

El Soma y la Disociación Un caso de Enfermedad Psicosomática Grave

VICTOR
RAGGIO

RESUMEN Y PROPOSITO. Este trabajo tiene dos finalidades básicas: una teórica y otra práctica. La primera consiste en poner sobre el tapete los problemas epistemológicos fundamentales, esbozar la base biológica y, principalmente, reactualizar los mecanismos psicopatológicos de las afecciones psicosomáticas. La segunda, tomando como pretexto un interesante material clínico, intenta promover nuestra reflexión acerca de los recursos teóricos y técnicos con los que nos manejamos habitualmente en el ámbito de los disturbios aludidos, con la aspiración última de ampliar nuestros dispositivos terapéuticos.

SUMMARY AND PURPOSE. This essay has two basic aims; one of them theoretic and the other practical. The former consist in looking into the matter of the fundamental epistemologic problems, sketching the biological base and, psychologic mechanisms of the psychosomatic troubles. The latter, giving as a pretext an interesting clinical material, tries to move us to consider the theoretical and technical resources we usually manage surrounding the mentioned handicaps, having as the latest ambition to increase the therapeutic methods.

INTRODUCCION MEDICO - PSICOLOGICA. Como cosa previa deseo explicitar algo que siempre quise hacer, (sin saber cómo y dónde) puesto que no estoy seguro de si realmente existe una adecuada idea —entre aquéllos que no se interesan específicamente en el área— de la extensión, trascendencia y variedad de las manifestaciones psicosomáticas. Por esta razón, y sobre la base de mi experiencia como médico internista, articulada luego al psicoanálisis, estoy tentado a resumir situaciones “médicas” donde, a mi juicio, lo psicológico es preponderante o, por lo menos, juega un rol protagónico. Presentaré el bosquejo con apariencia de clasificación para hacerlo más accesible al lector, reconociendo los defectos derivados de este tipo de presentación, sobre todo, la ilusión de una drástica separación entre afecciones y procesos dialécticamente interconectados e interactuantes.

Dr. VICTOR RAGGIO. Ramón Ortiz 2958. Montevideo, Uruguay.

1) Para no observar las hojas y desestimar el bosque, colocamos al comienzo dos enfermedades que de por sí ubican como "psicosomáticos" a cerca de la mitad de la población: la obesidad y la hipertensión arterial "esencial".

2) Continuando nuestro itinerario de lo general a lo particular, mencionamos en un lugar de destaque las enfermedades malignas de todo tipo en las que el factor psicológico, actuando de variadas maneras, es elemento determinante, desencadenante o coadyuvante. Más adelante abundaremos al respecto.

3) Las "enfermedades de sistema" (vásculo-conjuntivas) fueron las primeras que me alertaron, hace ya treinta años (aclaro que aún no me había recibido) sobre el inmenso potencial patógeno de la mente. Recuerdo que había iniciado un trabajo al respecto con una destacada colega internista, que lamentablemente quedó trunco por circunstancias ajenas a nuestro deseo, allá por el año 1973.

Entre estas afecciones ubico no solamente al lupus eritematoso, la periarteritis nudosa, etc., sino también la artritis reumatoidea, la fiebre reumática, las glomérulo-nefritis agudas y crónicas, así como múltiples formas intermedias.

4) Si hablásemos de "cirugía psicosomática", reconoceríamos con justificada alarma al espectro que va desde los cuadros apendiculares psicógenos (que suman tres cuartas partes, operación mediante), hasta la inmensa pléyade de pacientes que fuerzan a sus médicos y cirujanos a efectuar diagnósticos que implican la necesidad de "cortar".

Podemos incluir, además, en la esfera de lo quirúrgico, aunque no siempre tengan sanción de este tipo, el extenso campo de la traumatología y la urología.

5) La ginecología es fértil terreno para los desarreglos psicosomáticos: esterilidad, frigidez, patología del embarazo y el parto, culminando, una vez más, por vientres incindidos por presuntos quistes o "fibromas" muchas veces inexistentes, precedidos de "delirios radiológicos" (tal la fuerza del deseo del paciente que, invadiendo psíquicamente al cirujano y al radiólogo logra su propósito autodestructivo) y, por supuesto, no podría faltar a nuestra cita la inefable y hoy omnipresente cesárea, precipitada, entre otras cosas, por pertinaces "presiones psicológicas" de las parturientas.

6) Dermatología y alergología son sitios de privilegio para el florecimiento de las enfermedades que hoy nos ocupan.

7) Las dolencias de la nutrición y del aparato digestivo nos ofrecen desde siempre los trastornos "funcionales" de la digestión, las úlceras gastroduodenales y la colitis ulcerosa, a más de la patología hepática (que será tema central de este trabajo). Creo, por cierto, que las llamadas "anorexias mentales" deben incluirse en los desórdenes psicosomáticos referidos a esta especialidad.

8) El aparato respiratorio aporta el "asma esencial". En el grupo del asma "simtomática" destaco la de la periarteritis nudosa, que me permite alertar, además, sobre el inmenso campo de los trastornos inmunológicos presentes en todo aparato y sistema.

9) En el fascinante ámbito de la hematología he observado el desencadenamiento de afecciones —básicamente la leucemia aguda en el niño— en circunstancias psicológicas muy particulares. En una oportunidad, a raíz de esta enfermedad, una brillante hematóloga se refirió a los disturbios citológicos leucémicos como a “la locura de la célula” (¿no habrá algo de verdad en esto?)

