

La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas

José Eduardo Fischbein

El plano psicológico, el biológico y el social interjuegan y se imbrican en el campo psicoanalítico. Proveen estímulos que serán procesados por el psiquismo del paciente en la relación transferencial. La realidad psíquica (con el fantasear), la realidad social desde el registro de los vínculos y la realidad del cuerpo conforman una compleja estructura a la que se deberá enfrentar el ser humano. Estos planos van juntos, constituyendo un continuo que nos obliga a circunscribirlos artificialmente para su abordaje. Sus límites no son claros excepto cuando aparece el conflicto o el síntoma. El síntoma produce un corte en el continuo, y es en el espacio de la escisión donde aparece la patología. En este espacio, la palabra es la que puede establecer puentes para disminuir la escisión. El cuerpo aparece no sólo como realidad anatómica, sino también como realidad de la fantasmática, donde la representación y las señales de enfermedad y del envejecimiento están presentes, a partir de la presencia vivencial, proveniente de la percepción de su capacidad erógena y sensual.

La clínica psicoanalítica impone nuevas teorizaciones sobre los hechos de nuestra práctica. El avance de la metapsicología permite conceptualizar campos marginales del psicoanálisis. La enfermedad somática es uno de estos campos. Durante mucho tiempo se utilizó el modelo de la histeria, para la comprensión y el tratamiento de los pacientes con enfermedades somáticas; no obstante, actualmente tendemos a pensar que este modelo no sólo es insuficiente, sino que además, se corre el riesgo con su utilización de favorecer procesos de pseudoanálisis, al generar

una superestructura racional y consciente que refuerza defensas caracteropáticas.

Hoy intentaré abordar al paciente en los momentos de la irrupción de un *acontecimiento somático*. Esta entidad, *el acontecimiento somático*, es transnosográfica y da cuenta de una forma de funcionamiento mental en el momento de su *presentificación*. No aludiré, como es habitual en nuestro medio, a “lo psicossomático”; ya que pienso que de hecho, hay una sola entidad que podemos denominar psicossomática, y ésta es la salud. La salud es el único momento en el que lo psíquico y lo somático están integrados. El paciente somático es el fracaso de esa unidad. Habitar el propio cuerpo con su dimensión doliente y mortal, rompe con la omnipotente ilusión narcisista de exclusión del sufrimiento. El sufrimiento puede ser proyectado, por el sujeto, en la propiedad extraña que es el soma. Cuerpo y soma constituyen distintos registros. El aparato psíquico se ve exigido desde los distintos registros de lo corporal. Estos van desde lo somático hasta el cuerpo erógeno. Lo corporal, además de aportar al psiquismo los estímulos para su propia organización, lo demanda para el procesamiento y metabolización de las excitaciones, a fin de que le aporte las imágenes para representarse a sí mismo. Estas exigencias imponen al Yo compromisos, renunciaciones y duelos que se repiten y deben ser superados. El rango de la expresión corporal, en el plano psíquico, va desde el síntoma de la conversión histérica hasta el *acontecimiento somático*. Uno y otro son manifestaciones de los dos polos del funcionamiento mental: de máxima expresión de trabajo y de transformación psíquica en la histeria; y de claudicación del aparato mental y su desorganización en las patologías somáticas. En estas últimas, el intento de calmar la tensión, involucra procesos somáticos de descarga acompañados de una perspectiva concreta de la realidad externa e interna por desorganización regresiva del aparato psíquico.

Desde el modelo dinámico freudiano, la enfermedad es concebida como un proceso con un devenir temporal. No es una situación o estructura armada, sino un acontecer, una sucesión de hechos en el tiempo. Dentro de esa sucesividad, puede aparecer el acontecimiento somático, más allá de las distintas organizaciones psíquicas. El acontecimiento somático es un hecho que irrumpe y se instala en el devenir temporal. Si consideramos el

enfermar como un proceso, la secuencia que hallamos será: un primer momento de quiebre de la estructura narcisista, tiempo de la sobrecarga traumática; un segundo momento que consiste en la aparición del acontecimiento somático, condicionado por la predisposición del sujeto; y un tercer momento, el de la patoneurosis con el restablecimiento de los significados psíquicos a los hechos. Surgen entonces los siguientes interrogantes: ¿qué implicancia tiene la aparición del acontecimiento somático? ¿Qué función cumple este acontecimiento somático, en relación con lo psíquico? ¿Cómo consideramos al paciente con acontecimiento somático desde la clínica psicoanalítica actual?

Comenzando por la última pregunta, consideraremos a este paciente, como un sujeto severamente perturbado, con una patología narcisista, en la que la respuesta a una injuria consiste en una inhibición, en una ausencia o en un fracaso de las funciones mentales; y cuya perspectiva de la vida psíquica y de la realidad es concreta, por fallas o déficit a nivel del mundo representacional. Su aparato psíquico claudica en el intento de procesar estados de conflicto o tensión. Se trata de una claudicación vinculada a la fragilidad de la estructura psíquica, o a un rebalsamiento de su capacidad funcional ante la necesidad de contener el embate de lo traumático. Por regresión a una posición narcisista, en la que predominaría un estado semejante al que Freud ha descrito como “yo de placer”, el soma, desde sus demandas de resolución de estados de tensión, es vivenciado (por el Yo) como una exterioridad al aparato psíquico, como un “no Yo”. En esta exterioridad propia del sujeto se efectivizan las descargas.

Lo antedicho nos introduce en el concepto de escisión, tanto en el sentido de defensa intrapsíquica extrema, como en el de escisión mente-cuerpo. La escisión, en este segundo sentido, marca la aparición de estados en los que lo psíquico queda momentáneamente suspendido y el soma responde biológicamente. Las demandas corporales no logran transformarse en señales de alarma, en indicadores significativos que puedan evitar el quiebre del equilibrio psicosomático.

El acontecimiento somático, es un acto defensivo de la estructura mental, que apela a acciones evacuativas. La puesta en acto en el cuerpo, implica el drenaje de un exceso de tensión no soportado por el psiquismo. El sujeto sustenta la paradoja de sentirse mejor cuando el acontecimiento somático está presente.

Este acontecimiento puede ser tomado como un fenómeno restitutivo, luego de un quiebre narcisista, que trata de mantener un patrón de integración e integridad psíquica involucrando actos en el área corporal. Freud toma el acontecimiento somático, como una defensa frente a un dolor psíquico que es imposible de soportar. Al referirse a las alternancias entre los episodios de predominancia de conflictos psicológicos y las crisis somáticas del Presidente Wilson, dice en el libro sobre él, que “la enfermedad somática es más soportable que el dolor a nivel mental”. Otro aspecto de lo paradójal es que el acontecimiento somático sirve de defensa contra la corporalidad. Entendemos al cuerpo como una instancia psíquica simbólica, una instancia representacional. El bloqueo del funcionamiento mental busca resolverse a través de lo somático. El soma protege del sufrimiento mental, pero inserta al sujeto en el contrasentido de enajenarse de sí mismo. La descarga, que sigue vías reflejas biológicas es idéntica para todos los sujetos. Una úlcera gástrica, un lupus eritematoso o un ataque de asma son idénticos en su forma de expresión en diferentes personas, mientras que un síntoma conversivo habla de la historia singular del sujeto y su expresión es multifacética. Observamos consecuentemente que lo que aparenta ser un mismo referente perceptual: el cuerpo, marca, sin embargo, dos niveles diferentes de procesamiento psíquico respecto de él.

