otra parte nos mueve a suponer que algo debe haber sido muy mal entendido por los psicoanalistas respecto de la *abstinencia psicoanalítica*, a la cual pareciera que se aspira simplemente a partir de quedarse callado.

Decíamos que la cura psicoanalítica de pacientes con patología psicosomática planteaba un par de dificultades: la primera de ellas es darle a los pacientes psicosomáticos el mismo estatuto que a los neuróticos. La segunda dificultad está relacionada con la primera y tiene que ver con la *dogmatización de la teoría* y con el hecho que muchas teorías psicosomáticas provienen del campo de la medicina.

Recordemos que la noción de “paciente psicosomático” se origina en el ámbito médico, en la Alemania de comienzos del siglo XX, con lo cual tenemos un plus que es la complejidad que se genera en el cruce de diferentes saberes. Von Weizsäcker se doctoró en la Universidad de Heidelberg, en 1917 ocupó la Cátedra de Medicina Interna y en 1930 fue nombrado Catedrático de Neurología. Años más tarde sería nombrado también Catedrático de Medicina Clínica General. Muy influido por las teorías psicoanalíticas de Freud, buscó la relación de éstas con las enfermedades y los trastornos orgánicos. Pero Weizsäcker no desea fundar una teoría psicosomática especial; sin más bien una antropología médica global. Resulta elogiable el intento del médico alemán de romper con la formación ortodoxa y academicista de sus colegas empujándolos a pensar los beneficios de una lectura freudiana; pero cayendo en la contradicción de suponer que una medicina psicosomática podría subsanar los errores de la medicina clásica.

El planteo del médico alemán termina siendo ecléctico; es decir, intenta utilizar el aporte freudiano para sumarlo al de la medicina tradicional, o para justificar la fundación de una medicina psicosomática; sin entender que el

planteo freudiano implica necesariamente una subversión del discurso positivista.

Dijimos que un modelo teórico es parte de un mundo supuesto, imaginado. No existe en ningún lugar excepto en la mente de los científicos; o para el caso, de los psicoanalistas. Un modelo es una entidad abstracta y estructurada que representa algo para alguien. Los postulados, leyes y ecuaciones que aparecen en los textos científicos definen estas entidades, entidades que son socialmente construidas y no tienen realidad más allá que la atribuida por la comunidad de científicos y/o psicoanalistas.

Si se supone que el modelo teórico tiene un estatuto positivista no resulta muy difícil caer en lo que Freud comenta en *Psicoanálisis silvestre* cuando se refiere a un médico que a raíz de que su paciente -una mujer de 45 años que luego de haberse separado de su marido- padecía estados de angustia, le explica que la causa de su padecer era la necesidad sexual. El médico – para reafirmar su diagnóstico- le decía a su paciente que su opinión se basaba en los descubrimientos de Freud, poniendo en evidencia la *dogmatización de la teoría*. Una teoría se dogmatiza cuando se pasa del “como sí” al “sí”, y del “sí” al “por lo tanto”; o cuando se deja de pensar en la ficción que se ha elegido para creer que existe la posibilidad de *suturar* la teoría a los fenómenos.

Cuando la teoría se sutura a los fenómenos nos encontramos con que los pacientes *tienen* inconsciente, de allí que el modelo teórico deja de ser parte de una mera especulación y se lo idealiza. La idealización de la teoría genera una técnica que consiste en contarle al paciente lo que dice a la teoría, como si el paciente estuviera afectado por el *mal de la ignorancia* y la cura pasara por esclarecerlo acerca de lo que le sucede.

Claro, en el terreno de la medicina, cuando un paciente se fractura, el médico hace el diagnóstico y se lo comunica, luego procede con la

terapéutica indicada. Este procedimiento del médico en lo que hace a la comunicación del diagnóstico no le ocasiona ningún inconveniente; ahora, cuando damos un salto transdisciplinario desde la medicina hacia el psicoanálisis, el tema de la comunicación al paciente queda cuestionado y es necesario interrogarlo, de allí que –más adelante- nos vamos a detener y explayar en la *interpretación y la construcción en psicoanálisis*.

