

Resonancias del cuerpo en la sesión psicoanalítica: escucha e intervenciones

Resonances of the body in the psychoanalytic session: Listening and interventions

Jorge C. Ulnik

Universidad de Buenos Aires
Euro Latinamerican Psychosomatics School (EULAPS)

Resumen: En este trabajo se describen las características del encuentro entre lo psíquico y lo somático, teniendo en cuenta las diferencias, pero también las semejanzas entre enfermedad somática y conversión. Se plantean distintos tipos de intervenciones y se aplican los conceptos de función semántica de los afectos, de Green; pensamiento salvaje y cortocircuitos semánticos, de Lévi-Strauss; análisis en proyección, de Ulnik; y autotrasplante psíquico y simbolizaciones de transición de S. Bleichmar, por considerarlos indispensables para pensar una técnica posible de ser implementada eficazmente en pacientes en los que los mensajes preverbales puedan ser escuchados.

Palabras clave: enfermedad psicósomática, simbolización, cuerpo, conversión, fenómeno psicósomático

Abstract: This paper describes the characteristics of the encounter between the psychic and the somatic, taking into account the differences, but also the similarities between somatic illness and conversion. Different types of interventions are proposed and the concepts of semantic function of affects, from Green; wild thinking and semantic short circuits, from Lévy Strauss; analysis in projection, from Ulnik; and psychological self-transplantation and transitional symbolizations, from S. Bleichmar, are applied, considering them indispensable to think a possible technique to be effectively implemented in patients in whom preverbal messages can be heard.

Keywords: psychosomatic illness, symbolization, body, conversion, psychosomatic phenomenon

Resonancias del cuerpo

El psicoanalista hace una interpretación y su paciente, Magdalena, se pone colorada. Al rato, ella se levanta a buscar una crema emoliente que tiene preparada en un pequeño frasquito y se la pone en la cara para aliviar su picazón. Luego de hacerlo, se acuesta nuevamente en el diván y sigue hablando como si nada, del tema que estaba desarrollando antes. Otro paciente, Peter, se levanta por que ha terminado la sesión. Una vez que se fue, el psicoanalista observa que quedan escamas plateadas que se destacan sobre el fondo de cuero negro del diván. ¿Se puede llamar a eso *piel* en psicoanálisis?

La respuesta que espontáneamente dará el psicoanalista es *no*: el pobre Peter tiene una psoriasis que se debe a su condición genética, y no puede evitar que caigan escamas de su piel. Magdalena es alérgica y la picazón es consecuencia de su alteración cutánea. Sería un desatino interpretar eso como si fuera un síntoma. Al fin de cuentas, una enfermedad somática no es una conversión histérica.

Sin embargo, el mismo psicoanalista que responde eso está disgustado: tiene que limpiar su diván antes que venga el próximo paciente, piensa de vez en cuando en poner una funda antes de la llegada de Pedro, se lava las manos, se tiene que contener para no prohibirle a Magdalena que se esté rascando y tocando la cara toda la sesión. Se siente perturbado y angustiado: no puede pensar en profundidad. ¡Hasta puede llegar a sentir picazón!

¿Por qué no podemos considerar que se trata de una contratransferencia? Está claro que las asociaciones, sueños, lapsus y síntomas neuróticos (como podría ser por ejemplo una obsesión del paciente con la suciedad de la piel) sí son analizables, pero... ¿Es que acaso las características biológicas de una enfermedad y sus consecuencias somáticas son un límite para el psicoanálisis?

Pedro tenía hora con el dermatólogo luego de su sesión. Como siempre, se desnuda para el examen físico y quedan montañitas de escamas en el piso. El dermatólogo le pregunta cómo está y Pedro, señalando las escamas en el piso le contesta: “Usted puede ver, ahí estoy”.

Pedro apela a la mirada – “Ud. Puede ver” - y se reconoce en sus escamas, como si fuera otro yo que deja rastros en todas partes. Esa presencia es desestimada por su dermatólogo y por su psicoanalista, quienes pasan la aspiradora – igual que como lo hace la mujer de Pedro – y tiran a la basura *su otro yo* que está desgarrado, como hecho jirones. Aprendí esto escuchando a una paciente con psoriasis, que mientras perdía “pielcitas” hablaba de su madre divorciada y me decía: “Si me fuera a vivir con papá la destruiría en mil pedacitos.”