Dentro del circuito de los procesos de progresión y regresión, la aparición de un acontecimiento somático requiere un estudio transversal en el que se pueda evaluar: el nivel de organización de la estructura psíquica, la capacidad de simbolización, los vínculos objetales, la vida emocional y la cualidad que el objeto detenta para el sujeto, las reacciones del sujeto ante la pérdida del objeto, las características de un duelo patológico que enlaza al acontecimiento somático con ciertas formas de la paranoia y de la melancolía, la relación entre el pensamiento elaborativo y el pensamiento operatorio, la capacidad o el fracaso de la función onírica, y el nivel de certeza o de las creencias psicóticas que se despliegan en el discurso del sujeto. Estos elementos, presentes en todo análisis, tienen distintos gradientes de intervención, y definen el sentido de la presentificación del acontecimiento somático en el campo del discurso, campo del psicoanálisis.

Consideramos al preconsciente como un sistema inhibitor de la descarga indiscriminada. La posibilidad de funcionar a través

del filtro preconsciente marca lo que Freud llama el proceso secundario, proceso que inaugura una mayor estructuración dentro del psiquismo. Esta se caracteriza por las ligaduras de cargas y por el control de la motilidad, que a su vez permitirá instaurar distintas funciones: la capacidad de diferenciación, el juicio de realidad, la autoobservación y el cuidado de sí del sujeto. El preconsciente también aportaría la capacidad de discriminar y nominar los distintos estados emocionales, abriéndole al sujeto el acceso a la resolución de situaciones afectivas. En los momentos en los que el procesamiento mental preconsciente falla, el conflicto se percibe como tensión por la imposibilidad de ser nominado. Sobreviene entonces la tendencia a la descarga y al acto por rebalsamiento del aparato psíquico. Este es uno de los elementos básicos que observamos en los estados en los que se presentifica el *acontecimiento somático* como expresión de una claudicación del funcionamiento más evolucionado, de aquél que involucra la representación, es decir, de los procesos de ligadura que son el fundamento del pensar.

Es importante tener en cuenta la posibilidad de representación y de transmisión de los estados afectivos a través de la palabra. El trabajo del psicoanálisis se basa sobre el concepto de abreacción, con el que se incluye a la palabra como protagonista, específicamente en las psiconeurosis. Contrariamente las patologías somáticas, por su tendencia a la descarga tensional, se enmarcan como *patologías del acto*. Cuanto mayor es la situación de excitación, tanto más desbordado puede quedar el “Yo”, con el riesgo de aparición de descargas directas. La tendencia a la actuación, los accidentes y el acontecimiento somático son distintas modalidades de expresión del fracaso del trabajo psíquico de ligadura. A través de ellos se drena, por caudales somáticos y vías biológicas, el exceso de excitación que no puede ser procesado mentalmente, quedando el sujeto expuesto a los efectos de la cantidad y a la urgencia de su descarga.

Insisto en que no sería factible pensar en una teorización sobre el acontecimiento somático, sin considerar como su punto central, la cuestión de la falla en la capacidad de la función simbólica de los sujetos que la padecen. Falla que puede ser estructural o provisoria. El acontecimiento somático deviene un índice o un elemento sígnico meramente denotativo de una forma de funcionamiento mental, cuya cualidad evacuativa da cuenta de la pre-

cariedad de la actividad psíquica en sus niveles mas evolucionados. En este acontecimiento, los procesos primarios muestran su huella, y prevalecen el pensamiento mágico y la gratificación alucinatoria como formas privilegiadas de funcionamiento mental. Tanto el fracaso de la función onírica como las certezas psicóticas que se expresan en el discurso de los pacientes contribuyen a señalar la jerarquía adquirida por uno de los polos de la estructura psíquica: el polo perceptual, caracterizado por la inmediatez y por la incapacidad de contener cargas excitatorias. Los procesos de ligadura se realizan en el sector representacional, y éste es el que funciona deficitariamente.

Dice Freud en el artículo “Los dos principios del suceder psíquico” en relación al pensamiento como modalidad de descarga diferida: “El aplazamiento, necesario ahora, de la descarga motora, fue encomendado al proceso de pensamiento, surgido de la mera representación. Esta nueva instancia quedó adornada con cualidades, que permitieron al aparato psíquico soportar el incremento de tensión de los estímulos durante el aplazamiento de la descarga. Mas para ello, se hacía necesaria una transformación de las cargas libremente desplazables, en cargas fijas, y esta transformación se consiguió mediante una elevación del nivel de todo el proceso de carga”. Este proceso está ligado a la actividad representacional del pensamiento. Cuando este proceso claudica o funciona deficientemente nos reencontramos con la necesidad de descarga como reguladora de la economía dentro del aparato. Retomemos el texto freudiano: “La descarga motora, que durante el principio de placer, había servido para descargar los incrementos de estímulo del aparato psíquico y había cumplido esta misión por medio de las inervaciones transmitidas al interior del cuerpo, quedó encargada ahora, de una nueva función, siendo empleada para la modificación adecuada de la realidad y transformándose en acción”. Freud se refiere a la acción específica, que tiene como objetivo el logro de una meta pulsional. Pero en los casos de falla del funcionamiento mental, nos encontramos con actos evacuativos de la tensión, que no son contenidos por el pensamiento, y que utilizan las vías somáticas facilitadas, culminando en la aparición del acontecimiento somático.

Así se podría afirmar, que el acontecimiento somático se inserta en el conjunto de los procesos de descarga pertenecientes, de acuerdo a las categorías de nuestra teoría, al imperio del acto

y opuesto al imperio de la fantasía; este último, lugar de inclusión de los conflictos con procesamiento mental. El pasaje que se produce en el acontecimiento somático, desde el imperio de la fantasía al imperio del acto, cumple con la función de proteger a la estructura de una cantidad de carga no cualificada que de otro modo barrería con ella.

Las descargas implican la repetición inconsciente de algo ya vivido que no puede ser recordado. Es una vivencia *no registrada en lo mental* por haber sido percibida antes de la adquisición de la palabra, una vivencia, podríamos añadir metafóricamente, cuyo texto se encuentra inscripto en otra clase de “gramática”, la gramática del *soma*, que responde al orden biológico, distinto del orden del universo simbólico. El sujeto desconoce, por lo temprano de su ocurrencia, tanto su origen como su cualidad repetitiva. En el caso de la aparición de tales acontecimientos, estaríamos frente a una regresión a un estadio preverbal y preconceptual, en el que predominan las descargas de orden biológico por desorganización de los filtros mentales para la excitación; es decir, un estado en el que dominan las percepciones y las vivencias, ligadas a un déficit del sistema preconscious que aportaría la posibilidad de reconocimiento de un sentido.