10) No todo lo que el sistema nervioso exhibe está relacionado con la patología vascular; enfatizamos, como muchos lo han hecho, la importancia crucial de los síndromes epilépticos como atormentado y riquísimo lenguaje corporal. Existen, en otro orden de cosas, enfermedades que, a nuestro juicio, deben incluirse, hasta demostración de lo contrario, en el campo psicosomático; pensamos en este instante en la esclerosis en placas o esclerosis múltiple.

11) En el terreno de las enfermedades infecciosas el desencadenamiento y la evolución de las mismas, abatimiento defensivo mediante, están signados por las vicisitudes de la conflictiva psíquica (recuerdo mis amigdalitis y faringitis cuando mis padres se iban al cine o cerraban la puerta del dormitorio, o, ya de adulto, en vísperas de mi casamiento).

Y la mentada conflictiva ¿no tendrá que ver con la aparición de algún tipo de misteriosa resistencia a la terapéutica antibiótica? (o a cualquier medicamento en cualquier especialidad, psiquiatría incluida).

12) El aparato cardiovascular ha sido privilegiado reducto de la patología psicosomática. La “tormenta vascular”, como llamo desde hace años a este tipo de sintomatología, se puede hacer patente bajo la forma de oclusiones coronarias con o sin infarto, accidentes vasculares, enfermedades de sistema, crisis hipertensiva (entre ellas la eclampsia) o diversas vascularitis restringidas o difusas.

13) Sistema locomotor es sinónimo de “lugar paradisiaco” como albergue de los trastornos que hoy nos ocupan. Pensemos en los “reumatismos” típicos o atípicos, las miositis, las artritis, tendinitis, bursitis, etc., hasta encontrarnos con los clásicos y populares “problemas de columna”.

14) La endocrinología es campo feraz para manifestaciones psicosomáticas; a mi juicio son indudables en patología tiroidea y suprarrenal y en la enigmática diabetes.

15) Por último, firmemente convencidos de que la lista es incompleta, deseo referirme a la frecuentísima eclosión de componentes psicosomáticos en el transcurso del proceso analítico; estoy seguro —como lo expresan Gladys Tato y Susana Balparda en “las dos caras de un mismo problema”, trabajo publicado en esta misma revista— que el análisis de este material puede ser clave decisiva para descifrar diversas incógnitas de la conflictiva de nuestros pacientes.

CONSIDERACIONES TEORICAS PREVIAS

I) PREMISAS EPISTEMOLOGICAS: Hay una esencial, que queremos dejar bien

clara: cuerpo y mente no son dos cosas diferentes desde el punto de vista ontológico; por lo contrario, ambas son lo mismo, a pesar de sus cualidades distintas, como manifestación de la materialidad del ser humano. Consideramos, pues, que son hechos psicológicos los que acontecen en las tres áreas de la conducta, de acuerdo a Pichon-Riviere y Bleger, o sea, mente, cuerpo y mundo externo; se trata de fenómenos concomitantes que son, en última instancia, uno solo, pudiendo revelarse o prevalecer en una de tales áreas.

Con esta concepción teórica, afirma Bleger, se supera el dualismo mente-cuerpo, amén de otras disociaciones, "ya que los fenómenos de las tres áreas son siempre y, al mismo tiempo, biológicos, psicológicos y sociales (...) Es siempre un fenómeno único, humano" (...) "la conversión pierde así su naturaleza enigmática, ya que no se convierte lo psíquico en somático dado que todo fenómeno psíquico es también somático" (1).

II) FUNDAMENTO BIOLÓGICO: Las ciencias biológicas muestran con argumentos humorales cómo todo fenómeno psicológico tiene un correlato somático y viceversa, con lo que la premisa epistemológica, queda avalada en forma irrecusable. Pero aún hay más; en lo atinente a los fenómenos psicológicos se ha comprobado fehacientemente cómo el "stress" determina el derrumbe de las barreras inmunitarias, menoscabando las defensas del organismo (2). El impacto es acusado en las estructuras hipotalámicas del cerebro, reflejándose de inmediato en la vecina hipófisis con el corolario de una acrecentada secreción de glucocorticoides, adrenalina y encefalina por parte de la suprarrenal. El efecto de este intrincado mecanismo consiste en la caída de la respuesta inmunitaria. Es pertinente aclarar, además, que la comunicación entre el eje hipotálamo-hipofisario con el sistema inmunitario no es simple y lineal, denotando infinitas interacciones, antes de arribar al naufragio de la barrera inmunitaria.

Debemos destacar, y esto es lo más importante, que el fenómeno antedicho no se produce solamente por los efectos nocivos del mundo externo, sino que los conflictos y peripecias del mundo interior promueven consecuencias similares. Esto se ha demostrado experimentalmente en estudios epidemiológicos del cáncer en pacientes con caracteres depresivos.

Refiriéndonos en particular a los tumores malignos, la depresión inmunitaria entorpece la acción de células muy especiales pertenecientes a la serie blanca: las células NK, o linfocitos T, llamadas "células asesinas", (2), (3) cuya misión primordial es suprimir células anormales del organismo, entre ellas, las cancerosas.

El tema es apasionante; este esbozo deja el camino expedito para los que deseen profundizar en este tópico.