El encuentro entre lo psíquico y lo somático

Hablar de psicósomática es hablar del encuentro entre lo psíquico y lo somático. Dicho encuentro se produce también por el hecho de que una enfermedad somática, cualquiera que sea (tanto la que ya se manifestó como la que se encuentra latente como predisposición hereditaria), le ocurre a un sujeto singular, con una historia compleja, que se mueve en el seno de una sociedad, en una trama familiar, objetal y discursiva que lo trascienden y lo determinan. Una vez que este encuentro se produce, lo psíquico y lo

somático se ven modificados el uno por el otro siguiendo los *caminos de influjo recíproco* de los que habla Freud (1905c/1973). La resultante es una unidad nueva y más compleja cuyos componentes constitutivos son heterogéneos, y no se pueden aislar porque la nueva entidad que forman es más que la suma de sus partes.

Tomando en cuenta estas ideas se podrían pensar intervenciones psicoanalíticas y encuadres psicoterapéuticos que puedan influir sobre la evolución y el pronóstico de las enfermedades somáticas. Asimismo, también se puede pensar que las intervenciones médicas que van desde las palabras del doctor hasta el examen físico, pueden tener un significado inconsciente para ambos, médico y paciente.

Según P. L. Assoun (1998), en Freud no hay una categoría homogénea del cuerpo. Reconocer, bajo el cuerpo, cierta enfermedad del deseo no es reducir la enfermedad orgánica a la neurosis. Dejours, en el mismo sentido, aclara: “el drama intrapsíquico existe, pero su dramaturgia está bloqueada” (2005, p. 116)

¿Cuál la función del psicoanalista en el caso de un paciente que consulta por enfermedades somáticas?

La escucha

El sufrimiento del cuerpo está relacionado no sólo con la enfermedad y sus modificaciones somáticas, sino con la movilización del mundo arcaico del sujeto (Benoit, 1990). Esto es válido para cualquier enfermedad somática y para el uso de cualquier medicamento. Entonces, lo que el psicoanálisis del paciente somático viene a proponer no es la suspensión del medicamento que este sin duda necesita, sino que "una simple moderación, una simple suspensión del activismo médico basta para crear un lugar vacío que el paciente vendrá a ocupar tomando espontáneamente la palabra" (Benoit, 1990, p 96). Una vez que aparecen esas palabras se despliega una historia, a veces nunca contada pero consciente y otras veces nunca contada por inconsciente, cuyo escenario se despliega en el cuerpo.

Lo que el psicoanálisis escucha del cuerpo es lo que de él se inscribe en la palabra o en su defecto, lo que a modo de un parche hecho de un material heterogéneo a la palabra, viene a ocupar el lugar de una laguna mnémica, una detención en las asociaciones o una falla en la identidad. El elemento heterogéneo es la enfermedad somática.

Ya en la descripción de las vivencias de satisfacción y de dolor Freud nos provee ejemplos de asociación de elementos heterogéneos en el psiquismo, configurando huellas mnémicas complejas. Por ejemplo, en la vivencia de satisfacción movimientos digestivos del estómago quedan asociados al recuerdo del pecho materno y su reactivación por la renovación del estado de necesidad. En su descripción de los caminos de influjo recíproco describe cómo esos elementos heterogéneos se influyen entre sí, de modo que toda modificación que se efectúe en el campo de las necesidades y funciones biológicas puede tener una incidencia en la erogeneidad vinculada al órgano que cumple dichas funciones. Y recíprocamente, toda modificación en la erogeneidad de un órgano puede afectar sus funciones biológicas (Freud, 1905/1973c). Si tomáramos como ejemplo la piel, podríamos decir que una piel seca que no recibe la humectación que necesita, o una piel quemada que no recibe la protección solar necesaria, podría participar de un modo diferente a la piel normal en lo que Freud llama la corriente general del instinto sexual. Y

viceversa, una piel muy erotizada, o por el contrario poco estimulada, podría enfermar de diversas formas: generar prurito, infectarse con un herpes, ampollarse, y hasta eczematizarse.

Decir: "Esto es un fenómeno psicosomático" por un vistazo, o porque el médico diagnostica una enfermedad somática, o porque los análisis de laboratorio y radiografías son patológicos es tan simplificado como decir que estamos frente a un paciente psicosomático porque padece una enfermedad y no asocia espontáneamente. Los criterios simplificados generan la siguiente paradoja: mientras que los médicos suelen decir que algo es psicosomático cuando no encuentran ninguna lesión orgánica los profesionales *psi* suelen decir que algo es psicosomático cuando el médico les informa que hay una lesión verdadera, porque cuando no la hay, ubican el problema en el campo de la histeria.