No debemos olvidar que estas modalidades defensivas están al servicio de la recomposición de una organización yoica que no soporta lo penoso y responde con la actuación. Para preservar la omnipotencia narcisista, el sujeto responde ante lo intolerado con una acción en lo somático, manteniendo la escisión mente-cuerpo. El conocimiento del cuerpo debe ser destruido, como también lo debe ser el propio soma demandante. Se instala un estado con sensación de inundación perceptual y vacío representacional, que constituye la antesala de la angustia automática.

CAMBIOS EN LA TECNICA PSICOANALITICA

A lo largo de muchos años de trabajar psicoanalíticamente, observamos cambios en la manera de instrumentar el análisis y los elementos del encuadre de trabajo. Estos cambios se sustentan algunas veces en factores relacionados con la patología del paciente, apuntalados por lo tanto sobre teorías psicoanalíticas; y otras veces sobre factores externos al análisis. Podemos definir

al campo psicoanalítico como el terreno conformado por la confluencia de tres neurosis: la que aqueja al sujeto en la actualidad, la creada en la transferencia y ambas como la evocación repetitiva de la tercera: la neurosis infantil. Para que se despliegue esta confluencia es necesario que se den condiciones particulares. Un observable que merece ser mencionado es la mayor incidencia de “patologías actuales” respecto de las neurosis clásicas en las consultas. Optamos por tomar la acepción de “actual” en referencia al acto, y a lo presente del apremio de resolución de lo tensional que estas patologías “actuales” demandan. El psicoanálisis ha agudizado sus criterios de escucha, y se permite la incursión en terrenos más allá de los tradicionales. Es en este sentido que nos adentramos en lo ubicado en un más allá de lo representacional e incluimos en este espectro a las patologías somáticas. En las enfermedades somáticas, el cuerpo (soma) *presentifica* una situación de claudicación de las posibilidades del trabajo psíquico de ligadura, y por su cualidad evacuativa, no deja inscripción, ni representación. Las enfermedades somáticas pertenecen a un orden biológico y universal, siendo un trabajo del psicoanálisis la significación subjetiva e individual.

Si el trabajo psicoanalítico tiene como objetivo acceder a la escena inconsciente subyacente al síntoma neurótico, el encuadre clásico propuesto por Freud concordantemente, persigue el logro de esta meta. El modelo de aparato psíquico propuesto en el cap. VII de la “Interpretación de los sueños” nos puede servir para comprender dicho encuadre. Recordemos que en este modelo hay un polo perceptual, un polo motor de descarga y una sección intermedia compuesta por el bagaje de huellas mnémicas que se brindan como sostén para las ligaduras de carga. En este sector representacional, se organizan las escenas inconscientes que no sólo serán el sustento del síntoma y de la enfermedad, sino que a través de su evocación, revertirán su camino proporcionando la salida de ella. Es decir sobre la develación de este sector actúa el tratamiento psicoanalítico para sacar al sujeto de su sufrimiento neurótico.

El método clásico fue pensado para desplegar el sector intermedio del esquema, anulando gracias a las condiciones del encuadre tanto el polo perceptual como el motor. Por otro lado, con la regla fundamental se trataba de eludir las censuras preconscientes. Este encuadre favorecería en el paciente un estado próxi-

mo al de la ensoñación. La posición yacente es no sólo un intento de llevar a un mínimo la percepción de estímulos y la motricidad durante la sesión, sino que se dirige a aproximar al analizante al estado de repliegue narcisista del sueño, situación que favorece la regresión y un modo de funcionamiento psíquico cercano a los procesos primarios, en los que se evidencia y resalta la repetición. El trabajo analítico se realiza, por así decirlo, en las partes intermedias del esquema del “peine” del Capítulo 7° del “Libro de los sueños”, centrándose en la evocación de lo representacional.

Basándonos sobre este esquema de aparato psíquico, definiríamos *lo actual* como los polos del modelo propuesto por Freud. Si consideramos que los pacientes somáticos padecen un déficit a nivel del mundo representacional, encontramos que ellos se mueven en los extremos del esquema, tanto en el extremo del polo perceptual, como en el extremo del polo motor del aparato. Si el funcionamiento mental se centra en el polo perceptual, hallamos que los enunciados de estos pacientes duplican lo fáctico de sus percepciones, exhibiendo una escasa o nula transformación por el influjo de una actividad fantasmática; mientras que si recae en el extremo motor, los pacientes tienden a la actuación evacuativa de sus vivencias de tensión. Ambas circunstancias coinciden en la imposibilidad de la actividad evocativa y representacional que se llevaría a cabo en la parte central del esquema freudiano.

Consecuentemente el trabajo psicoanalítico en el campo de las neurosis del acto, se desarrolla en los extremos del esquema. Freud consideraba lo allí ubicado, como lo inanalizable. Hoy pensamos que no es así; en estos extremos podemos comenzar a atribuir un valor metaforizante al acto, en tanto repetición de una escena anterior que no puede ser dicha con palabras. Se establece un relato en acto en el que se presentifica aquello que es imposible poner en palabras. Emerge la repetición en la transferencia, a la búsqueda de un texto a ser enunciado por el analista. El analista trabaja sobre la repetición y este trabajo permite trocar el acto en escena evocada, con un sentido dramático asignado por la transferencia. El texto que surge daría significación a un acto de descarga de la tensión que, de persistir, tendría un efecto desorganizante. En las enfermedades somáticas hay una puesta en acto, y en el caso de que se logre enmarcar la enfermedad en una

“neurosis de transferencia” se sustituye lo intrasubjetivo con descarga somática por lo interpersonal.

Si por el contrario existe un predominio de la actividad en el polo perceptual, aparecen como defensas, el repudio y la desestimación de los estímulos de los hechos del mundo exterior, como forma de evitar la sobrecarga perceptual. El trabajo del aparato psíquico transforma a la realidad experiencial en representación, y contribuye de este modo a construir los criterios de realidad del sujeto. Lo que proviene del exterior, es pasible de ser recogido y trabajado por el analista en aquellos casos extremos en los que hay un déficit en la capacidad para transformar lo presentificado en representado. La experiencia clínica en este campo nos advierte que, en la medida en que no se accede a la transformación de lo presente de la percepción en lo representado, los estímulos inevitablemente dispararán la ocurrencia de un acontecimiento somático.

El encuadre tradicional pone en marcha y favorece el dispositivo terapéutico que supone la diada asociación libre-atención flotante. Poco de ello puede ocurrir con estas modalidades de funcionamiento que imponen cambios en el encuadre, ya que se apuntaría a establecer representaciones que aporten un sostén para la ligadura de los estados tensionales. Los pacientes que tienden a la defensa orgánica, tanto a la somatosis, como al acting out, como formas de proteger al aparato psíquico, imponen la necesidad de creación de condiciones adecuadas para el establecimiento de un texto significativo que contenga la ansiedad desbordante. Contrariamente, la utilización del encuadre clásico puede favorecer en ellos los comportamientos evacuativos, por su intolerancia al enfrentamiento con las vivencias de vacío, un vacío de inscripción en un sistema representacional que pueda funcionar como dique a lo puramente cuantitativo de lo pulsional.