III) PSICOPATOLOGIA BASICA: Creo que debemos partir de conceptos claros, precisos y clínicamente demostrables. Dejemos que Winnicott, a partir del concepto Kleiniano de disociación, defina la esencia de la enfermedad psicosomática: "La enfermedad en el trastorno psicosomático no consiste en el estado clínico expresado en la patología somática o el funcionamiento patológico (colitis, asma,

eczema crónico). Es la persistencia de una escisión en la organización del yo del paciente, o de disociaciones múltiples, lo que constituye la verdadera enfermedad" (4).

1) Qué y por qué se disocia: Pienso que aquí son decisivos los conceptos de Bion y Bleger. El primero introduce la diferenciación entre parte psicótica de la personalidad (P.P.P.) y parte neurótica de la misma (P.N.P.) (5); sería pues, la P.P.P. con su destructividad, odio y envidia, lo violentamente disociado para preservar la integridad de la parte más madura (P.N.P.).

Bleger, ampliando y profundizando los conceptos de Bion, introduce el término de "núcleo aglutinado" (6), verdadero precipitado de fantasías inconscientes que imaginan un mundo interno habitado por objetos parciales indiscriminados, estratificados anárquicamente, sin posibilidad de diferenciación entre objetos internos y externos, buenos y malos, idealizados y persecutorios, todo ello, exteriorizado por la erupción de sentimientos tormentosos e irrestrictos en un caldo de cultivo de odio, destrucción y muerte.

El por qué de la disociación surge claro: de no clivar la P.P.P. o núcleo aglutinado, el yo no podría sobrevivir a la desintegración catastrófica.

2) Cómo se disocia: Así como los núcleos psicóticos escasos y dispersos se sobrellevan con defensas neuróticas, aspectos psicóticos de gran magnitud se manejan defensivamente con profundas disociaciones que pueden manifestarse como esquizoidías, perversiones, psicopatía, adicciones o simbiosis; la enfermedad psicosomática, como también la hipocondría, configuran un género de tajante disociación entre la mente y el cuerpo, en el cual se "amortigua" el drama de la locura y el desesperante miedo a la aniquilación.

Rosenfeld nos precisa aún más el pertinaz mecanismo: "En la hipocondría y en las enfermedades psicosomáticas, las ansiedades confusionales (psicóticas, V.R.) son disociadas en el cuerpo, proceso que probablemente se inicie en la temprana infancia y se refuerce durante el desarrollo ulterior. Simultáneamente se desarrollan procesos de clivaje más amplios. El exceso de impulsos omnipotentes sádico-orales, en particular la envidia, también parece ser intolerable para el yo primitivo, dando así lugar al clivaje. En la hipocondría (...) la parte escindida parece ser proyectada por el yo sobre los objetos externos y rápidamente introyectada dentro del cuerpo y los órganos corporales. También quiero mencionar que es característico del estado hipocondríaco que el contenido mental de la ansiedad sea, en gran medida, retenido en el cuerpo o en sus órganos, tras la proyección de las ansiedades y, a veces, delirios. En las enfermedades psicosomáticas falta, a menudo, el contenido de la ansiedad. De ello podemos inferir que la disociación de las esferas mental y física no es tan completa en la hipocondría como lo es en las enfermedades psicosomáticas" (7).

3) El origen de la tragedia: Parto de la base de que el cachorro humano, como todo mamífero (y no solo los mamíferos) tiene, por su propia naturaleza, una definida tendencia a independizarse, separarse e individuarse.

Creemos, como lo sostuvo Freud, que el yo es, antes que nada, corporal. (8)

Pensamos, en consonancia con Joyce Mc Dougall, que "A partir de esta matriz somato-psíquica, se producirá una diferenciación progresiva en la psiquis infantil entre el cuerpo propio y la primera representación del mundo externo que es el seno materno. Paralelamente y poco a poco, se distingue lo que es psíquico de lo que es somático" (9).

Si el proceso es satisfactorio se producirá la instalación de un objeto interno protector, que sustente en el niño el deseo de autonomía surgido de la dialéctica "de recrear la ilusión de unidad corporal y mental con la madre-pecho" y la necesidad de luchar "con todos los medios a su disposición para diferenciar su ser y su cuerpo de ella" (9).

Claro está que si la madre tiene una telaraña de identificaciones proyectivas patógenas, atentando contra el desarrollo normal, aflora la tragedia con sus tres actos implacables: el primero, pre-edípico, en el cual "ella no es capaz de entender, alternativamente, los deseos de fusión, de diferenciación y de individuación de su niño" y lo confronta, entonces, "con condiciones que pueden llevar a la psicosis o a la psicopatosis" (10).

La madre, en estos casos, establece ritmos y sincronías (11) inadecuados con su bebé (probablemente desde antes de su nacimiento), su capacidad de "reverie" (Bion) y "holding" (Winnicott) son insuficientes, simbiotizando a su hijo, al identificar proyectivamente en él aspectos propios altamente patógenos, haciendo de su retoño el inaceptable "síntoma" de ella.

Esta violación de los derechos del infante, privado de identidad y libertad, genera en él procelosos sentimientos de odio, envidia y culpa persecutoria, atezando aún más la asfixiante relación con su madre.

El segundo capítulo es el Edipo temprano, tal como lo describe M. Klein (12), en cuyo contexto, el magma indiscriminado exacerbará la figura de los padres combinados, con un sinnúmero de escabrosas fantasías al respecto que comprometen definitivamente la precaria integración del yo.