Tal vez, el ejemplo que citamos sobre el médico que ha adherido a la teoría psicoanalítica y pretende develar lo inconsciente oculto contándole a la paciente que su angustia proviene de la libido insatisfecha nos termine resultando simpático; sin embargo, aunque de forma más sofisticada, en la actualidad se sigue procediendo de la misma forma.

Chiozza en *¿Por qué enfermamos?* relata que Alfredo es un hombre de 45 años que se siente despreciado y exigido por una esposa que le reprocha su escasa capacidad de ganar dinero. Dentro de la firma comercial en la cual trabaja esperaba un futuro mejor y se siente cada vez más defraudado. Por sus manos de cajero desfilan los billetes ajenos que desearía poseer. Logra a duras penas que el resentimiento y la envidia que experimenta por sus empleadores –familiares de su mujer- no se transparente y aparezca en su conciencia. Pocos días antes de que se desencadenara el dolor en su mano se descubrió que otro familiar que trabaja en la firma robó una importante suma de dinero y a pesar de que el dinero no pudo ser recuperado, la persona fue perdonada. Entonces, por primera vez se asomó en la conciencia de Alfredo el deseo de robar, deseo angustiante y por lo tanto – sostiene Chiozza- reprimido. La mano culpable es la que hoy le duele al haber hecho una *neuralgia*.

El médico psicoanalista al cual concurre Alfredo le explica el simbolismo de los síntomas y su vinculación con los episodios biográficos a raíz de lo cual queda convenida una segunda entrevista posterior a los fines de resolver y elaborar esta situación de un modo más completo. Según Chiozza el

paciente no concurrió a la entrevista comunicando que el médico se había equivocado completamente respecto del enfoque de la enfermedad y que otro colega lo había curado de sus dolores mediante la administración de un analgésico. Resulta verdaderamente extraño que frente a este desenlace Chiozza sostenga que “el objetivo terapéutico quedó acabadamente cumplido en cuanto al motivo de la consulta”.

El médico-psicoanalista-observador creyó llegar a una verdad última; sin embargo, no tuvo en cuenta cómo podía hacer el paciente para incorporar ese saber de manera que le resultara terapéutico. Al ser comunicado como verdad absoluta desencadenó las *resistencias* del paciente que terminó huyendo de un saber que lo único que logró es despertar su angustia, ya que lo que se le comunica le resulta absolutamente ajeno. Creo que los ejemplos mencionados: el de Freud en *Psicoanálisis silvestre* y el de Chiozza en *¿Por qué enfermamos?* abren el desafío de repensar las estrategias clínicas.-

B) ¿ENTIENDE QUE LAS CONSTRUCCIONES EN PSICOANÁLISIS FORMAN PARTE DE UN TRABAJO INDISPENSABLE EN ESTOS CASOS? ¿POR QUÉ?

Si la pregunta se refiere a que las *construcciones en psicoanálisis* son indispensables en los casos relacionados con los *FPS* respondo que no sólo son necesarios en estos casos; sino, en todos los casos vinculados al psicoanálisis. Lacan en 1964 se refirió a los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis: *pulsión, repetición, inconsciente y transferencia*; creo que debió haber incluido a las *construcciones* como una más de esas nociones capitales.

Claro, tal vez él necesitaba jugar con el número cuatro ya que antes en 1955, en *El seminario sobre "La carta robada"* había hecho referencia al *Esquema L*, que tiene cuatro esquinas y luego en 1964, se refiere a los *Cuatro conceptos fundamentales* y en 1969 introduce la idea de los cuatro discursos. De todas formas, Lacan no ignora la noción de construcciones y por eso en uno de sus escritos: *La dirección de la cura y los principios de su poder* sostiene que el psicoanalista no es libre en aquello que denomina estrategia y táctica; su política debería consistir –dice enigmáticamente- en ubicarse más por su falta en ser que por ser.