Ciertamente estamos en un espacio diferente del de las clásicas psiconeurosis. En estas situaciones no trabajamos con el levantamiento de la represión. Una vez más, recordemos que no se trata del develamiento de un texto, sino de la inscripción y armado del texto hasta ahora inexistente, de lo que no ha sido aún representado. Es en este sentido que apelaríamos más a la construcción que a la interpretación, intentando aportar vitalidad a funcionamientos disminuidos, incapaces de desarrollar la libre asociación, y que requieren una mayor actividad del analista. Los

cambios en el encuadre no serían los relativos a los aspectos formales, como ser: uso o no del diván, número de sesiones, etc., sino a los aspectos funcionales del mismo. Consideramos que el análisis del paciente “actual” implica un pasaje de la modalidad de la técnica “per vía di levare” a la necesidad de proceder “per vía di porre”, como una forma de contener al acto a través de la (re-)creación de representaciones. Predominaría la idea de que el acontecimiento somático se constituye como un hito histórico que denuncia un suceso al cual el sujeto no tiene acceso directo. El acontecimiento somático es una búsqueda imperativa e irrefrenable del objeto, perdido en el pasado e inhallable en el presente, trocando el amor que no fue con el objeto primario, por una manipulación compulsiva del soma en la actualidad.

En el tratamiento psicoanalítico, el acontecimiento somático adquiere el sentido de dar acceso, a través del trabajo de historización, a un universo simbólico que reduciría el espacio de la escisión mente-cuerpo. Este es un hiato existente porque tal integración no habría sido lograda en el desarrollo debido a la falta o déficit de un buen equipo representacional. Es en el universo del símbolo, de la palabra con valor simbólico, donde el hiato mente-cuerpo desaparece. Es dentro del campo analítico donde la repetición puede tornarse en recuerdo gracias al aporte significativo del psicoanalista, que permite la transformación de la *presentificación en representación*. Con esta significación ulterior, podemos romper con la concepción fatalista de la predisposición en estos cuadros, ya que podemos aspirar a modificaciones a través de un psicoanálisis.

El abordaje y tratamiento del acontecimiento somático sólo es posible mediante el estudio y desarmado de las intelecciones que el paciente hace de su enfermedad somática y el armado e inscripción de su simbolización secundaria en el proceso analítico. En estos tratamientos juega un papel predominante el análisis de la contratransferencia y el simbolismo universal. La oportunidad (*timing*) para las comunicaciones del analista al paciente es muy importante, ya que intervenciones prematuras respecto del acontecimiento somático llevan, en mi experiencia, a actuaciones, tanto en el tratamiento como en el mismo cuerpo del paciente, a la agudización de la sintomatología somática, al pasaje al acto y a la reacción terapéutica negativa.

El acontecimiento somático actúa como un elemento a partir

del cual se puede desenmascarar e ilustrar la repetición. Desde él se harán construcciones; aunque de ningún modo atribuyéndole un simbolismo inconsciente intrínseco, como sucedería en la interpretación del síntoma conversivo. La interpretación es más de orden cuantitativo que de contenidos. Es decir, con un significado atribuido a lo que supuestamente el acto representa, con la descripción de lo que constituye la situación tensional. Mientras que en las neurosis defensivas se trabaja con la evocación y el develamiento del sentido de los síntomas, en las neurosis actuales trabajamos con la descripción de la presentificación y con una atribución secundaria de sentido a lo cuantitativo. Por “secundaria” queremos decir que es el analista quien le adjudica un sentido al acto que es “puro acto” para el paciente, que es incapaz de atribuirle una significación por sí mismo. En estos casos el psicoanálisis opera en forma diferente, tratando de inscribir una escena a ser evocada en el futuro, en la neurosis de transferencia. Sólo en este campo se podrá luego controlar la actuación y será posible la evocación de lo inscripto desde el aporte significativo del analista. La actua(liza)ción del conflicto por efecto de la desmentalización requiere de un texto elaborado por el analista, a ser inscripto por el paciente en un continente facilitado por el trabajo de ambos. Este texto será el dique que podrá contener el embate del acto evacuativo en lo somático.

Analizar, con estos pacientes, sería por lo tanto llenar un vacío, construir lo no construido en la historia material, mentalizar la aún no integrada respuesta biológica a través de construcciones, aportadas por el analista; quien por medio del habla incluye en los procesos de simbolización, a la expresión regresiva y presentificadora del lenguaje corporal. Las construcciones sobre los vínculos tempranos y su repetición actual a través del acontecimiento somático en la transferencia son el instrumento jerárquico. Con ellas se irá recuperando la vida emocional, y se discriminarán sentimientos y afectos que han permanecido desestimados por la acción de la defensa alexitímica.

EJEMPLO CLINICO

El Sr. O. tiene 58 años en el momento de la consulta. Es un exitoso empresario, casado, padre de tres hijos. Hijo mayor de

una familia de judíos inmigrantes, tiene una hermana dos años menor que él.

Su padre murió a los 58 años, en el postoperatorio de una gastrectomía, a la semana del nacimiento de la hija mayor del Sr. O. Esta hija tiene 25 años en el momento de la primera entrevista.

De origen humilde, el Sr. O. ya desde su adolescencia se ubica en el lugar de aquél que tiene que orientar y proteger al padre. Trabaja como gerente del taller de éste para rescatar la endeble economía familiar. Hasta el día de la muerte del padre se hace cargo de sus deudas y, desde entonces, mantiene además a su madre.

Durante el noviazgo con quien hoy es su esposa, compra y les regala la casa a los que serían sus suegros. Por ese entonces, él ya tenía su pequeño emprendimiento profesional que inició con un dinero que le regaló su madre, obtenido de la venta de la máquina de coser de ella. Esto genera una deuda de gratitud que se mantiene hasta la fecha y que sella un vínculo de madre-amante que genera profundo malestar en su matrimonio. Este vínculo deudor, es la expresión de una fusión narcisista con la madre que aún permanece sin resolver y que impide un acceso a la problemática de la triangulación.

Su hija mayor padece de úlcera gástrica e hizo una descompensación psíquica durante su luna de miel. La segunda hija no puede terminar sus estudios, y padeció un brote psicótico durante un plan de intercambio estudiantil, y el hijo menor, “el varón”, es un muchacho con un retraso en la maduración.

Su señora es una “mujer perfecta”, queda constantemente ubicada en un lugar de idealización. Es hija única y genera conflictos por celos patológicos.

El Sr. O. fue referido a un tratamiento psicológico por la analista de su mujer. Ambas estaban preocupadas por su salud. Durante las vacaciones previas a la consulta, a raíz de tener que enfrentar conflictos con su hijo, se descompensó físicamente. En dos oportunidades tuvo que ser internado por episodios de taquicardia paroxística.