En definitiva, lo que ambos comparten en algunas ocasiones es la utilización del término cuando hay una dificultad: los médicos, cuando desconocen la causa orgánica o el tratamiento biológico adecuado de una enfermedad, y los profesionales *psi* cuando el encuadre psicoanalítico no facilita, en ese enfermo, ni la asociación libre, ni la producción de sueños, ni la instalación de una transferencia que promueva el cambio psíquico. Proponemos en cambio que un criterio psicosomático es ofertar la escucha, la observación, y hasta una exploración activa –con una prolongación del período de entrevistas, preguntando, aclarando, interviniendo, obteniendo información de la enfermedad y de la vida al mismo tiempo, para que de a poco se instale una transferencia y que algo de eso que percibimos como enfermedad se incorpore a una historia significativa y pueda ser procesado por el aparato psíquico mientras es simultáneamente tratado por el clínico o especialista que corresponda.

¿Es pertinente analizar un problema somático como si fuera un síntoma con raíces en el inconsciente o más bien debemos considerar que se trata de una especie de irrupción que lo puentea? ¿Qué diferencias y semejanzas hay entre enfermedad somática y conversión?

Para contestar estas preguntas debemos deshacer el prejuicio de la organicidad de la lesión y lo "real" del cuerpo. En primer lugar, la gravedad de una enfermedad o su compromiso del cuerpo real no son directamente proporcionales. Gran cantidad de personas tienen casi tapadas sus arterias coronarias o cerebrales y no sufren infartos ni tienen problemas de memoria. Otras tienen cálculos renales o vesiculares y no tienen un cólico en su vida. El compromiso del cuerpo real no siempre se acompaña de enfermedad clínica, y hasta se podría discutir si debería considerarse siempre enfermedad. Nasio cuenta el caso de una paciente a la que él le detectó una exoftalmia y la envió a un neurocirujano que finalmente la operó luego de diagnosticarle un tumor meníngeo. A partir de esa experiencia, afirma que frente a esos fenómenos reales el analista puede reconocer la enfermedad como un resultado de un proceso complejo en el que interviene el inconsciente de diversas maneras y que pensar así es intervenir como analista. En su opinión, descubrir la exoftalmia fue una consecuencia de la escucha y no de una visión de médico. Lo atribuye a su actitud analítica de receptividad, de dejar venir, de algo casi equivalente a haber entrado en el ojo de la paciente, destacando que la actitud analítica implica reconocer el hecho de que un síntoma forma parte de un eslabón simbólico (comunicación personal de Juan David Nassio, 1984). Podríamos agregar que en el caso de la enfermedad somática también se puede pensar que la actitud analítica implica

reconocer el hecho de una ruptura en un eslabón simbólico, o de un pasaje a otro nivel de expresión simbólica, preverbal.

Una experiencia similar relata P. Montagna, atendiendo a un paciente con queratocono y rechazo inmunitario a los trasplantes de córnea. Luego de relatar una historia épica cuyo protagonista era tuerto y tenía un duelo sin elaborar, el paciente pudo introducir en el análisis y en la relación transferencial temas que hasta entonces no había podido, y su evolución somática se modificó de modo que un nuevo trasplante fue efectuado con éxito (Montagna, 2000, pp 66-67).

Poner el acento en la realidad del cuerpo lleva a pensar que lo psicósomático son las enfermedades, y a confundir lo psíquico con lo psicógeno. Siguiendo este criterio, se suele tildar como psicósomáticas a las enfermedades que la medicina aún no puede comprender bien o tratar con eficacia.

Que la medicina conozca bien una enfermedad y mal otra, no cambia en nada nuestra posición como analistas frente a esas enfermedades. No obstante, antes de considerar un problema somático como si fuera un síntoma, hay que tener en cuenta su relación con la conversión histérica. En este tema, hasta Green, en su crítica a P. Marty, afirma su ignorancia: “Comparado con el probado misterio de la psicósomática, ¿para mí la conversión es un misterio por lo menos igualmente grande!” (Green, 2005, p.153). A pesar de tratarse de un concepto aceptado con gran consenso, lo cierto es que el salto de lo psíquico a lo somático no resulta un proceso tan claro en la medida en que asocia dos términos que oponen una diferencia de esencia (Benoit, 1990). Tampoco es exclusivo de la histeria, porque se pueden hallar conversiones en neurosis fóbicas y obsesivas. Y, por último, la idea de que en toda conversión histérica existe una base de “colaboración somática” (Freud, 1905/1973b, p. 954) que se debe a una enfermedad somática padecida previamente, sugiere que el límite entre lo psíquico y lo somático no está tan definido, en la medida en que ambos campos se encuentran, se intersectan, se articulan y se prestan dicha colaboración o sollicitación. En realidad, el término sollicitación somática es una traducción de la expresión alemana *Somatisches Entgegenkommen*, que más que “sollicitación” parecería sugerir un *ir al encuentro* de lo psíquico con lo somático (Ulnik y López Sánchez, 2002).