Qué quiere decir Lacan cuando sostiene: "El psicoanalista no es libre en aquello que denomina estrategia y táctica". Entendemos que se trata de una metáfora militar que pone sobre el tapete la idea que el psicoanalista debe dirigir la cura y no de cualquier forma, cuestión que parece obvia si no fuera porque la *transferencia*, las *resistencias*; inclusive, las *reacciones terapéuticas negativas*, implican en la práctica la zozobra del psicoanalista en lo que es su objetivo. "Su política –dice también Lacan- debería consistir en ubicarse más por su falta en ser que por ser". Cuestión que tiene que ver con algo que Freud comienza a desarrollar en *La dinámica de la*

transferencia donde la vinculación entre el paciente y el psicoanalista empieza a ser pensada como una relación ternaria; es decir, una relación donde la figura del psicoanalista se diferencia de su persona.

Freud sostiene en *Construcciones en psicoanálisis* que el trabajo de la cura consiste en que el paciente abandone las *represiones* que pertenecen a la primera época de su desarrollo y logre reemplazarlas por reacciones acordes a su madurez psíquica. De allí que buscamos en el desarrollo de la cura una imagen del paciente de los años pasados, que ha quedado velada por el olvido, que sea –afirma Freud- verdadera y completa. ¿Cuál es entonces la tarea del psicoanalista? Su labor es hacer surgir lo que ha sido olvidado, o mejor dicho, *construirlo* –dice Freud. De allí seguramente surge el concepto. El tiempo y modo en que transmite sus *construcciones* a la persona que está siendo psicoanalizada, así como las explicaciones con las que las acompaña constituyen el nexo entre el trabajo del psicoanalista y la elaboración del paciente.

De acuerdo a estos conceptos podríamos suponer que la *construcción* es algo así como una *interpretación*. Lo sostiene el mismo Freud en el texto que estamos analizando. Él dice que si en los trabajos sobre técnica psicoanalítica se dice tan poco acerca de las *construcciones* es porque en lugar de ellas se habla de las *interpretaciones* y de sus efectos. Un lector desprevenido podría suponer que el autor está homologando construcción con interpretación.

¿Resulta pertinente suponer que aquel que postula la *condensación* y el *desplazamiento* como leyes del decir, quedara excluido de ellas en el momento en que toma la palabra? Nosotros hemos sostenido desde hace muchos años que para leer a Freud hay que hacerlo desde su propia teoría; es decir, aplicando a la elaboración de su pensamiento el mismo método de interpretación que Freud emplea para lo que sucede en el orden psíquico.

Entonces, más allá de la homologación que Freud está manifestando entre *construcción* e *interpretación* nos quedamos con otra idea suya que no exhaustiva: que la construcción es una labor preliminar. Idea que también anda rondando en el texto, cuando el autor sostiene: no pretendemos que una construcción sea más que una conjetura que espera examen, confirmación, o rechazo. No pretendemos estar en lo cierto, no exigimos una aceptación por parte del paciente, ni discutimos con él si en principio la niega.

Creo que no podemos introducirnos en la noción de *Construcciones en psicoanálisis* desentendiéndonos de lo que el fundador del psicoanálisis plantea unos años antes, precisamente, en 1920, en *Más allá del principio del placer*. Freud dice allí que luego de veinticinco años de intensa labor los objetivos de la técnica psicoanalítica son muy diferentes que en los inicios. En los albores de nuestro desarrollo el psicoanalista no aspiraba a otra cosa que a develar lo inconsciente oculto, reunirlo y comunicarlo en el momento adecuado. Afirma Freud: el psicoanálisis era una ciencia de la interpretación.

¿Qué lo lleva a cuestionar el tema de la interpretación, o de la construcción comunicada al paciente? Que el paciente puede no recordar todo lo que ha sido reprimido y de esta forma no se convence de la exactitud de la construcción que se le comunica, quedando obligado a repetir lo reprimido como un suceso actual, en vez de ser recordado y puesto en palabras como un suceso del pasado. Veamos un ejemplo de construcción que Freud utiliza en el texto *Construcciones en psicoanálisis*.