En el momento de la primera entrevista, se presentó sin conciencia de conflicto. Estaba ligeramente asustado ante la posibilidad de repetición de un episodio como los que ya lo habían afectado.

Su mundo afectivo estaba suspendido, y no podía hacer refe-

rencia a él. Su preocupación se centraba en la continuidad de su empresa. Había montado una estructura muy exitosa, era un self-made man que se había dedicado a estudiar habiendo nacido ya sus hijos, quienes quedaron al cuidado exclusivo de su mujer. Estaba enfrentado a su hijo menor, el “varón”, ya que éste frustraba los planes que “el padre había creado para él”. Se designaba a sí mismo sólo en tercera persona o de modo impersonal. En general oscilaba entre una difusa preocupación y la pelea. Se manejaba con un esquema proyectivo de acuerdo al cual los otros eran los promotores de su malestar, que era definido como una sensación difusa. Enunciaba: “un padre sufre ante el fracaso de los hijos”, “uno trata de resolver problemas”.

El tratamiento se desarrolló a razón de dos reuniones semanales, excepto en los momentos de máxima tensión y susto del Sr. O., en los que él promovía un incremento de sesiones como un intento de contención de sus estados afectivos de tensión y angustia.

Durante el primer año y medio rechazaba mis intervenciones o quedaba desconcertado ante ellas, a menos que fuesen descripciones de su vida interaccional y afectiva en forma simple y concreta. Ante el develamiento de un contenido inconsciente respondía con indiferencia y lejanía. Parecía impenetrable y necesitaba constantemente reaseguramientos o intervenciones que regularan su autoestima, que frecuentemente sufría colapsos.

En este período del tratamiento utilicé en forma reiterada un artificio técnico que consistía en escribir mis intervenciones en un pizarrón y visualizar junto al paciente las transformaciones del enunciado y su correlación con su posicionamiento en el espacio virtual del escenario psíquico. Puse especial énfasis en la dupla sujeto activo y sujeto pasivo, como también en la nominación y discriminación de sus vivencias tensionales.

Si bien los episodios de taquicardia no se repitieron, su cuerpo hablaba constantemente. En los tempranos comienzos de su tratamiento padeció una lumbalgia que blandió como un certificado que le impedía el uso del diván. A los pocos días del casamiento de una de sus hijas expresó el dolor ante esta separación con un dolor agudo hemorroidal, debiendo operarse urgentemente. En estas oportunidades no podía asignarle a estos acontecimientos somáticos un significado, y no aparecían giros

idiomáticos en el discurso en los que se pudiera pesquisar una actividad metaforizante.

Ante situaciones que pudieran requerir una solución, que demandara un procesamiento del afecto, los resfríos y las algias corporales se le imponían y lo postraban en la cama. Al mismo tiempo era sumamente eficiente y operativo en el plano laboral.

A medida que pasaba el tiempo empezó a adquirir cierto interés por hablar de algunas de sus cosas; tomó una distancia operativa y desarrolló cierto humor para enfrentar los problemas. Su percepción paranoica en relación a las vivencias emocionales disminuyó.

Hacia esa época su señora lo enfrentó a un problema de celos con su madre y hermana, exigiéndole que tomara partido. Se sintió injustamente tratado, acorralado y sorprendido en su buena fe. Su necesidad de estar en buenos términos con todo el mundo se vio amenazada. En el tratamiento iniciamos un período productivo en el que pudo cuestionarse y se animó a tomar posiciones aunque en todo momento se identificó con su oponente y lo justificó. En cualquier lugar de la escena en el que se ubicase, podía entender y justificar los móviles de su adversario.

Con angustia y dolor pudo enfrentar peleas. Al quedar destituido su mundo ideal, tomó en cuenta las fracturas en su entorno. Pasó a desempeñar un rol activo en el escenario mental, al comenzar a cuestionarse acerca de cómo involuntariamente pudo haber sido él quien habría generado los problemas que hoy hacían eclosión.

“Creo que fui yo quien creó el problema. Mi mujer tiene razón, yo le mentí, nunca le dije cuánta plata le pasaba a mi mamá. Mi mamá se compró joyas y un tapado de piel. Decía por allí que mi empresa era de ella. Mi mujer estaba preocupada por los reclamos que pudiera hacer mi hermana si me pasaba algo. Durante años tuve a mi mamá de amante”.

Siente que no cuenta con aliados para sortear estos conflictos y comienza a sentirse solo. Ocurre en este momento un episodio que marca un punto de inflexión en su tratamiento. Después de una clase de gimnasia comienza a sentirse mal. “Había ido muy cargado a ver si me descargaba”. Percibe un golpeteo en el pecho y su ritmo cardíaco aumenta. Piensa que se desencadenó una taquicardia como las que ya padeció. Tirado en el suelo llama al instructor para demandar la intervención de un equipo de emer-

gencias médicas. El profesor de gimnasia comienza a hablarle e inquirir sobre su estado y los factores que pueden incidir en su nerviosismo. Calma su desesperación hablando y hablando. Después de un cuarto de hora, el Sr. O. yace tranquilo con la convicción de que superó su estado.

Al relatar este hecho adquiere la convicción de que cedió gracias a que pudo pensar y hablar de lo que le preocupaba. Según su decir, hubo una “esponja de palabras que evitó el desborde”.

Se resignifica de ese modo a través de la idea de la “esponja de palabras” lo trabajado en el tratamiento hasta ese momento y empieza una etapa fructífera, referida a la nominación y enunciación de sus estados emocionales. Establece ahora una oposición entre palabra y acto, obligándose de acuerdo a sus características de eficiencia a hacer pasar todo por su registro verbal.

Un cambio en este período de su tratamiento es el permiso que se da para conectarse con su sentir y hablar de lo que siente. Tolera estar deprimido y busca las causas de este estado. Pasa del miedo a lo somático al miedo a la depresión. El repudio de sus vivencias se ha trocado por una fóbica aproximación a su mundo emocional con posibilidades de nominar y compartir sus emociones.

En este período puede enunciar sus pensamientos incluyéndose como “yo” o con su nombre, y aparecen proyectos en los cuales las secuencias temporales son básicas para su ejecución. Es decir, se puede ubicar a sí mismo en el pasado o en el futuro haciendo correspondencias fantasmáticas acerca del sentido de su vida; está funcionando desde el modelo de las psiconeurosis.

Este funcionamiento se mantuvo hasta que presiones exteriores, tales como cambios en su vida familiar, redistribución de roles, cambios en la economía del país, actuaron como ofensas narcisistas que lo sacaron de su mundo ensoñado. Ante estos hechos, se restablecieron procesos de desestimación, volviendo a funcionar en situación de impasse.

En relación a este paciente quisiera examinar dos momentos. En principio, el momento previo a la aparición del primer episodio de taquicardia paroxística, que se caracterizó por el descubrimiento hecho por el paciente, quien pensaba que había hecho todo por su hijo, de que éste tenía episodios de adicción.