De todas maneras, conversión y enfermedad somática no son lo mismo muy especialmente por sus diferencias en lo que atañe al rol de las representaciones.

Green sostiene que representar es hacer presente, volver a formar por la psique, algo cuya percepción está ausente. Representar es también para él, asociar y proyectar. Y la representación es para el mismo autor el ejercicio de una subjetividad que toma posición, porque un individuo que proyecta o que representa, estatuye. Es en función de lo anterior que existe una problemática temporal y una espacial de la representación, que se extiende sobre tres espacios diferentes: el cuerpo, el mundo y el otro (Green, 2005).

En la medida en que en psicósomática hay una especie de confusión entre percepción y representación, el lugar que se otorga a los objetos y la constitución del espacio exterior como reflejo del interior crean una equivalencia espacial sin discriminación (Green, 2005, p.140). También es frecuente encontrar una carencia de subjetividad, aplastada por lo que Sami Ali llamó *Lo banal*: las cosas son lo que son, lo único es lo universal, se es lo que se debe ser: ¿Ud. me pregunta cómo es mi madre? Es

como todas”. “¿Qué pienso de lo que hice? Yo reaccioné como hubiera reaccionado cualquiera ante la misma situación”. “Los doctores me dijeron que tengo que ir a un psicólogo”.

Intervenciones

En un trabajo anterior (Ulnik, 2012) intenté responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo aplicar estos conocimientos en un paciente que nos envía el médico y que piensa que “un deslizamiento de vértebras se debe a una sequía” (Winnicott, 1991)?
- ¿Cuál es el trabajo de integración que se puede efectuar para desandar el camino que dejó el surco de la escisión psique-soma y como coser los bordes de ese surco dialécticamente?
- ¿De qué otras herramientas nos provee la escucha, cuando algunos mensajes son preverbales?

Considero que los conceptos de *función semántica de los afectos* (Green, 1990), *pensamiento salvaje* (Levy Strauss, 1964), *análisis en proyección* (Ulnik, 2010), *autotrasplante psíquico* y *simbolizaciones de transición* (S. Bleichmar, 2005) son indispensables para pensar una técnica de intervenciones en pacientes con enfermedades somáticas.

Green sostiene que existen afectos con función semántica y que habría una “simbolización primaria” (Green, 1990, p. 13) en la cual las matrices de vivencia desconocen la diferencia entre representación y afecto y tendrían una lógica primaria, expresión de una semántica inconsciente mínima. Por otra parte, como mencionamos más arriba, la equivalencia espacial entre percepción y representación y entre el espacio interior y el exterior podría explicar lo que sucede en psicósomática: una significación, un mandato, un mensaje, un afecto, una sensación, sufre una retranscripción a un material homogéneo con una estructura (para Aulagnier [1975] sería la estructura pictográfica) que es heterogénea a las características originales de dicho material, dicho significante, afecto o sensación.

El problema está en el proceso de metabolización, que a veces es regresivo, como por ejemplo una palabra o significación que es retraducida a una sensación corporal (“me siento herido por lo que has dicho”, aparece como una lesión sangrante en la piel) y otras veces es como una rumiación, o un círculo vicioso, en el que la significación recorre un camino de procesamiento regresivo primero y progresivo después, para volver nuevamente hacia atrás y así sucesivamente, como por ejemplo cuando una angustia es retraducida a picazón y luego la picazón es procesada con los mecanismos propios del inconsciente y comienza a condensar una serie enorme de sensaciones y significados o sufre un proceso de fijación. En conclusión: los afectos y las sensaciones somáticas son tratados como si fueran palabras. En la obra de Freud hay conceptos que sirven para entender la articulación que se produce entre inervaciones corporales y palabras: los conceptos de “pensamiento judicial” y “juicio primario” en el *Proyecto de psicología para neurólogos* (1950/1973a), y el concepto de “lenguaje de órgano” en el artículo “Lo Inconsciente” (1915/1973e) son los más ilustrativos.