Dice Freud que le dice a un paciente: “Cuando usted tenía unos pocos años se consideraba como el único beneficiario del amor de su madre; entonces llegó otro bebé y le trajo una gran desilusión. Usted se sintió abandonado por su madre y ya nunca pudo volver a tener esa exclusividad que tuvo siendo único hijo”. Freud percibe que en el intento de levantar la represión

por la presentación de la construcción genera nuevas resistencias, también sostiene que se producen repeticiones, o *acting-out*.

Por un camino diferente hemos tropezado con las mismas dificultades que enunciábamos en el desarrollo de la respuesta anterior. La teoría psicoanalítica postula la existencia de ciertas entidades inobservables, ocultas: para la ocasión estamos refiriéndonos al *complejo de Edipo*. En el caso de la *construcción* que Freud comunica a su paciente le refiere el tema del mencionado complejo, aludiendo a la rivalidad y los celos fraternos, etc. Freud le termina hablando al paciente de la teoría y el paciente se ve en la imposibilidad de elaborar psíquicamente lo que el fundador del psicoanálisis intenta aportarle.

Frente a estas dificultades resulta interesante el análisis de un texto contemporáneo al de *Construcciones en psicoanálisis*; más precisamente, *Análisis terminable e interminable*, donde Freud sostiene que preparamos el camino para la concientización por las interpretaciones y construcciones, pero interpretamos sólo para nosotros y no para el paciente en tanto el yo se aferra a sus antiguas defensas y no abandona sus resistencias.

Nos llama poderosamente la atención esta idea de una *interpretación* que no se comunica al paciente, una *interpretación* que funciona sólo para el psicoanalista. Esta idea nos permite afirmar que en un tratamiento psicoanalítico sólo puede haber un adecuado desarrollo de acuerdo al desarrollo que haga el psicoanalista. Por otra parte, dichos desarrollos al tomar estatuto de *construcciones* no deberían ser comunicadas al paciente. En este sentido, decimos que la *construcción* es el intento de resguardar la distancia que en psicoanálisis existe entre teoría y clínica. La construcción es una teorización que hacemos acerca de nuestro paciente. De allí que se impone mencionar –muy sucintamente- cómo se ha teorizado a lo largo de la historia de la ciencia.

Desde la época de Aristóteles se consideraba que el *método inductivo* era el que caracterizaba a la ciencia. A partir de sus minuciosos trabajos en el terreno de la biología donde a partir de la observación de numerosos ejemplos se permitía establecer una generalidad, una ley que los abarque a todos. El razonamiento acerca de la realidad consiste en establecer un nexo entre un hecho presente y otro inferido, entre un conjunto de hechos conocidos y una ley que legisla acerca de hechos no conocidos directamente, ya sean pasados, presentes, o futuros y que sostiene que en ellos se cumplirá siempre el mismo nexo ya observado entre los que se conocen.

Popper revoluciona la concepción tradicional de la ciencia al afirmar que las hipótesis científicas no se obtienen por generalización inductiva a partir de la observación de casos; él sostiene que el proceso es más bien a la inversa: primero realizamos conjeturas sobre el mundo y después nos dirigimos a él para *contrastarlas*. La formulación de conjeturas precede a la observación, puesto que la misma es siempre selectiva, está guiada por nuestras necesidades, o por nuestro deseo de resolver un problema. Popper, vienes contemporáneo de los intelectuales del Círculo de Viena, con cuyos miembros sostuvo una permanente polémica ya que su filosofía no era empirista y, por lo tanto, tampoco era inductivista publica en 1934 su libro *La lógica de la investigación científica*. Poco tiempo después Popper corrido por el nazismo debe emigrar a Nueva Zelanda donde ejerce la docencia y permanece de alguna manera aislado hasta 1946.