El había organizado la vida de este hijo, había arreglado que el muchacho lo sucediera en la empresa. En el momento en que la

mujer y las hijas le insisten que intervenga en esa situación, desestimada por él, su posibilidad de respuesta fue el episodio de taquicardia. ¿Qué pasó allí? El Sr. O. entró en una relación conflictiva con su ideal. El hijo por el cual consideraba que hacía todo, repentinamente queda destituido dentro de su proyecto de vida y él queda así prácticamente vaciado, en un colapso narcisista. En ese momento, al no poder enfrentar una situación de duelo, aparece en su lugar el episodio somático como una manera de expresión del conflicto.

En los dos primeros años del tratamiento, que culminaron en el momento en el que pudo enunciar el tema de “la esponja de palabras”, fue dificultoso construir con él algo que nos permitiese comunicarnos. Muchas veces venía y hablaba en la sesión en forma muy lúcida y coherente, pero con un discurso que no impactaba emocionalmente dentro del vínculo transferencial. Era un noticiero privado de afecto. Comencé a ver si podía tender algún nexo para que la palabra pudiese tener un significado compartido y sentido. Después de más de dos años, aparece el momento a partir del cual hemos empezado a hablar en un código que podemos compartir, que podemos entender, y que es el código del paciente psiconeurótico, donde a un hecho o a una palabra se le puede atribuir un sentido, un significado. Se desarrolla en el Sr. O. la posibilidad de encontrar otra intención u otra escena más allá de la situación concreta y fáctica que solía traer en sus noticieros de lo que había pasado entre una sesión y otra.

Hubo momentos en los que mi afán de reconstruir con él un sistema donde la palabra tuviera sentido hacía que yo hablara como un niño. El estilo de mis intervenciones no era el habitual. Encontré que repetía el hablar de los niños. Un hablar dirigido a alguien que no se enuncia a sí mismo como “yo”, un hablar dirigido a un objeto, un discurso sin sujeto. La generalización y lo impersonal es también un filtro al impacto afectivo que preservaba el endeble entramado psíquico del paciente.

Desde su capacidad intelectual, el Sr. O. se puede sentir aludido y relacionar lo que “le pasa a todos los humanos” con él. Sin embargo, la capacidad simbólica adquirida se puede desarticular fácilmente frente a una situación de sobrecarga y retornar regresivamente a un nivel de organización anterior.

La sucesividad de episodios de uno y otro tipo se dan a lo largo de la vida y del devenir de un tratamiento psicoanalítico. Se

puede curar un síntoma, se puede modificar un cuadro o un umbral de excitación, pero no una disposición, o la forma de funcionar del aparato psíquico. He estado hablando de un paciente, pero pacientes somos todos nosotros en el momento de rebalsamiento de nuestras posibilidades mentales: es decir no existe un paciente somático, todos tenemos la posibilidad de dar una respuesta somática frente a una situación de sobrecarga en la que queda vaciado nuestro caudal narcisista. Una posibilidad de respuesta, en los episodios agudos, es la respuesta somática. En el episodio somático agudo creo que todos potencialmente nos transformamos en el Sr. O.

Empezaré a describir una sesión del quinto año de tratamiento:

Después de varias sesiones en las que habló de los problemas de los hijos sin poder relacionarlos consigo desde su modalidad proyectiva, comienza esta sesión diciendo, antes de sentarse mientras se saca el abrigo: “Hoy voy a hablar de mí. No sé para qué me sirve el análisis; hace cinco años que vengo y, el martes tuve una taquicardia”.

Pasa a relatarme con lujo de detalles su día martes:

“Me levanté a las seis y cuarto pare ir a hacer gimnasia. Antes de ir a Palermo pasé a comprar medialunas para festejar mi cumpleaños, se lo debía a un muchacho que no estuvo cuando lo festejé en abril. Estaba cansado, no corrí como otras veces. El lunes fue un día con tensión. Cuando tomábamos el desayuno me sentí mal. Volví a casa, me duché y me vestí. Me estaba poniendo la camisa, aún tenía el pelo mojado, llamé a mi señora y le dije que me sentía mal. Le pedí que llamara a emergencias. Ya estaba con el pulso que no se podía medir la frecuencia”.

Relata las vicisitudes para hacerse internar donde él quería y marca la ineficiencia del sistema de emergencias médicas. Cuenta cómo tuvo que darle las indicaciones a la médica de urgencias y cómo evalúa que él se salvó por sus órdenes precisas.

Una vez internado en unidad coronaria le administran una medicación que hace que el cuadro ceda de inmediato. A las cuatro horas se puede retirar de la internación. Como queda muy cansado retorna a la casa y ese día no va a trabajar. Es una licencia que él mismo se confiere.

Tratando de que despliegue su relato, le pregunto por qué el día anterior fue tensionante. Responde:

“Ayer la mandé a mi mujer al sindicato de los empleados domésticos a averiguar por la indemnización para los caseros que trabajan en casa. Decidí que les iba a decir que vendí la casa, y que se tenían que ir ese día. Quiero pagarles todo lo que corresponde. No quería que supiesen de antemano que tenían que dejar la casa. Como mi mujer se pone nerviosa, decidí decírselos yo, que tengo experiencia y no siento nada. Ella se hubiera angustiado y podía generar una pelea. Yo no les di oportunidad para que digan nada. Lo resolví todo sin problema”. (Es decir sin hablar).

Como yo pensaba que tenía que hacer una interpretación sobre la identificación proyectiva de los conflictos que le creaba el tener que dejar la casa, y que él era el que no podía tomar registro del dolor de la separación y duelo por el abandono de su casa y lo que ella representaba para él, le pregunté si él no sentía nada, si no se angustiaba ante lo que tuvo que hacer. Era el momento en que iniciaba la despedida de su casa y de un momento de su vida. Le mostré que intentaba resolver las situaciones por decreto en forma imperiosa: de una vez y para siempre, y por supuesto, sin compromiso emocional.

“No quiero que nadie se entere de la venta de la casa. Los caseros me pueden hacer juicio y la gente puede decir cosas dolorosas”.

“¿Cuáles son esas cosas?”

“Maledicencias como que uno está fundido”. “Mi madre está enojada conmigo; ayer le conté que vendí la casa y se ofendió porque no se lo dije antes, que cómo se lo oculté”.

“¿Y por qué no se lo dijo?”

“Para que no trascienda. Podía correr la bola y los caseros podían hacernos un juicio”.

Tomé como un indicador muy importante que repitiera en su relato del lunes la falta de registro de los estados afectivos durante la tarde, antes de hablar con los caseros. Mi interpretación de esa situación era que se trataba de un momento alexitímico defensivo ante un hecho que simbólicamente sellaba el momento de la separación.

Le dije entonces: “Ante ciertas situaciones que conmocionan, la gente se emociona, sufre o se pelea”. (Utilicé adrede la generalización y un estilo que sugiere una despersonalización esquizoide para aproximarme al paciente, con el propósito de que se sintiera aludido pero no invadido intrusivamente en su mundo

afectivo). Ante la falta de respuesta, agregué: “Ante ciertos hechos la gente se pone mal. Por ejemplo se angustia o se siente con miedo cuando tiene que despedir un empleado”.