No debemos olvidar, por otra parte, la dinámica vincular de todo el grupo familiar, él mismo "elige" enfermo y patología para llevar a su víctima —a través de infinitas identificaciones proyectivas cruzadas— a la categoría de "emergente" del grupo, todo ello de acuerdo a los decisivos aportes de Pichon-Riviere (13,14).

Tercer capítulo y la tragedia culmina: Edipo tardío desdibujado y caótico al conjuero de la paciente obra de desmantelamiento sufrida por el niño. Nosotros, por la característica de nuestra labor, lo recibiremos en nuestro consultorio como adolescente tardío o adulto. Tal el caso del paciente que comentaremos en la segunda parte del trabajo.

VICISITUDES DE LA PRACTICA

RESUMEN DE LA HISTORIA: Como material clínico, presentaremos a Hugo,

paciente de 29 años, casado, analista de sistemas.

Abre la primera entrevista reconociéndose con “muchos recelos frente al psicoanálisis”. Lo necesitaría más que nada para manejarse en el vínculo con los demás, aunque reconoce “una historia neurótica”. Su “neurosis” consistía, según él: A) En un deseo de “cambiar su aspecto físico”. B) Peinarse 5 o 6 horas por día y observar hipocondríacamente una presunta caída del cabello. C) Herirse en la cara con vidrios, simulando accidentes, para hacerse “cirugía estética”, cosa que logra en dos oportunidades: “había tomado como ideal, parecerme a Alain Delon”.

Su infancia, de acuerdo a sus vivencias, fue “casi perfecta”, pero se acuerda muy poco de ella: “era obeso, a los 13 años pesaba 103 kg.”. “Me veía muy disminuido frente a los demás”. “Mi fuerte era la parte intelectual”. Se observa ya la **disociación mente-cuerpo**, surgiendo la obesidad como primera enfermedad psicósomática.

El padre era una figura ausente y Hugo se define como “muy **apegado** a mi madre”. “Llevaba una almohada a mi cama y decía que era mi madre”. “**Costumbre que aún conservo**”. Reconoce a regañadientes que su progenitora era “algo controladora”. Hablando del grupo familiar, expresa: “la familia éramos nosotros cuatro”. Me entero acá que tiene un hermano mayor con un trastorno neurológico que, en ocasiones, se reactiva.

En la adolescencia se propone bajar de peso y lo consigue. Sus estudios son exitosos. Se recibe en 1980. Inicia poco después el noviazgo con la que será su esposa. En 1981, cuando se profundizaba su relación afectiva, aparece “**el síntoma**”: una **hepatitis crónica agresiva**. Se casa, ya enfermo, y al acceder al tratamiento en 1983, la hepatitis persiste en los mismos términos. El paciente reconoce que “**la hepatitis me ayudó a mejorar la neurosis**”, no obstante, acude a mí con angustias de muerte muy intensas, como si “se le hubiera ido la mano” para aliviar su “neurosis”. Por otra parte, su esposa está embarazada de cuatro meses.

Curso del tratamiento: Este se realiza a un ritmo de dos sesiones por semana, pues a pesar de que yo estipulaba conveniente una frecuencia mayor, el paciente aducía “problemas económicos”. Ordenamos en cuatro grupos los conflictos más acuciantes del paciente:

- a) **El embarazo de la esposa:** Hugo tenía bastante claros sus “celos infantiles” por el “el hermanito” que advenía. Nos asomamos, además a dos instancias fundamentales de su patología: **en primer término** a su narcisismo, elocuentemente explicitado cuando nos dice: “mi esposa va a engordar, su cuerpo se va a deformar”. El aspiraba a un cuerpo perfecto, la versión femenina de Alain Delon; lo fastidiaba el hecho de no controlar el cuerpo de su mujer como lo hacía con el propio (identificación proyectiva). **En segundo término**, rozamos penosamente sus sentimientos envidiosos en relación a la capacidad creativa de su cónyuge (15).

- b) **La culpa y la autodestrucción:** Fue un tema constante; en lo inmediato, el paciente se sentía culpable de un accidente acontecido a su primera novia luego que decidió romper con ella. El análisis del hecho trajo a colación un conglomerado de culpas que jalonaban su vida desde la infancia y que irremisiblemente requerían la necesidad de castigo. Las interpretaciones desactivaron en parte el sadismo de sus objetos superyoicos y la autoagresión. La intensidad de ésta se observa en una sesión cuando expresa: "Ayer comí un sandwich caliente con queso y hoy tuve materias decoloradas". El paciente creía, hipocondríacamente, que un simple sandwich caliente, vehículo de sus fantasías autoagresivas, era suficiente para provocar daño hepático de magnitud tal como para descompensar su hepatitis.
- c) **Ansiedad de separación:** A partir del material de las entrevistas iniciales, avalado por abundantes datos posteriores, era indudable que el paciente mantenía una relación simbiótica con su madre, tanto en su trama vincular interna como externa. Era evidente, a pesar de sus intelectualizaciones tendientes a ocultar este fenómeno, que su progenitora lo controlaba de manera flagrante, y lo hace aún hoy, en su vida adulta.