Por otra parte, Freud sostiene en 1915, en *Los instintos y sus destinos* que la pulsión es nuestra convención, un acuerdo a partir del cual partimos para fundar una teoría. Freud está afirmando que una ciencia parte siempre de convenciones para luego derivar teorías. Para él tampoco se va de los hechos a las hipótesis; sino que siempre se interroga a los hechos partiendo de alguna premisa.

Recordemos que hacia 1895 cuando Freud empieza a analizar sus primeras pacientes histéricas, empieza también a suponer que la neurosis es producto de un conflicto que se genera entre el yo y la sexualidad. Freud no esperó a tener una cantidad importante de casos para comenzar a teorizarlos en base a generalizaciones. Con el transcurso del tiempo Freud va a sostener que el conflicto entre el yo y el sexo no constituye una hipótesis necesaria y que no es más que una construcción auxiliar que mantendría mientras le fuera necesaria. No deja de llamar la atención cómo Freud ya en 1915 llega a esbozar el método hipotético deductivo como instrumento de conocimiento del psicoanálisis, claro que sin darle ese nombre que Popper utilizara diecinueve años después en *La lógica de la investigación científica*.

¿De dónde obtiene Freud conocimientos epistemológicos tan avanzados? Primero, aclaremos que si nos referimos a la “epistemología” es porque en nuestro país se utiliza dicho concepto siguiendo la tradición de la filosofía francesa. Recordemos dos libros de Bachelard que se han vuelto clásicos desde los albores del nacimiento de la carrera de psicología en La Argentina: *La formación del espíritu científico* y *Epistemología*. Aclaremos también que lo que nosotros denominamos “epistemología” en Alemania se denominó “filosofía de la ciencia”.

En 1874 Freud se había inscripto en la facultad de medicina de la Universidad de Viena y además de seguir las clases de física, fisiología, anatomía, química y zoología, encuentra tiempo para asistir a los cursos semanales dictados por el ilustre filósofo y psicólogo Franz Brentano. En el momento que Freud se pone en contacto con Brentano, éste gozaba de un gran prestigio, ya se había distinguido por la tesis de 1862 sobre *Las múltiples significaciones del ser en Aristóteles* y por sus lecciones impartidas desde 1866 en la Universidad de Würzburg.

Arribamos al gran problema que nos presenta el psicoanálisis en tanto se trata de una práctica que se lleva a cabo en la clínica. El problema –le

hemos estado dando vueltas a la cuestión- es cómo puede hacerse esa práctica a partir de una *teoría hipotético-deductiva*; es decir, cómo se puede operar con una teoría que no brinda certezas para operar.

Vamos a relatar la forma en que una persona llega a pedir un tratamiento psicoanalítico. En la primera consulta una mujer joven se queja de tener problemas para relacionarse con su pareja que es un hombre divorciado con un hijo de ocho años. El hombre debe hacerse cargo de su hijo los fines de semana cada quince días lo cual genera muchas expectativas en la joven que tiene que estar pendiente si al hombre le toca estar con su hijo, o no; lo cual moviliza todos sus planes de *week-end*. Luego habla de dos tratamientos y dos viajes. Al ser interrogada sobre cómo suceden, cronológicamente hablando, estos hechos responde que no lo había pensado hasta este momento; pero, ahora se da cuenta que con cada viaje había interrumpido los tratamientos que estaba realizando en esas ocasiones.

En la segunda entrevista cuenta que el año anterior había concurrido a entrevistar a un psicoanalista y le había dicho que se quería analizar. Como consecuencia del pedido el psicoanalista la acepta como paciente y le indica que se recueste en el diván; entonces, ella le dice que no va a seguir viniendo. La muchacha dice que le dijo al psicoanalista –textualmente: “no voy a seguir viniendo”.

A partir de esta segunda entrevista –tal vez antes; pero, con el fin de ordenar el relato digamos que a partir de este momento, no podemos dejar de preguntarnos: ¿cómo puede ser que haya interrumpido dos tratamientos a partir de sus viajes y no se haya dado cuenta de ello? Porque eso es lo que dice puntualmente. Por otra parte, el tercer intento que no va más allá de las entrevistas iniciales, presenta un aspecto interesante: la muchacha avisa que no va a seguir viniendo, con lo cual parece introducir algún elemento del registro del lenguaje. La chica dice:

“(Yo) le dije que no voy a seguir viniendo”.