El mecanismo de proyección cumple un rol fundamental en la relación que se establece entre los objetos del mundo exterior, el cuerpo, los afectos y las palabras. En líneas generales habría primero una fusión sincrética de los pensamientos, las palabras, el cuerpo y los objetos del mundo exterior. El mecanismo de proyección actuaría como pivote o bisagra en la génesis de ese sincretismo, por ejemplo, cuando el yo se proyecta y confunde con los objetos del mundo exterior o cuando introyecta percepciones externas que influirán en el funcionamiento del cuerpo. El mismo mecanismo de proyección es el que actuaría luego en la disolución de esa fusión sincrética de las palabras, los pensamientos y las cosas, porque la proyección paulatina y discriminada de lo previamente introyectado y confundido permitiría la construcción y aceptación de la realidad.

El análisis en proyección

Teniendo en cuenta estas pistas es que propongo la posibilidad del análisis en proyección. Este consiste en interpretar representaciones y fantasías hablando con el paciente de los objetos, ya sean materiales, animales o humanos. Al modo como en los cuentos infantiles y los dibujos animados se entrelazan personajes humanos y animales con objetos de la vida cotidiana que cantan y bailan, participando de una vida en común caracterizada por el antropomorfismo y la animación, es en ese campo ficticio pero a la vez pragmático donde puede intentarse promover los procesos por los cuales las representaciones que construye el analista puedan ser puestas a disposición del analizado, pero en un campo lúdico en el cual el analizado pueda aceptarlas o rechazarlas.

El campo de trabajo es ficticio sin lugar a dudas. ¿Pero por qué es también pragmático? Porque el paciente puede procesar un estado afectivo mientras intenta reparar un objeto, o desarmarlo para ver cómo funciona, o utilizarlo para una función para la que no fue ideado pero que salva una situación (como por ejemplo cuando utilizamos la punta de un cuchillo como destornillador). Sería como transformar un cortaplumas en un instrumento múltiple, como esos cuchillos-alicates-tijeras-destapadores-limas-etc., de origen suizo que se venden en todo el mundo. La apuesta es a un proceso de transformación como el que ocurre por ejemplo en *La bella y la bestia* en el cual los tenedores, tazas, floreros, etc. que alguna vez fueron personas, vuelven a serlo a partir de que el monstruo se puede enamorar, es decir, abandonar un estado narcisista y ablandarse mediante el reconocimiento de estados afectivos que implican la consideración del otro y la propia condición de deseante.

La capacidad del paciente para reconocer intuitivamente los estados afectivos en el otro, o su habilidad concreta para *ver* en los objetos su utilidad y composición, la articulación de sus piezas, y la forma en la que pueden ser reparados, es el puente, la vía expedita que podemos aprovechar para comenzar a andar el camino de la subjetividad perdida o suspendida. S. Bleichmar llamó *autotrasplante psíquico* a la utilización de fragmentos representacionales aparecidos a lo largo del análisis que son ensamblados armando simbolizaciones de transición como puntos de apoyo para el pasaje a simbolizaciones de mayor permanencia (S. Bleichmar, 2005, pp. 64-65)

Los campos léxicos, el pensamiento salvaje y los cortocircuitos semánticos

Habría dos consideraciones más que pueden contribuir a esta hipótesis de trabajo.

Una me fue aportada por una paciente escritora que padecía serios problemas digestivos. Ella me decía que cuando determinadas palabras se asocian alrededor de un tema configuran un campo léxico para determinado texto. Y por medio de lo que ella llamaba “pragmática”, refiriéndose a la lengua en uso, el cuerpo actualiza, pone en uso, “materializa” el significado.

Ella sentía que tenía en su vida un oxímoron, una unión de antítesis que definía como “equilibrio inestable”. Esto la hacía sentir segura – insegura. Para darle valor a la seguridad necesitaba materializarla. ¿Cómo? Usando el cuerpo o una cosa concreta para obtener la sensación de seguridad: una medicación, una endoscopia, un baño, alguna acción intestinal.

Su discurso era muy escatológico y las situaciones que relataba parecían también manifestarse corporalmente. Así, su lucha contra su madre y a veces contra sí misma, se ponía en práctica por medio de una “lucha” intestinal que se manifestaba en sus problemas digestivos: diarreas súbitas e incontrolables, dolor intestinal, etc. Se puede argumentar que la paciente tenía conversiones histéricas, pero su aspecto no tenía nada de seductor y su cuadro clínico no se modificaba con interpretaciones en el plano edípico: su compromiso somático era importante, había perdido mucho peso y corría el riesgo de ser sometida a una operación.