A raíz de esta situación, pienso que es útil la división que suelo efectuar con los pacientes adultos: 1) Aquéllos cuyos vínculos arcaicos, materializados en su familia actual, no tienen mayor influencia en su vida. En estos enfermos, por tanto, debemos ocuparnos preferentemente de su mundo interno. 2) Otros, que mantienen no solo internalizadas sus relaciones patógenas, sino que éstas persisten con total vigencia en sus vínculos familiares externos a la usanza de niños, adolescentes y psicóticos. A este último grupo pertenece mi paciente. La "clasificación", según creo, tiene importancia por las eventuales modificaciones técnicas que pueda promover. En este caso no afloró esta posibilidad.

Por lo antedicho, debía esperarse en Hugo una simbiosis en la transferencia; el fenómeno —como ocurre frecuentemente, según Bleger, (6)— fue mudo la mayor parte del tiempo. Los sentimientos transferenciales se atizaban —manifestándose en forma de acting-out— como consecuencia de interrupciones significativas en el análisis, básicamente durante mis vacaciones. En los cuatro años que duró el tratamiento, no pudo reiniciar la labor terapéutica luego de mi asueto anual, faltando consuetudinariamente a posteriori de él e interrumpiendo varias veces el tratamiento. Volvía únicamente cuando amainaba la tormenta interior.

Por mi parte, fui tolerante con estas incuestionables irregularidades del encuadre, actuando con el "holding" que quizá Hugo no tuvo, pero interpretando sistemáticamente los hechos; los mismos, mostraban inequívocamente su afán de controlar las separaciones que su frágil yo no podía soportar. En rigor, como sostiene Rosenfeld (16), frente al alejamiento temporario de mí sentía que me necesitaba, surgiendo, en consecuencia, su baja tolerancia a la frustración y su envidia. Anulaba el dolor psíquico dejándome él a mí.

- d) **El síntoma:** El enfermo llega al tratamiento convencido de que su "hepatitis crónica agresiva" está profundamente influida por sus conflictos psíquicos.

Debo aclarar, por las dudas, que yo no creo que los virus hepatotrópicos sean "psicológicos", pero sí que la infortunada evolución de la enfermedad estaba condicionada por la agresividad vuelta contra sí mismo; el contacto con el virus —que para la mayoría significa una simple vacunación— actuó como "facilitador" en la tarea inconsciente de elegir "órgano de choque".

Mi labor interpretativa durante la primera parte de su tratamiento relacionó constantemente la autoagresión, la angustia de separación y la hepatitis, incluyendo esta última en el capítulo más siniestro de sus conductas autodestructivas.

Pasados los dos primeros años de análisis, pudimos profundizar en torno a sus fantasías inconscientes. En una sesión Hugo me dice que "desde adolescente he tenido grandes peleas con mi madre. Ayer tuve otra; pero son peleas que llegan a la agresión física, le pego". Creemos estar en presencia, entre otras cosas, de lo que describe Bleger en relación a la simbiosis, o sea que, en circunstancias en que el ligamen deviene asfixiante, se recurre a la agresión para no quedar indiscriminado, carente de identidad (6).

Poco a poco, pacientemente, fui mostrando a Hugo cómo sus vínculos agresivos eran recreados y exorcisados a través de su afección hepática. Comencé por decirle: "Usted siente que dentro de su hígado se desarrollan peleas internas con su madre"; luego, con el correr del tiempo, hice referencia a otras relaciones tuyas signadas por la agresión, transferencia incluida, refiriéndolas a su hígado. Desentrañé además su culpa, deseos de castigo, amén de otras "fantasías hepáticas", utilizando la terminología propuesta por Chiozza (17).

Los aportes de este autor nos servirán para profundizar en el mundo fantasmático de nuestro paciente como también para efectuar algunas precisiones teóricas. En efecto, Chiozza nos esclarece acerca de la importancia del hígado para apuntalar sentimientos y fantasías inconscientes relacionadas con la "amarga" envidia, engalanada con sus matices verdes y amarillos como la hiel. Para ello, hace una extensa y brillante disquisición sobre el mito de Prometeo con aportes de Freud y Goethe. Considera, de esta manera, que la envidia destructiva (no la "sana") determina la imposibilidad de asimilar —función básica del hígado— el alimento proporcionado y la consiguiente incorporación de objetos benéficos; éstos, a su vez, se transforman en perseguidores que atacan al sujeto desde su interior, especialmente en el hígado, tal como lo muestra el mito en forma patente.

La envidia tenía un rol primordial en la conflictiva de nuestro paciente; claro está, el abordaje de aquella implicaba el acceso a los aspectos psíquicos más regresivos. Como veremos más adelante, Hugo no parecía dispuesto a transitar esta aventura.

A guisa de corolario, sobre la base de la experiencia obtenida con mi paciente, de lo apreciado en los trabajos de Chiozza y de la práctica clínica cotidiana, nos atrevemos a efectuar **dos apreciaciones teóricas** con muy amplias proyecciones en la praxis.

La primera de ellas se refiere a la envidia. En efecto, nos llama la atención el descuido con que se trata este tema en las teorizaciones psicoanalíticas. Por nuestra parte, estamos convencidos que la publicación de "Envidia y Gratitud" (15) configura un acontecimiento revolucionario en la historia del psicoanálisis, con repercusiones prácticas incalculables. Desde ese instante la técnica se extendió a campos aparentemente vedados para su acción, permitiéndonos explorar el mundo interno de nuestros pacientes de manera insospechada hasta el momento.