Me respondió: “En absoluto; yo le pagué toda la indemnización, no tiene nada que reclamarme. Con lo que pagué y habiendo vivido y comido en mi casa tienen para ir a vivir al mejor hotel”.

Al constatar que vuelve a plantear una supresión de los afectos, decido cambiar de abordaje. Le propongo que juguemos juntos a pensar un cuento sobre una casa, ya que él vive desde hace mucho tiempo en una y habló de las vicisitudes de vivir en ellas.

Comento tomando temas de otro momento de su tratamiento y con la finalidad de introducir una intermediación simbólica que saque a la sesión del clima concreto y persecutorio, que algo que opinan los arquitectos es que la humedad nunca aparece donde está la pérdida de agua, sino que el agua puede aparecer en otro lugar porque drena por grietas que a veces están ocultas.

Me levanto y hago un dibujo de eso en el pizarrón. Vuelvo y me siento en mi sillón y pregunto: ¿cuándo hay agua?, ¿cuándo se inunda una azotea? Empezamos a enumerar posibilidades: si llueve mucho, si el desagüe es escaso y no eficiente, si se rompe un caño, si el desagüe está obstruido, por ejemplo con hojas. Si el portero no limpia los desagües frecuentemente y no tiene una rutina para permitir una buena descarga del agua por si llueve, etc. Y así vemos que luego de que el agua llega a un determinado nivel, se escapa por una grieta y genera una mancha en otro lugar de la casa.

Creo que en este momento ya hay suficientes elementos como para responder a las preguntas que en ese momento me formulaba en relación al material que aparecía en la sesión: ¿Cómo y por qué se produce un acontecimiento somático? ¿Cómo?: modelo económico hidrodinámico. ¿Por qué?: situación traumática; es decir separaciones, duelos y operatividad defensiva.

Decidí entonces intervenir: “El agua que inunda y no se puede controlar son los sentimientos...”, “...y cuando no se drenan adecuadamente se transforman en otra cosa”.

Con cierta ingenuidad me dijo: “La que está alterada en estos días es mi mujer, está con pena y melancolía. La gente dice que una mudanza altera. Será por eso que ella está así”.

Le pregunto: ¿qué es pena y qué es melancolía?

Me dice: “la pena es dolor, la melancolía tiene que ver con el recuerdo y la nostalgia”, y agrega: “Cómo no va a estar mal ella, si se va de la casa donde crió a sus hijos”.

La sesión se había prolongado más allá de su hora de terminación, finalizo con la pregunta: “¿Y a usted no lo afecta?” Al levantarse me pide si puedo verlo antes de su próximo turno que en su lenguaje de acción significa un reconocimiento de haber sido tocado por lo trabajado en la sesión y combinamos un horario intermedio antes de su segunda hora habitual.

En la sesión siguiente, el Sr. O. comenzó a hablar sobre el dibujo que yo mantenía sobre el pizarrón. En él yo había agregado las palabras pena y melancolía. Dice que todos en su familia están apenados, menos el hijo que no registra nada. Agrega que era necesario mudarse, que esa casa es de otra época. Actualmente sólo usan el dormitorio en el cual también cenan. Mira a su alrededor y me explica que es más grande que todo el departamento del consultorio. Sus hijas lloran, sacan fotos y videos de la casa, quieren tener registro de lo que no van a ver más. Están preocupadas por la tumba del perro enterrado en el jardín. Ocupa toda su sesión hablando reiteradamente de sus sentimientos depresivos proyectados en su entorno.

RESUMEN

En este trabajo se tratan temas en relación a la expresión corporal de los conflictos. Se hace un constante paralelismo entre dos campos psicoanalíticos de sentido antagónico: aquél que se basa en la evocación de representaciones y el vinculado a actos perceptuales y /o evacuativos de lo que no alcanza procesamiento psíquico.

Partiendo de la distancia que hay entre cuerpo como construcción representacional, y soma como referente biológico, se establecen las diferencias entre la conversión y el acontecimiento somático. Desde esta base se plantean las desigualdades del trabajo analítico en el campo de lo representacional y en el de la presentificación en acto de lo traumático o conflictivo improcesable. Centramos nuestra atención en la *presentificación del acontecimiento somático*. Para preservar su integridad, el aparato psíquico necesitaría accionar una descarga en un

espacio exterior al psiquismo, el soma es sede y ejecutor de la descarga de tensión cuya resultante es el acontecimiento somático. Este acontecimiento que constituye la culminación de un estado de carencia de procesamiento, correspondería a una falla en el proceso de psiquización del conflicto. Las respuestas somáticas no tendrían significación primariamente, su función sería liberar temporariamente al psiquismo de la tensión. Secundariamente, podría incluirse en una cadena significativa y adquirir sentido dentro del devenir histórico del sujeto.

Se pasan revista a una serie de dualidades tales como: acto y fantasía, presentificación y representación, descarga y ligadura, escisión y represión, signo y símbolo, neurosis actuales y psiconeurosis. Se centra la atención en las ideas de trabajo psíquico, fallas del procesamiento mental, claudicación de funciones y descarga defensiva en acto.

A partir de estas ideas y tomando como base el modelo freudiano del Cap. VII. del libro de los sueños, se plantean cambios en la técnica psicoanalítica para los pacientes somáticos.

Se ilustra con un material clínico.

SUMMARY

This paper deals with some subjects related to the bodily expression of conflicts. A constant parallel is drawn between two opposed psychoanalytic fields: the one based on the evoking of ideas and the one linked to perceptual and/or evacuative acts of that which does not attain psychic processing.

Taking as a starting point the difference between the body as an ideational construct and the soma as a biological reference, a distinction is made between conversion and somatic event. On this basis, the dissimilarity is highlighted between analytic work in the field of ideation and in the one of actualization of what is traumatic or conflictive not liable to be processed. Attention is focused on the *actualization* of the *somatic event*. To preserve its integrity, the psychic apparatus would need to send out a discharge in a space outside of the psyche, the soma is the seat and the performer of the discharge of tension, the outcome of which is the somatic event. This event constitutes the climax of a state characterized by the lack of processing, it would correspond to a failure to deal with conflicts psychically. Somatic responses would not be endowed with primary meaning, their function would be to free the psyche from tension. Only secondarily could they be included in a significant network and thus acquire meaning within the subject's history.

A series of dialectical concepts such as: act and phantasy, actualization and ideation, discharge and binding, splitting and repression, sign and symbol, actual neurosis and psychoneurosis are reviewed. Attention is given to the ideas of psychical work, failings in mental processing, relinquishment of mental functions and defensive discharge in act.

Taking these ideas into account, and supported by the model introduced by Freud in Chapter VII of his book on Dreams, some changes in the psychoanalytic technique concerning somatic patients are suggested.