La cuestión es que cuando ella aparece relatándole este episodio a un interlocutor, la oración tendría que haber sido enunciada de una manera distinta. Por ejemplo, podría haber sido formulada así:

“(Yo) le dije que no iba a seguir yendo”.

Cuando ella relata lo que le dijo al psicoanalista utiliza, ante quien habla, la misma oración que había utilizado en aquella ocasión. El “viniendo” es un gerundio que le da actualidad a la acción. Nos encontramos con un presente que se extiende ilimitadamente sin darle espacio ni al pasado, ni al futuro. Lo que esta muchacha hace: levantarse y mandarse a mudar es algo que está haciendo-todo-el-tiempo. Nos interesa la cuestión gramatical en la medida que nos permite seguir armando conjeturas e introducir unas preguntas más: ¿a quién le está hablando? Por otra parte, ¿qué resistencias se juegan como para que la joven interrumpa una y otra y otra vez su análisis?

Como se puede evaluar y según lo que Freud enunciaba vamos esbozando una *construcción* que tiene algo de preliminar; esto quiere decir que vamos avanzando en un conocimiento que va más allá de lo que la joven conoce; inclusive más allá de lo que pueda imaginar. Resulta contundente al respecto la frase que ella utiliza frente a la pregunta acerca de cómo había sido la cronología de sus tratamientos y sus viajes, cuando ella responde: “no lo había pensado”.

La situación también nos coloca frente a la posibilidad de comunicarle a la joven la *construcción*. Sucede que sus acciones están muy cercanas al *acting-out* y por eso seguimos al Freud de *Análisis terminable e interminable*, cuando sostiene que preparamos el camino para la concientización por las interpretaciones y construcciones, pero interpretamos sólo para nosotros y

no para el paciente en tanto el yo se aferra a sus antiguas defensas y no abandona sus resistencias.

Obsérvese que entramos de lleno en el planteo de Lacan acerca del psicoanalista dirigiendo la cura. Esto no significa que estemos dirigiendo la cura; pero, las preguntas que hemos introducido, la decisión de no comunicarle nada nos permite mínimamente que la muchacha no nos lleve *de las narices* como hizo con el último psicoanalista.

Habíamos afirmado que la *transferencia*, la *repetición*, las *resistencias*; inclusive, las *reacciones terapéuticas negativas*, implican en la práctica la zozobra del psicoanalista. Justamente, las *construcciones* realizadas hasta aquí nos permiten entender que se está dando una situación transferencial, se están produciendo repeticiones motorizadas seguramente por la pulsión y a pesar de estar transitando las primeras consultas nos encontramos con elementos propios de las resistencias que en dos ocasiones han llevado a la paciente a interrumpir el tratamiento y en una tercera ocasión ha sido abortado en la primera consulta. No estamos pudiendo dirigir la cura; pero, convengamos que las *construcciones* realizadas nos permiten ponernos en sintonía con lo que está sucediendo.

Y ya que mencionamos la repetición y la pulsión nos parece importante una noción de Freud, quien sostiene en *Más allá del principio del placer* que es evidente que los procesos desligados, o primarios, producen sensaciones mucho más intensos que los ligados, o secundarios; por lo cual llegamos al resultado realmente complejo de que la aspiración al placer se manifiesta más intensamente al principio de la vida que después. Con estos criterios podemos suponer el porqué de una elección que se materializa con la huida.

Freud sostenía que no aspiraba a otra cosa que a develar lo *inconsciente* oculto, reunirlo y comunicarlo en el momento adecuado. Acá tenemos que abrir un campo de teorizaciones diferentes a las relacionadas con lo

inconsciente. Este caso que estamos describiendo no trata de una paciente psicossomática; pero, convengamos que su tendencia al *acting.out* evidenciaba un aparato psíquico en un estado de profunda regresión.