Es obvio, pues, que estemos en amplio desacuerdo con aquéllos que soslayan el tema: creemos fehacientemente que no puede existir terapia analítica que invoque profundidad, sin un tratamiento serio y decidido de los aspectos envidiosos de la personalidad.

La segunda apreciación atañe a un tema sumamente polémico en la esfera de la psicósomática; aludimos a la crucial disyuntiva de si el "lenguaje de órgano" (Freud), sus signos, simbolizan algo o, por contrapartida, carecen de simbología. Esta última tesis es sostenida por algunos autores que pretenden notoriedad en el campo que hoy nos ocupa (Marty y otros), invocando presuntos abismos, fracturas y vacíos esenciales entre los fenómenos mentales y el soma.

La práctica clínica, desde Freud al presente, muestra ineluctablemente la capacidad de simbolizar de las manifestaciones patológicas somáticas (18); por supuesto que no se trata de un proceso simple y mecánico, sino de complejísimas y abigarradas interacciones dialécticas, a las que se agregan las peculiaridades inherentes al lenguaje orgánico; éste, debe ser decodificado tal como se opera con un delirio (la sintomatología psicósomática e hipocondríaca consisten muchas veces en un verdadero "delirar con el cuerpo"), un acting-out, una agorafobia o cualquier otra variedad de síntoma. Lo formulado anteriormente, nos permite suponer que lo que el soma nos comunica puede articularse con el resto del discurso del paciente, adquiriendo sentido por medio de la interpretación.

Lo objetivado, en el caso de Hugo, es una prueba más de la postura que defendemos. Claro está, tal como lo expresamos párrafos antes, el desbrozar el camino para obtener el sentido del síntoma es un escarpado y fascinante itinerario al núcleo mismo de la locura, que nos enfrenta a insólitas y variadas modalidades de simbolización acerca de tormentosas fantasías inconscientes ubicadas en el escenario corporal; a su conjuro, desfilarán ante nuestros ojos desérticas áreas asimbólicas, ecuaciones simbólicas y otros precursores de la simbolización alternando con aspectos más evolucionados del yo, todo ello, como caótico rompecabezas que deberemos armar pacientemente con nuestro analizando.

Veamos de inmediato lo sucedido con Hugo.

El desenlace: Luego de la segunda separación motivada por mis vacaciones anuales, como de costumbre no vino, comunicándome por teléfono su decisión de interrumpir el tratamiento. Pasada Semana Santa (últimas vacaciones mías), acude muy alarmado en pleno empuje de su afección; se muestra perplejo y aterrorizado por insoportables angustias de muerte desencadenadas por el inopinado brote de su hepatitis, acaecido luego de nuestra última separación.

Mi sensación contratransferencial fue la de recibir a un niño muy asustado que corría a cobijarse en brazos de su madre. Haciéndome eco de su reclamo, trato de actuar en consecuencia, conteniendo su angustia e interpretando sus vivencias de muerte al romperse la simbiosis con su madre-terapeuta: tal hecho fue vivido como un huracán de miedo, odio, agresión y desgarramiento mortal (19).

En pocas semanas retrocede en forma espectacular el empuje de su hepatitis. Desde hace un año y medio permanece asintomático, con grandes posibilidades de curación definitiva.

Superada esta instancia otros logros son patentes:

- a) Las relaciones con su esposa, hijo, padres y hermano son satisfactorias.
- b) Culmina un importante curso de analista programador interrumpido años atrás.
- c) Comienza a escribir un trabajo con miras a su publicación.
- d) Su aspecto adquiere notoria vitalidad.

No obstante, y paralelamente:

- a) Pasa a régimen de una sesión semanal aduciendo dificultades económicas que él crea de manera flagrante.
- b) Aparece, en el plano transferencial, una organización narcisista muy pertinaz; él mismo interpreta su material, dejándome fuera, autoabasteciéndose, siendo su propio analista. Fantasea que con su futura publicación tendrá un éxito enorme que trascenderá fronteras; por lo demás está en conocimiento de que yo publiqué un libro de corte filosófico en relación al psicoanálisis. Mi contratransferencia registra su intensa envidia, rivalidad, tanto como sus deseos de empequeñecerme, desvalorizarme, a través de su libro de "análisis".
- c) Con nuevas excusas económicas se muda con su familia a la casa de sus padres; yo lo siento como si se disolviera, por lo menos en parte, en la indiscriminación familiar de origen. Su esposa e hijo pasan a un segundo plano, prácticamente fagocitados por la compleja red vincular arcaica de Hugo; éste, depende ahora de los síntomas somáticos de su padre (colitis severa), de su madre (delirio referido al cuerpo) y de su hermano (enfermedad neurológica), ocupándose de cada uno de ellos con obsesiva dedicación.

Las interpretaciones sobre esta compleja vuelta de tuerca se estrellaban contra una muralla impenetrable o provocaban angustia, en este caso faltaba a las sesiones. *Era evidente que Hugo, luego de la posible curación de su hepatitis, había neutralizado y redistribuido su núcleo aglutinado (6):*

- 1) **En una organización narcisista transaccional** que transparentaba la psicosis, a la vez que configuraba una defensa frente a la locura, pero también frente al análisis.
- 2) **En la simbiosis familiar (20)**, a través de intrincadas identificaciones proyectivas, traslada (¿o devuelve?) su enfermedad somática al cuerpo de otros. No escapa a mi entendimiento que el retorno del paciente al ámbito de su familia, pudiese estar parcialmente determinado por atormentantes sentimientos de culpa generados por su mejoría, en contraste con el notorio deterioro de sus padres y hermano.