Del mismo modo otra paciente con una alergia severa, hija adoptiva, veía afectada la raíz de una muela al mismo tiempo que se movilizaban sus raíces porque había logrado gratificarse con la producción artística, cosa que le estaba vedada y que su madre adoptiva había deseado sin lograrlo nunca.

Este “anclaje en el cuerpo” que en mi criterio es una forma particular de puesta en juego del lenguaje de órgano (Freud, 1915/1973e) sigue la lógica de las cualidades sensibles en detrimento de la lógica abstracta (Anzieu, 1987; Ulnik, 2010).

La otra consideración es la del “pensamiento salvaje”, concepto acuñado por C. Lévi-Strauss (1964).

Para Lévi-Strauss el pensamiento salvaje tiene una estructura. Esa estructura no supone dos niveles, como podría ser consciente/inconsciente o naturaleza/cultura, sino varios niveles que van desde el más concreto al más abstracto (Keck, 2005, p. 64). El más concreto sería por ejemplo el que trabaja con los elementos materiales, las especies animales, y los individuos. El más abstracto sería el que trabaja con categorías, números, fórmulas matemáticas, etc.

Los miembros de una sociedad sienten esos niveles y los movilizan de una manera inconsciente.

La estructura del pensamiento salvaje es como una torta de mil hojas compuesta por planos diferentes y pegados entre sí. Su lógica se despliega y se desplaza entre ellos subiendo o bajando niveles de diferente abstracción para resolver problemas que se le plantean.

“...En cada nivel hay *cortocircuitos semánticos* [cursivas del autor]” que permiten alcanzar directamente los niveles más alejados” (Keck, 2005, p.64).

Un objeto determinado puede tener “inestabilidad lógica” porque por ejemplo reúne pares de opuestos en su significación. Lévi-Strauss (1964) da algunos ejemplos: uno es el de la tribu de los Hidatsa (pp. 42-44), cazadores de águilas que se meten en la trampa de un oso sosteniendo con su mano en alto un trozo de carne sangrante. Cuando el águila se precipita sobre la carne, el cazador escondido en la trampa, la atrapa. El problema es que estos cazadores no logran compatibilizar fácilmente su auto imagen orgullosa de cazadores con el hecho de que para cazar deben caer en una trampa y colocarse en el mismo nivel que el animal cazado. Para solucionar este problema instituyen un tótem con la figura del oso-mapache, que es un animal que escapa a ese tipo de trampas porque sabe cómo salir de ellas. Además, consideran que el tiempo del período menstrual es favorable para la caza, por su emparentamiento con el señuelo de carne ensangrentada.

Según Lévi-Strauss y el estructuralismo una forma se determina por su relación con las otras formas. En el caso que venimos desarrollando, existe un sistema de transformaciones entre estructuras formales diferentes (Lévi-Strauss, 1964; Keck, 2005, p. 48).

Algo similar propone Gombrich cuando sostiene que “entre los pueblos primitivos no existe diferencia entre construcción útil y creación de imagen, en cuanto a la necesidad concierne” (Gombrich, 1999, p. 39). Una imagen que ahuyenta los espíritus los protege tanto como una choza de la lluvia y el sol. Las pinturas no son sólo adornos sino también objetos útiles con una determinada función práctica.

Los cazadores primitivos creían que pintando a las presas los animales verdaderos también sucumbían a su poder. Las imágenes eran una primera forma de escritura, con la cual por ejemplo se registraba o hasta quizás se conjuraba una tormenta. Gombrich nos muestra una estatua mexicana del dios de la lluvia cuya boca está representada por dos serpientes sagradas con forma de rayos.

La realización de imágenes en esas civilizaciones primitivas no se hallaba relacionada sólo con la magia y la religión, sino que también era la primera forma de escritura. La serpiente sagrada en el arte antiguo de México no fue solamente la reproducción de la serpiente de cascabel; llegaría a evolucionar hasta constituir un signo para expresar el rayo y, de ese modo, crear un carácter por medio del cual pudiera ser registrada, o tal vez conjurada, una tormenta. Sabemos muy poco acerca de esos misteriosos orígenes, pero si queremos comprender la historia del arte haremos bien en recordar, siquiera por un momento, que las artes y las letras constituyen, verdaderamente, una misma familia. (Gombrich, 1999, p. 53)

Así como de la pintura se pasó a la escritura y por medio de esta se podía actuar sobre la realidad, del mismo modo *actuando sobre representaciones del cuerpo tomadas de la realidad se puede actuar sobre este, en la medida en que se lo hace pensable*. Podría citar como ejemplo el caso de un paciente en diálisis renal que hablaba en sesión de que quería arreglar el filtro de la piscina de su casa, porque no filtraba bien el agua que además se ensuciaba porque se mezclaba con agua de las napas que se metía por grietas en la pared.