Case material is presented to illustrate the ideas above discussed.

RESUME

Ce travail s'occupe de thèmes relatifs à l'expression corporelle des conflits. Un constant parallélisme est effectué entre deux champs psychanalytiques antagoniques: celui qui est fondé sur l'évocation des représentations et celui qui est lié aux actes perceptuels et/ou évacuants de ce qui n'arrive pas à être traité psychiquement.

En partant de la différence qui existe entre le corps en tant que construction représentationnelle et le soma en tant que référent biologique, des distinctions sont établies entre la conversion et l'évènement somatique. A partir de cela on signale les particularités du travail analytique dans le domaine du représentationnel et dans celui de la présentification en acte de ce qui est traumatique ou conflictuel non traitable. Nous nous centrons sur la *présentification de l'évènement somatique*. Pour préserver son intégrité, l'appareil psychique devrait actionner une décharge dans un espace extérieur au psychisme, le soma est le siège et l'exécuteur de la décharge de tension dont la résultante est l'évènement somatique. Cet évènement, qui est le couronnement d'un état de manque de traitement, correspondrait à un défaut au niveau du processus de psychisation du conflit. Les réponses somatiques ne possèderaient pas de signification de manière primaire, leur fonction serait celle de libérer de façon temporaire le psychisme de la tension. Ce n'est qu'ensuite qu'elles pourraient s'inclure à l'intérieur d'une chaîne signifiante et acquérir un sens dans le devenir historique du sujet.

Un certain nombre de dualités sont revisées, telles que: acte et fantasme, présentification et représentation, décharge et liaison, clivage et refoulement, signe et symbole, névroses actuelles et psychonévroses. Nous nous centrons sur les idées de travail psychique, de défaut du

traitement mental, de défaillance des fonctions et de décharge défensive en acte.

A partir de ces idées et sur la base du modèle freudien du Chap. VII du livre des Rêves, nous proposons des modifications dans la technique psychanalytique pour les patients somatiques.

Le tout est illustré à travers un matériel clinique.

BIBLIOGRAFIA

- BARANGER, M. Y W., MOM J. (1987). "El trauma psíquico infantil de nosotros a Freud, trauma puro, retroactividad y reconstrucción". *Rev. APA.*, tomo 44, Nº 4.
- BRAUN, J. (1982). "Sobreadaptación y falta de angustia señal". *Rev. de la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados*, Nº 7.
- EKBOIR DE GRINBERG, J. (1983). "Sobre la aceptación de la propia muerte". *Revista "Psicoanálisis"*, Vol V, Nº4.
- "El psicoanalista y el paciente con compromiso orgánico importante". *Rev. de Psicoanálisis A.P.A.*, Tomo 36, Nº5.
- FISCHBEIN J. E. (1986). "El pasaje al acto en el cuerpo". *Rev. de Psicoanálisis*, Tomo 43, Nº5.
- (1988). "Irrupción somática. Una vía de acceso al psiquismo temprano". *Rev. de Psicoanálisis*, Tomo 45, Nº5.
- (1990). "Sobre deudas, pactos y fetiches". *Rev. de Psicoterapia Psicoanalítica*, AUDEPP (Uruguay), Tomo III, Nº2.
- (1992). "Algunas observaciones sobre el afecto y lo somático en el campo de la palabra". *Revista VERTEX* Vol. III, Nº8, "Psicosomática Psicoanalítica".
- (1995). "Trauma, respuesta somática e infancia". *Revista N/A*, Nº8.
- (1995). "La respuesta somática. El preconciente como guardián del soma". *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina*, Nº7.
- (1996). "Cuerpo y acontecimiento somático. Prehistoria y potencialidad repetitiva actual". *Revista de Psicoanálisis*, Número especial internacional Nº4.
- (1997). Consideraciones sobre cambios en el encuadre. Simposio A.P.A. En colaboración con el Dr. Jaime Schust.
- (1997). Entre el vacío y la impulsión: El aburrimiento. Simposio A.P.A. En colaboración con Lic. Susana Vinocur de Fischbein.
- (1998). El objeto en el narcisismo. En colaboración con Lic. Susana Vinocur de Fischbein. Primer Encuentro A.P.A. S.P.I.

- FREUD, S. (1895). "Estudios sobre la histeria". OC: 10, Editorial Rueda.
- (1905). "Análisis fragmentario de una histeria". OC: 15, Editorial Rueda.
- (1900). "La interpretación de los sueños". OC: 6-7, Editorial Rueda.
- (1911). "Los dos principios del suceder psíquico". OC: 14, Editorial Rueda.
- (1915). "Los instintos y sus destinos". OC: 9, Editorial Rueda.
- (1914). "Introducción del narcisismo". OC: 14, Editorial Rueda.
- (1920). "Más allá del principio del placer". OC: 2, Editorial Rueda.
- (1923). "El Yo y el Ello". OC: 9, Editorial Rueda.
- (1938). "La escisión del Yo en el proceso defensivo". OC: 21, Editorial Rueda.
- FREUD, S. Y BULLITT, W. (1938). *El presidente Wilson. Un estudio psicológico*. Ed. Letra Viva, 1973.
- GIOVACCHINI, P. (1993). *Borderline patients, psychosomatic focus, and the therapeutic process*. Part II, 5 and 6, Aronson.
- GORI, R. (1980). *El cuerpo y el signo en el acto de la palabra*. Editorial Kapeluz.
- LIBERMAN, D. Y COL. (1982) *Del cuerpo al símbolo*. Ediciones Kargieman.
- (1982). "Los pacientes psicósomáticos vistos desde la clínica psicoanalítica". *Rev. de la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados*, N°7.
- MANFREDI TURILAZZI, S. (1975). "Algunas consideraciones acerca del tratamiento psicoanalítico de pacientes psicósomáticos". *Rev. de Psicoanálisis*, A.P.A., N°3.
- MARTY, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Amorrortu Editores.
- MCDUGALL, J. (1982). *Alegato por una cierta anormalidad*. Cap. V, VIII y IX. Ediciones Petrel.
- *Teatros de la mente*. Cap. V, VI, VII y VIII. Tecnipublicaciones S.A., España.
- (1992). *Teatros del cuerpo*. Julian Yebenes S.A.
- POLLOCK, G. "EL concepto de especificidad psicósomática su evolución y reevaluación", Ficha A.P.A.
- SEGAL, H. (1957). "Notas sobre la formación de símbolos". *International Journal*. Vol. XXXCII.
- WINNICOTT, D. (1964). "La enfermedad psicósomática en sus aspectos positivos y negativos". *Rev. Uruguaya de Psicoanálisis*, N°61.
- (1949) *La mente y su relación en el psiquesoma*. Ed. LAILA, Barcelona.

JOSE EDUARDO FISCHBEIN

Descriptores: Caso clínico. Cuerpo. Elaboración. Enfermedad psicosomática. Escisión mente-cuerpo. Somatización.

José Eduardo Fischbein

Av. Las Heras 3901, 15° “A”

C1425ATD Buenos Aires

Argentina