Frente a esta situación de impasse, al ritmo de una sesión semanal que no me permite acceder a su parte psicótica y si accedo y la movilizo me encuentro con el problema de no controlarla, le propongo la interrupción con miras a que él piense sobre el dilema de seguir o no su análisis. Concomitantemente lo tranquilizo, diciéndole que todo el mundo necesita su tiempo, y que esto es absolutamente respetable. Como respuesta una parte de él dice que sigue, otra que no, tal como vimos en dos sesiones "disociadas": en una, viene angustiado y decide continuar; en la siguiente, sin recordar nada de lo que dijo "el que vino la semana anterior" y aduciendo nuevos "problemas económicos" (que se creó en el correr de pocos días), sostiene su deseo de abandonar el tratamiento. Siento que ese aspecto prevalece y expresándole mi preocupación por su clivaje, convenimos interrumpir.

REFLEXIONES

Serán de dos tipos. Unas atingentes a la técnica. Las otras en el orden de lo epistemológico.

- 1) **Algo sobre técnica:** Nuestra estrategia se apuntaló en los dos principios medulares de todo tratamiento analítico.

En primer término, oficiar de adecuado continente haciéndonos cargo de las más profundas angustias del enfermo. Intentamos corregir, en la medida de lo posible, la distorsión producida en la personalidad del enfermo por su vínculo patógeno con la madre. Nos inspiramos, de este modo, en el inmenso legado de Melanie Klein, desplegado luego por sus discípulos Winnicott, Bion y, afortunadamente, por muchos otros.

En segundo término, interpretar; promovimos, labor interpretativa mediante, la integración de los aspectos clivados reubicándolos en su lugar de origen sin precipitar reintroyecciones masivas, tratando de devolverlos a Hugo de

manera dosificada y prudente, evitando provocar en él, —como quizá ocurrió en los albores de su vida— un “terror sin nombre”.

Hasta aquí, sin nubes en el horizonte; no obstante, comienzan a aparecer los problemas específicos de este tipo de enfermo.

Debo aclarar previamente, que no se presentó la eventualidad de trabajar en equipo puesto que mi paciente nunca fue internado y estaba en manos de técnicos competentes que velaban por su hepatopatía. Cuando funciona un equipo interdisciplinario, ocioso es decirlo, las peripecias pueden ser múltiples y asistimos a la emergencia de otros conflictos y disociaciones (4) presididos por la hoy atenuada, pero aún vigente disociación “médico-psicológica” (21).

Vayamos ahora a los “problemas específicos”: para comenzar, quiero dejar sentado que *traté de mantenerme dentro de los cánones de la técnica analítica clásica, sin fomentar desviaciones “a priori”, esperando sí atentamente la evolución de los acontecimientos*. Vimos ya, de acuerdo a las peripecias de nuestra primera separación con Hugo, como el encuadre debió ser indudablemente modificado, sin arrepentirme en absoluto de haber sido tolerante.

Estamos de acuerdo con muchos autores que trabajan en esta área, que es pertinente tener una cuota adicional de “elasticidad” con el enfermo psicosomático; debemos esperar sin zozobras diferentes y renovados desafíos técnicos sin padecer temor excesivo por el cambio y las posibles variantes tácticas.

Enfatizamos, empero, que no estamos de acuerdo con precipitadas descalificaciones que sufre el psicoanálisis por las presuntas características típicas de los pacientes psicosomáticos, las cuales, según ciertos autores, nos obligarían a apartarnos apresuradamente de la técnica clásica, tal el caso de Marty. Por nuestra parte, opinamos que estos pacientes sin posibilidad de asociar, aparentemente sin insight, con pobreza de diálogo, etc., no son todos los pacientes orgánicos ni mucho menos. Pueden individualizarse en el ambiente hospitalario donde son derivados por el internista hacia el “ambiente psicológico”, al cual frecuentemente no saben por qué ni a qué van (tal vez menos aún que si se efectuara un pase a oculista o dermatólogo). Sin embargo, a pesar de no concordar con las prematuras generalizaciones de algunos autores, estos pacientes existen, tal el interesante caso de Susana García, (22) manejado con un abordaje compatible, aunque, de acuerdo a la modalidad del terapeuta, puedan existir otros. Cabe agregar, además, que en el futuro este mismo enfermo puede enfocarse de manera más analítica, siempre y cuando él lo permita. Estas consideraciones alejan todavía más la posibilidad de delimitar, en forma tajante, el campo de la “psicoterapia” en contraposición al del “psicoanálisis”, por ello creemos, como expresa Restaino, que “estas diferencias pasan quizá más por la capacidad y formación del terapeuta, así como por la posibilidad y capacidad de análisis del paciente, que por la técnica en sí misma” (23).

La mentada “capacidad de análisis” del paciente nos evoca el epílogo del tratamiento de Hugo. En efecto, los avatares previos a la interrupción mostraban su dudosa disposición a penetrar aún más en sus enigmas inconscientes. La disyuntiva de hasta dónde llegar en una terapia analítica es un interrogante que debe contestar el paciente y aceptar el analista; obviamente, nosotros no podemos forzarlo a ir más allá de su deseo anteponiendo nuestras expectativas, repitiendo, por lo demás, posibles errores parentales. Es por ello que, frente a una clara impasse, a la insuficiente frecuencia de las sesiones y a la plausible curación de la hepatitis, la decisión de interrumpir era, según mi criterio, la más acertada y justa.