Siempre hay una palabra o representación puente que condensa y ancla el punto de partida a partir del cual se producen los cortocircuitos semánticos, logrando cierta

estabilización. Esto es para mí uno de los fundamentos de la utilización en la interpretación del concepto de *lenguaje de órgano* que implica según Freud, “la prevalencia en toda ilación de pensamiento de aquel elemento que tiene como contenido una inervación corporal o más bien la sensación de ésta” (Freud, 1915/1973e, p.195; Ulnik, 2012)

Charles Pierce sostiene que la significación de un objeto depende de la concepción que tengamos de los efectos prácticos de ese objeto. Dichos efectos o consecuencias prácticas dependen de ciertas acciones: por ejemplo, para darle a un objeto la significación de *duro* lo sometemos a la acción de otras cosas que consideramos duras: lo golpeamos, lo tiramos a ver si se rompe, etc. Si no lo sometemos a esa experiencia, no habrá diferencia entre duro y blando para ese objeto.

Ahora bien: ¿la experimentación de la idea que tenemos de una cosa cambia la naturaleza de la cosa? Si, por una razón cualquiera, no podemos verificar por ejemplo la dureza de un diamante, ¿se deduce de esto que el diamante no es duro y que puede ser blando? (Deladalle, 1996, p. 28)

Pierce no cree poner en duda la realidad de la dureza del diamante, sea o no verificada, sino que sostiene que la no verificación le impide a “la dureza del diamante tener la *realidad* que de otro modo sin duda habría tenido” (Deladalle, 1996, p. 29).

La relación que esto tiene con nuestro tema es que la realidad de una enfermedad también está sostenida en una serie de creencias que son a su vez hábitos mentales que determinan nuestras acciones. Si estas creencias no se verifican la enfermedad existe igual, pero será modificada su realidad subjetiva.

El objeto *enfermedad* será real y creíble dependiendo de tres cosas: 1) los efectos prácticos que produce (por ejemplo, no poder jugar al fútbol por el dolor o la invalidez que produce una fractura o un desgarro); 2) los nuevos hábitos que introduce: comer sin sal o sin azúcar, tomar una pastilla todos los días, etc., como consecuencia de una diabetes o una hipertensión; 3) las acciones concretas necesarias para modificarla (intervenciones quirúrgicas, kinesiólogo, etc.).

Por todo esto, la materialización del dolor, los actos analíticos, el efecto placebo, la concretización del pensamiento, son factores que intervienen tan fuertemente en la realidad de una enfermedad y su posibilidad de modificación.

Así como el pensamiento salvaje es una ciencia de lo concreto que no debe ser subestimada porque elabora sistema de clasificaciones complejas y abstractas (aunque sean hechas con vistas a pensar lo concreto y actuar en ello), del mismo modo el llamado *pensamiento operatorio* y la tendencia concreta, disociada y aparentemente desafectivizada del pensamiento de algunos pacientes llamados *psicosomáticos* tampoco debe generar una subestimación. El pensamiento operatorio -seguramente frecuente entre los pacientes capaces de atribuir su dolor de espalda a una sequía- se puede pensar como una habilidad clasificatoria y operativa y no solamente como un déficit.

A partir de entonces, se puede encontrar en esa habilidad práctica, reproductiva y descriptiva un sistema de oposiciones y diferencias –o sea un sistema simbólico– a partir del cual generar saltos de nivel y entrecruzamientos y cortocircuitos semánticos que permitan, como lo hace la magia del curandero, operar dialécticamente sobre el

pensamiento actuando en el cuerpo y sobre el cuerpo por medio del pensamiento y el discurso.

Así como accedemos a las formas de pensamiento que nos parecen muy extrañas buscando sus propiedades comunes y sus analogías con las formas de pensamiento más familiares, del mismo modo accedemos a la naturaleza extraña de las enfermedades aislando sus propiedades comunes con lo pensable. Es por eso que llamamos *killer* a los linfocitos y *mensajero* al ARN.