Los viajes, las interrupciones de los tratamientos el tercer intento de tratarse; inclusive, el cuarto intento, ya que si bien por un lado la muchacha solicita analizarse conmigo, por otra parte anuncia que no va a seguir viniendo. Tenemos conocimiento de unas cuantas cuestiones relacionadas con la conducta de la paciente; pero, decidimos no comunicarlas porque es la paciente la que tiene que acceder a un saber: ¿quiere analizarse, o no puede? Si quiere analizarse tiene que dejar de irse. Si quiere analizarse tiene que empezar a hablar porque de eso se trata en un análisis.

Por eso –ahora sí tratando de dirigir la cura- decido hacerle una pregunta que condensa todas estas cuestiones teóricas que estamos planteando; aunque, por otra parte, es una pregunta que tiene que ver con lo que ella está relatando y que la pone en posición de preguntarse por lo que hace, por lo que le pasa. La pregunta es:

“Y usted por qué cree que siempre termina yéndose”

Las entrevistas siguientes transcurren con una queja constante debido a que ella dice haber pedido un análisis y, sin embargo, no ha sido aceptada como paciente. La queja parece ser una manera de disimular el hecho de que no ha podido encontrar una respuesta a la pregunta formulada.

A pesar de no tener una respuesta puntual a su pedido de análisis la chica continúa asistiendo a las entrevistas. El diálogo que se ha instaurado en estas entrevistas jamás podría ser homologado al que se produce cuando una persona sube a un colectivo y le indica su destino al chofer. ¿Por qué

será que pretendiendo embanderarse en el psicoanálisis, ciertos psicoanalistas continúan manejándose como colectiveros?

Luego de varias entrevistas, la chica llega al consultorio afirmando que había estado pensando en la pregunta que le había hecho y dice:

“Yo me voy cuando...”

No nos interesa tanto el enunciado como el hecho de que ha pasado al relato el acontecimiento. La paciente –ahora justificadamente podemos denominarla así- nos acerca una respuesta, la causa que podría explicar sus idas y vueltas. Por supuesto que la explicación queda más allá de lo que puede ser leído como verdadero, o falso, asistimos a lo que Lacan en *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis* denomina: nacimiento de la verdad en la palabra.

La importancia de la causa que la paciente nos acerca radica en que en la respuesta que ella formula parece encadenarse la energía del proceso primario. La descarga motora, en términos clínicos, la huída, se trastoca en descarga en palabras, con lo cual aquella aspiración al placer que –según Freud- se manifestaba tan intensamente al principio de la vida queda perdida. Eso que se pierde en el anudamiento entre la energía y las huellas mnémicas Freud lo llama *das Ding* y al perderse da origen al nacimiento del deseo, permitiendo también el ingreso a la cultura.

Creo que esta viñeta clínica nos afirma en la idea de que la cura consiste en una obra que se lleva a cabo en dos escenarios diferentes. El diálogo analítico en uno de ellos, las conjeturas del psicoanalista por el otro destacando que lo *inconsciente* no se deja traducir por el intérprete, ya que lo *reprimido* no es susceptible de ninguna aprehensión inmediata. Por otra

parte, resultaba el momento indicado para evaluar que Freud desarrolló diferentes ideas acerca del funcionamiento psíquico que le permiten pasar de una teoría a otra cuando las hipótesis que sostenía no lograban explicar los nuevos datos observados. Lo que entiendo resulta complejo de la refutación que Freud utiliza es que el pasaje de un conjunto de conceptos previos a otro no significaba necesariamente que la segunda teorización reemplazara definitivamente a la primera. Cuando Freud proponía nuevos conceptos no tenía intención de dejar de lado los antiguos; más bien, especulaba correctamente que es posible comprender con mayor claridad cierto conjunto de datos utilizando un particular marco de referencia, mientras que el otro conjunto de datos quedaba en espera para su elucidación.-