En el plano intrapsíquico *la meta de toda terapia analítica* es propiciar en el paciente la introyección de un objeto (el analista), cuyas características sean vivenciadas como esencialmente opuestas a los objetos arcaicos de elevada capacidad patógena; el nuevo objeto interno oficiará de protección y refuerzo del yo del enfermo, a la vez que modificará, por lo menos parcialmente, la constelación objetal original.

Siento que parte de este proceso aconteció en mi paciente. Si el precario equilibrio conseguido persiste y se consolida, tal vez Hugo no vuelva a consultar; si el intento no resulta, pienso que su futuro tratamiento deberá encararse con una frecuencia no menor de cuatro sesiones semanales, incentivando un trabajo analítico profundo que permita el acceso, —mediante la decidida interpretación de la transferencia positiva y negativa— a la parte psicótica de la personalidad, a su locura.

- 2) **Someras precisiones epistemológicas:** En los últimos tiempos ha campeado la curiosa modalidad de hablar y escribir sobre “epistemología”, sin que quien lo hace tenga mayor idea acerca de la teoría del conocimiento o gnoseología. Se da cabida en el contexto de la reflexión epistemológica a diversas opiniones sobre tópicos que poco tienen que ver con lo gnoseológico. Lo precipitado, engendra inmensa confusión entre aquéllos que se acercan a la teoría del conocimiento con la acertada y sana concepción de que se trata de una disciplina científica de índole filosófica cuyo cometido es el estudio de las leyes generales del conocimiento; en otros términos, buscan en la epistemología adecuado instrumento para ejercer una eficaz y científica labor cognoscitiva. Es penoso, pues, hallarse frente a una pseudoe-pistemología transformada en un costal donde cabe toda clase de elucubración metafísica y caprichosa. Peor aún, la disciplina filosófica a la que hacemos referencia es transformada, muchas veces, en un verdadero baluarte de escepticismo anticientífico.

Las disquisiciones que siguen tentarán una trayectoria que va de lo particular a lo general sin apartarse, así lo espero, de la problemática estrictamente epistemológica.

- a) **En el plano teórico** y luego de efectuadas lecturas diversas en el campo psicosomático, llama profundamente la atención la tendencia actual de muchos autores a tomar elementos de diversas teorías en forma acrítica, yux-

taponiendo, no articulando, determinando, en rigor, estrepitosas caídas en concepciones eclécticas. Es así, que ciertos analistas nos sorprenden hablando de “aparato” psíquico, al mismo tiempo que invocan elementos de la teoría de las relaciones del objeto de M. Klein, tanto como referencias al narcisismo según Kohut o, quizá, Lacan. La situación referida no acontece solamente entre teorías distintas; si nos atenemos a Freud, se suele discurrir sobre preconsciente, inconsciente, huellas mnémicas, etc., entremezclándolas con referencias al ello y al superyó; primera y segunda tópica funcionan, de esta manera, como si pudiesen coexistir sin conflicto alguno.

Debo aclarar, a fuer de ser justo, que lo recién acotado no acontece solamente en el ámbito de la psicósomática, sino que es pan de cada día en múltiples teorizaciones psicoanalíticas.

Otra circunstancia a destacar, consiste en la insistencia de varios autores en manejarse con conceptos que ni el mismo Freud tomaba al pie de la letra, tal como la noción o “modelo científico” de “aparato psíquico”, sin olvidar el esquema pulsional-energetista.

Los elementos teóricos arriba citados, según nuestro criterio, explican los hechos de manera mecanicista olvidando que el psiquismo posee una infinita complejidad de la cual dichos esquemas no pueden dar cuenta.

Fascinante tarea epistemológica pues: depurar las diferentes teorías de aquello que no es científico, quitar de circulación lo que ha perimido, aspirando, por fin, a lograr la articulación de conceptos teóricos de diferente origen sobre la base de una metódica labor científica sin claudicaciones o caídas en lo ecléctico.

Párrafos atrás mencionábamos el mecanicismo en teoría psicoanalítica, refiriéndonos a sus insuficiencias y estrecheces; no es el único con estas desventajas, también el término “estructura psicósomática” es inadecuado por el mero hecho de que la **lógica estructural opera con categorías fijas**. Es pertinente tener en cuenta que la aplicación irrestricta de la palabra “estructura” en psicoanálisis —extrapolada, por otra parte, de una determinada y minoritaria concepción antropológica— invita a concebir la psicopatología a la manera de compartimientos estancos. La realidad de la psique es otra; creo lógico admitirla —no atisbo otra posibilidad— dotada de una complejísima dinámica con infinitas interacciones; en otras palabras, **sólo la lógica más avanzada, la lógica dialéctica** puede dar cuenta de aquel objeto de conocimiento. Con un ejemplo extraído de nuestro paciente podemos aclarar aún más los hechos. *Observemos cómo el síntoma de Hugo tenía una significación multifacética:* era la locura vivenciada en el cuerpo, a la vez que oficiaba como intento de curación, como verdadera “restitución psicótica”, constituyéndose, en otro plano, como defensa frente a ansiedades psicóticas profundas y aniquilantes.

La clínica es la que nos proporciona estas enseñanzas, amén de muchas