La magia del brujo de la tribu utiliza las clasificaciones de la naturaleza e intenta “hacer marchar juntos el pico del pájaro carpintero y el diente del hombre en la cura del dolor de muelas” (Keck, 2005, p. 34). “No valida –como la ciencia moderna– la aplicación de sus clasificaciones al conjunto del universo, pero postula un determinismo global (...) sin conocer sus principios, un poco como los niños juegan a imitar la vida familiar sin conocer sus reglas”.

El analista no es un chamán y pocas veces cuenta con la confianza y la fuerza de la opinión colectiva que en el caso de las tribus forma una especie de campo de gravitación en cuyo seno se desarrolla el *tratamiento*. Pero cuando el paciente no tiene claras sus fronteras corporales y confunde lo propio con lo ajeno, a la vez que disocia la psique del soma, impidiendo de ese modo la elaboración imaginativa de su funcionamiento somático (Winnicott, 1954), el analista deberá inaugurar un espacio nuevo, el de la escucha, el afecto y el texto. Un texto que funcione como campo léxico a partir de la identificación de un cuadro, palabra-puente, ritual, estado afectivo o zona del cuerpo y producir a partir de ahí los cortocircuitos semánticos que permitan acceder ya sea desde el acto médico, desde los materiales concretos, las situaciones proyectivas, etc., a niveles lógicos más abstractos: los de la escritura y el discurso que permite modificar la realidad o al menos actuar sobre ella.

Referencias

- Anzieu, D. (1987). *El Yo-piel*. Biblioteca Nueva.
- Assoun, P. L. (1998). *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma*. Nueva Visión.
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación, del pictograma al enunciado*. Amorrortu.
- Benoit, P. (1990). *Crónicas médicas de un psicoanalista. Medicina y psicoanálisis*. Nueva Visión.
- Bleichmar, S. (2005). Vigencia del concepto de psicósomática. Aportes para un debate acerca de la articulación entre lo somático y lo representacional. En A. Maladevsky, M. B. López y Z. López Ozores (Comps.), *Psicósomática. Aportes teórico clínicos en el siglo XXI* (pp. 57-74). Lugar.
- Dejours, C. (2005). La escogencia del órgano en psicósomática. En A. Maladevsky, M. B. López y Z. López Ozores (Comps.), *Psicósomática. Aportes teórico clínicos en el siglo XXI* (pp. 107-123). Lugar.
- Deladalle, G. (1996). *Leer a Pierce hoy*. Gedisa.
- Freud, S. (1973a). Proyecto de una psicología para neurólogos, En *Obras Completas* (Tomo I, pp. 209-276). Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1950)
- Freud, S (1973b). Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora). En *Obras Completas* (Tomo II, 933-1002). Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1905)

- Freud, S (1973c). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras Completas* (Tomo II, pp. 1169-1237). Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1905)
- Freud, S. (1973e). Lo Inconsciente, En *Obras Completas* (Tomo II, pp. 2061-2082). Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1915)
- Gombrich, E. (1999). *La historia del arte*. Sudamericana. (Obra original publicada en 1950)
- Green, A. (1990). El afecto en psicoanálisis. *Zona erógena*, 3(199), 8-13.
- Green, A. (2005). Teoría. En A. Maladevsky, M. B. López y Z. López Ozores (Comps.), *Psicosomática. Aportes teórico clínicos en el siglo XXI* (pp. 123-161). Lugar.
- Keck, F. (2005). *Lévi-Strauss y el pensamiento salvaje*. Ediciones Nueva Visión.
- Lévi-Strauss, C. (1964). *El pensamiento salvaje*. Fondo de cultura económica.
- Montagna, P. (2000). Affect, somatization, symbolization and the analytic situation. *Revista Portuguesa de Psicossomatica*, 2(2), 66-67
- Ulnik, J. y López Sánchez, J. M. (2002). *Monográfico de Medicina psicosomática*. Virgen de las Nieves.
- Ulnik, J. (2010). *El psicoanálisis y la piel*. Paidós.
- Ulnik, J. (2012). El psique-soma y el pensamiento salvaje. En I. Súcar y H. Ramos (Comps.) *Winnicott Resonancias* (pp. 281-292). Editorial Primavera.
- Winnicott, D. W. (1954). *Mind and its relation to the psyche-soma*. *British Journal of Medical Psychology*, 27(4). 201-209. (Trabajo leído ante la Sección Médica de la Sociedad Británica de Psicología y revisado en octubre de 1953)
- Winnicott, D. W. (1991). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós.