

LA RELACIÓN ENTRE EL CUERPO BIOLÓGICO Y EL CUERPO ERÓGENO

Por el Dr. Jorge C. Ulnik

El psicoanálisis se originó a partir del tratamiento de pacientes histéricas que presentaban quejas somáticas que los neurólogos no podían explicar ni tratar con éxito. Freud, que era neurólogo intentó aproximarse desde otro punto de vista que contemplaba la participación de la sexualidad reprimida y una serie de factores psicológicos inconscientes en la génesis de los síntomas somáticos que esas pacientes presentaban. Por ese motivo creó una serie de conceptos que, por referirse a la relación mente - cuerpo, resultan un aporte fundamental a la medicina psicosomática.

Uno de los puntos de partida fue la proposición de que además del cuerpo biológico tal y como lo estudian los anatomistas, los fisiólogos, los bioquímicos, etc., existe un cuerpo erógeno que está determinado por la sexualidad, los afectos y el lenguaje de cada sujeto.

En un principio resulta importante comprender a qué se llama cuerpo erógeno y poder "dar el paso" de pensar en él como algo diferente, separado, no coincidente con el cuerpo biológico. Pero una vez logrado este paso necesario, si uno quiere adentrarse en el enfoque psicosomático de las enfermedades orgánicas, el siguiente paso consiste en entender cómo el cuerpo biológico y el cuerpo erógeno se articulan entre sí.

Para comprender la relación entre cuerpo erógeno y cuerpo biológico hace falta estudiar en la obra de Freud los conceptos de conversión, zona erógena, pulsión, lenguaje de órgano, juicio primario y pensamiento judicativo. Habría otros muy importantes entre los cuales está el papel de la expresión afectiva como forma de comunicación, pero este último tema requeriría una serie de desarrollos que por sí solos justificarían un artículo adicional.

Comenzaremos por la conversión. En la epicrisis del historial de Isabel de R Freud afirma que "los histéricos crean por simbolización una expresión somática para una representación saturada de afecto" (Freud, S., 1893-5a). Una representación saturada de afecto podría ser una idea que cada vez que la pensamos activa una emoción que está ligada a ella. Esta emoción sería desbordante e inaceptable para el Yo. Para defenderse de ello, los histéricos expresan somáticamente esa idea y de ese modo la simbolizan junto con el afecto que le corresponde.

Cómo se simboliza somáticamente una idea? Por ejemplo, la sensación de que alguien nos hirió en lo más profundo del corazón puede experimentarse como una angina de pecho; la sensación de no poder tragar a alguien puede experimentarse como un nudo en la garganta o un a disfagia; el miedo puede experimentarse como o un aceleración del tránsito digestivo. Esto quiere decir que hasta aquí lo que Freud pensaba era que a través de una alteración del funcionamiento orgánico la histérica le daba expresión somática a una idea, especialmente si esa idea estaba ligada a una emoción con su respectiva repercusión somática: "me dio miedo", "a esta persona no la puedo tragar", "Tal hecho me ha herido o me ha ofendido" "Tengo el corazón partido".

Sin embargo, en el mismo trabajo un poco más adelante sostiene que las histéricas obran con plena justificación cuando hacen esto porque no existiría la expresión "a esta persona no la puedo tragar" si no fuera porque en la historia filogenética del individuo hubo un modo de relacionarse con el otro que alguna vez fue eficaz y que consistía en tragarlo o escupirlo. Quizás no haga falta remontarnos a la filogenia para entender esto, ya que es observable en un bebé cuando está en la etapa en la que los mismos padres dicen que "todo se lo lleva a la boca". De allí deduce Freud que cuando sentimos que "no podemos tragar a alguien" alguna inervación de la garganta se excita mas allá de lo habitual y es este camino inervatorio y proveedor de sensaciones el que estaría en el origen de la expresión lingüística. Sería por eso que en general se dice: yo a esta persona no la puedo tragar o yo a esta persona no la puedo ni ver y no se dice por ejemplo: yo no la puedo oler, no la puedo orinar o no la puedo pestañar, dado que estas ultimas sensaciones no se activan cuando rechazamos a una persona.. Hasta aquí estamos frente a dos proposiciones opuestas que son fácilmente aceptadas dependiendo de la filiación epistemológica de cada uno. En efecto, los estudiantes de medicina adoptan la última de las opciones, la que sostiene que son las sensaciones somáticas las que repetidas innumerables veces originan las expresiones lingüísticas que aluden al cuerpo. Por ejemplo, si decimos que el examen nos da cagazo, es porque muchísimas veces frente a cada nuevo examen se nos acelera el tránsito digestivo. En cambio, los estudiantes de psicología, los psicoanalistas y los profesionales del campo "psi" en general piensan exactamente al revés: es la mortificación del cuerpo por el significante lo que hace que el cuerpo se afecte. Utilizamos la expresión "no lo puedo tragar" y a posteriori, cuando

no aceptamos la presencia, la relación o la incorporación de alguien a nuestro grupo de relaciones se nos hace un nudo en la garganta.

Como veníamos diciendo, Freud hace suya esta dualidad teórica, que se origina de las distintas disciplinas de las que se nutrió y de quienes fueron sus antecesores científicos.

La idea de que una emoción es el residuo de algo que alguna vez en la historia filogenética del ser humano fue un suceso motor justificado - por ejemplo la adrenalina que resultaba necesaria para prepararse para la pelea o la huida - es una idea de un darwinista alemán llamado Haeckel, que como buen darwinista combatía las concepciones antropocéntricas y antropomórficas del hombre, especialmente la concepción religiosa que proponía que el hombre era completamente distinto que lo proveniente del reino de la naturaleza. Recordemos que Darwin fue muy combatido porque su idea del origen de las especies no coincidía con la idea religiosa de que el hombre había sido creado a imagen y semejanza de Dios..

Combatiendo esta visión antropocéntrica del hombre, Haeckel proponía que la ontogenia reproducía la filogenia y que dentro de todos nosotros existe nuestra historia natural en forma innata constituyendo un origen con el que estamos mancomunados y que repetimos en nuestro desarrollo.

Además de Haeckel, Freud tuvo la influencia de Schelling, representante de la filosofía de la naturaleza. Esta corriente proponía que había un Todo que se podía expresar ya sea como espíritu, ya sea como naturaleza. Independientemente de sus formas de expresión se trataba de una misma unidad. Esta teoría sirvió de pie para cierto romanticismo del cual Goethe, escritor que tanta influencia tuvo en Freud, fue uno de sus representantes.

Como habíamos dicho antes, Freud era médico neurólogo y estudiaba con neurólogos positivistas y materialistas que no podían estar de acuerdo con esta visión romántica de la unión entre lo espiritual y lo natural. De modo tal que el hijo de todos estos padres que influyeron en su formación creó un producto de todo esto que fue el psicoanálisis, disciplina que nos muestra esta ida y vuelta entre a naturaleza y la historia, los afectos y el lenguaje, lo real y lo simbólico.

Es en la teoría de la histeria donde estos contrastes se observan más radicalmente y donde después de ir y venir, diciendo que la base es lo natural o que la base es lo espiritual, lo lingüístico o lo histórico, Freud concluye que en realidad historia y naturaleza son producciones de una misma fuente que no sabemos qué es pero que

podría ser algo de nuestra historia filogenética que en su momento fue justificado y pleno de sentido y de lo cual ahora los afectos y las expresiones del lenguaje no son más que residuos, reliquias, restos fósiles a los que las histéricas dan nueva vida como lo hacen los protagonistas de la película Jurassic Park con los restos de los animales prehistóricos.

Pasemos ahora a los conceptos de Pensamiento Judicativo y Juicio Primario.

Freud llamaba Pensamiento Judicativo (Freud, S., 1895) a un modo de pensamiento muy básico y primitivo que consistía en perseguir una identidad, es decir una igualdad entre las percepciones externas y las percepciones del propio cuerpo con el objetivo de comprender lo nuevo y desconocido comparándolo con lo ya conocido. Como esta igualdad originariamente no existe lo que haría el pensamiento judicativo es reconducir los datos de la realidad externa a noticias o datos provenientes del propio cuerpo. Esto trae como consecuencia el enfrentamiento de cada nueva realidad con pensamientos, imágenes o asociaciones que recuerden sensaciones, dolores o impresiones visuales corporales y propias que resulten familiares.

El Juicio Primario es una variedad del Pensamiento Judicativo que consiste en que de la identidad se pasa a la identificación. Es lo que ocurre por ejemplo cuando una persona está escuchando a alguien muy atentamente y repite con los labios lo que el otro está diciendo o cuando un espectador de tenis o de box repite con pequeños movimientos los que hace en el court o en el cuadrilátero su ídolo con el que está identificado.

El observador está haciendo un juicio cuando por medio de su percepción discrimina atributos y movimientos y a través de ellos establece categorías: veo un boxeador, lo que está pegando es un jab de izquierda, etc. Ahora bien, cuando el juicio se hace en forma primaria eso significa que las representaciones que se van atravesando en el discurrir asociativo son cargadas sin inhibición, "a plena cantidad"- como diría Freud - y como consecuencia el sujeto hace o siente lo que está pensando. En "Estudios

sobre la histeria" Freud cuenta el caso de un hombre que está mirando la operación de cadera de su hermano y en el momento de escuchar un chasquido en la cadera del que está siendo operado a él le sobreviene un intenso dolor en la cadera, como si se produjera un fenómeno de mimetismo entre uno y otro, producto de la comparación entre una percepción externa y una sensación corporal propia (Freud, S. 1893-5a)

Lenguaje de órgano

Freud llama lenguaje de órgano a "la prevalencia en toda ilación de pensamiento de aquél elemento que tiene por contenido una inervación corporal o la sensación de ésta" (Freud, S., 1915a). De forma tal que si pienso: "este amor me parte el corazón" el elemento predominante en mis ideas va a ser el corazón y según tenga yo una esquizofrenia, una histeria o una hipocondría se manifestarán síntomas diferentes. En el último capítulo del artículo "Lo Inconsciente" se pueden encontrar varios ejemplos.

Existen discusiones entre psicoanalistas si la expresión alemana quiere decir que es el órgano el que habla, con lo cual en español debería traducirse: lenguaje del órgano, o si lo que Freud quiso decir es que se habla del órgano. Como Freud acuñó esta expresión para referirse al lenguaje esquizofrénico, quizás no quede claro del todo quién tiene razón, pero lo que no cabe duda es que aunque el origen del concepto haya sido ese, su aplicación a la medicina psicosomática es totalmente pertinente, tanto en el caso en que se habla del órgano como en el que es el órgano el que habla. Probablemente habría que agregar que muchas veces no es que se habla del órgano ni es el órgano el que habla sino que se habla con el órgano.

Pulsiones y Zona Erógenas

El concepto de zona erógena tiene un antecedente histórico que es el de zona histerógena. Freud llamaba así a cualquier zona del cuerpo de una paciente histérica que si era estimulada producía un ataque histérico. La idea que sugiere este antecedente es que la zona erógena es una zona del cuerpo que actúa como una fuente capaz de producir efectos en el psiquismo.

Pensar la zona erógena como una fuente nos conduce al concepto de pulsión. Sabemos que la pulsión tiene una *fuentes*, que es una zona erógena del

cuerpo, una *fuerza o perentoriedad*, que es una especie de empuje que pugna por el logro de la *meta*, que es su satisfacción, y un *objeto*, que es contingente, porque cualquier cosa que permita el logro de la satisfacción va a ser el objeto de la pulsión.. Tanto es así, que en el autoerotismo, objeto y fuente coinciden.

La Pulsión es un concepto limítrofe entre lo psíquico y lo somático y es definida como una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir que resulta una exigencia de trabajo para vida anímica (Freud, S., 1915). Para la pulsión, decía Freud, es absolutamente decisivo su origen en una fuente somática. En definitiva, una zona erógena puede ser cualquier parte del cuerpo cuando emana de ella un proceso excitatorio, un plus de energía libidinal que se suma a la corriente general del impulso sexual.

El lector se preguntará a esta altura: ¿Todos los órganos del cuerpo pueden actuar como zonas erógenas?

Según nuestro punto de vista sí. Y eso es determinante para pensar la pertinencia de la acción psicoterapéutica en el tratamiento de las enfermedades somáticas, porque aunque un órgano del cuerpo devenga zona erógena eso no quiere decir que pierda su anatomía y pase a ser parte del cuerpo de la histeria. Un órgano del cuerpo tal cual es según la anatomía y la fisiología puede funcionar también como una zona erógena.

En lo que sigue, haremos un recorrido por la obra freudiana para referirnos a los temas que sirven como puntos de anclaje para sostener lo que estamos diciendo.

La concepción de zona erógena que usualmente se utiliza en los trabajos psicoanalíticos parte de la histeria. Cuando una histérica se queda sorda, además de no escuchar puede padecer una anestesia del pabellón de la oreja, porque lo que está afectada es la idea de la oreja, pero no la oreja misma, el oído o el nervio auditivo. Lo mismo pasa con las parálisis de los miembros. Por ejemplo, en una parálisis de la pierna, si lo que estuviera afectado fuera la inervación de la pierna, las anestias y parálisis obedecerían a las leyes neurológicas de las parálisis verdaderas, en las que hay lesiones en las vías nerviosas o las áreas responsables de movimiento y la sensibilidad de la pierna. Sin embargo, existe una gran cantidad de casos

de histeria, especialmente aquellos con síntomas del sistema vegetativo, en los que lo afectado es la función tal cual está descripta por la fisiología, solo que esa función aparece en más o en menos, pero respetando las leyes fisiopatológicas de su aumento o disminución, al igual que como sucede con patologías verdaderas, lesionales o funcionales.

En la obra de Freud se pueden seguir dos líneas de pensamiento respecto del concepto de zona erógena. La primera la podemos encontrar en la Carta 75 de Freud a Fliess y en algunos párrafos que se refieren a ese tema en los Tres ensayos de Teoría sexual. Consiste en que zonas erógenas serían solamente la piel y los órganos sentidos. A lo sumo se podrían sumar las mucosas, como zonas de piel modificada.

La segunda línea de pensamiento se puede encontrar también en los Tres ensayos, que como sabemos fueron actualizados a lo largo del tiempo. Según esta otra orientación, el "desprendimiento de la excitación sexual" no solamente parte de la piel, las mucosas o los órganos de los sentidos sino también de los músculos, las articulaciones y el aparato vestibular dado que habría cuestiones relativas al equilibrio y al vértigo que también tienen que ver con la sexualidad. Estas sensaciones se relacionan con el placer de los niños al ser levantados, lanzados al aire, hamacados y sostenidos en lo alto. Freud dice: "Hay una gran serie de procesos que tienen lugar en el organismo que tan pronto alcanzan cierta intensidad generan excitación sexual y lo mismo ocurre con todo movimiento intenso del ánimo". Aquí podríamos dar el ejemplo del terror, la montaña rusa y todos esos juegos que hay en los parques de diversiones y que producen de manera controlada caídas, sustos y otras calamidades de esas que a los jóvenes les dan placer. Finalmente, de la piel, los músculos, los afectos intensos, el sistema vestibular, etc., Freud llega hasta a los órganos hematopoyéticos, como queriendo enfatizar que la sexualidad brota desde la médula de los huesos y los órganos internos, porque no es simplemente el producto de una estimulación periférica sino también de la producción o emanación de una excitación interna.

Siguiendo la primera proposición, podemos pensar que las zonas erógenas son no solamente el asiento de un placer local sino también un lugar de encuentro con el deseo materno. La boca es zona erógena porque es una parte del cuerpo que se va a encontrar con el pecho y el pecho arrastra tras de sí al gran Otro primordial (el lenguaje y la cultura encarnados por la madre), representado también por el deseo materno que va a marcar esa

parte del cuerpo con una erogeneidad particular.

Si en cambio seguimos la segunda proposición, la que dice que todos los órganos internos pueden ser zonas erógenas, ya es más difícil pensar en una explicación que se agote en el encuentro con el deseo materno.

¿Cómo teorizar este encuentro cuando el niño tiene una alteración del timo, o de algún otro órgano que ni el niño, ni la mamá ni los parientes han visto ni tocado nunca y que ni siquiera saben que existe?

De todas formas, el postulado de que todos los órganos del cuerpo pueden funcionar como zonas erógenas no excluye la importancia del encuentro con el lenguaje o el encuentro con la madre sino que aporta un plus a esa teoría, con la cual estoy totalmente de acuerdo. Este plus consiste en que cualquier estímulo interno que sobrepase cierto umbral o cierta intensidad va a producir sexualidad en el sentido amplio de esta palabra, que es el que introdujo Freud y que hoy llamamos también erogeneidad.

Lo que estamos diciendo es que el cuerpo biológico produce erogeneidad y por lo tanto es también, especialmente cuando se altera en más o en menos, cuerpo erógeno.

Inmediatamente surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es entonces la diferencia con el cuerpo de la histeria?

Quizás al cuerpo de la histeria habría que ponerle otro nombre que no sea el de "cuerpo erógeno". Podría llamarse cuerpo fantasmático o directamente cuerpo histérico, porque el nombre es lo menos importante. Lo importante es tomar noción de que incluso en la obra de Freud, el atributo "erógeno" tiene otro alcance. En el artículo "La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis" (Freud, S., 1910) Freud hace referencia a las perturbaciones neuróticas del ojo. Si bien el artículo tiene como objeto principal el análisis de las cegueras histéricas, el desarrollo mismo de sus ideas lo va llevando a pensar que existen "organoneurosis" - así fueron llamadas por Fenichel - en las que el término "neurótico" no se refiere a las neurosis histéricas sino a las neurosis actuales, en las que aunque no se podía identificar un conflicto reprimido o una historia simbolizados en el síntoma, no obstante se postula que el ojo o el órgano implicado cada vez resulta erogeneizado y esta erogeneidad excesiva la que altera su función.

Como se podrá ver, lo dicho hasta ahora apunta a justificar la posibilidad de trabajar psicoterapéuticamente con el enfermo orgánico, ya sea por medio del psicoanálisis o de cualquier otra orientación psicoterapéutica. Pero no me refiero al trabajo de aliviar la angustia por estar enfermo o tratar la depresión que generan los impedimentos causados por la enfermedad. Me refiero a abordar la enfermedad misma desde otro punto de vista abriendo el camino a un trabajo conjunto e interdisciplinario con el médico.

Este tipo de abordaje es independiente de que el enfermo orgánico nos venga a buscar espontáneamente o que seamos nosotros por ejemplo en un hospital los que nos acercamos a él. Tampoco depende de que el paciente tenga una enfermedad orgánica leve o grave, funcional o lesional, muy conocida por la medicina o poco conocida por ella, pasible de una terapéutica eficaz o por el contrario, que se trate de una enfermedad incurable.

Para entender mejor esta posición y desarrollar una actitud psicósomática vamos a explicar el concepto "vías (o campos) de influencia recíproca".

"Si abandonamos las expresiones figuradas que usamos durante tanto tiempo y dejamos de hablar de fuentes de la excitación sexual, podemos arribar a esta conjetura: todas las vías de conexión que llegan hasta la sexualidad desde otras funciones tienen que poderse transitar también en la dirección inversa. Ej: si el hecho de ser la zona de los labios patrimonio común de las dos funciones, es el fundamento por el cual la nutrición genera una satisfacción sexual, ese mismo factor nos permite comprender que la nutrición sufra perturbaciones cuando son perturbadas las funciones eróticas de la zona común" (Freud, S., 1905).

Esto significa que si tengo una fijación oral de mi organización sexual y por lo tanto mi libido está concentrada en la zona erógena boca es probable que eso se manifieste también en la organización de mi psiquismo y en mi vida cotidiana: estudiaré como un "tragalibros", cuando tenga una pareja me la querré comer a besos, seré demandante y voraz con los demás, etc.

Si por alguna razón esa fijación aumenta y la erogeneidad oral se incrementa, puede suceder que aparezca una enfermedad somática: un herpes, ampollas o alguna otra patología de la boca. Y también puede ocurrir

que se altere la función de la nutrición, supongamos una obesidad, una anorexia nerviosa, o hasta un problema digestivo. Pero también sucede al revés: si tengo un herpes en los labios es muy probable que esta enfermedad de la boca modifique mi estructura libidinal y mi sexualidad oral. Recuerdo el caso de un señor que padecía rinofima, una alteración de la nariz que es una de las formas posibles de la rosácea y resulta bastante fea estéticamente. Se trata de una patología que durante mucho tiempo se la consideró asociada al alcoholismo, pero su causa última es desconocida. En este caso particular se vinculaba psicológicamente al placer que a este señor le producía oler el vino. Como aprendemos de Freud en "Vías de influencia recíproca", se trataba de un caso en el que la alteración de la piel de la nariz y la fijación olfatoria se encontraban mutuamente, prestando complacencia una a la otra, sin que esto implicara que una sea la causa de la otra.

En *Imagen y apariencia del cuerpo humano* Paul Schilder usa indistintamente las palabras *Esquema corporal*, *Imagen corporal* y *Modelo postural del cuerpo*. Para Schilder las tres cosas son lo mismo, a diferencia de Françoise Dolto, que diferencia tajantemente *Esquema corporal* de *Imagen corporal*. De aquí en más, nosotros seguiremos la teoría de Schilder.

Para este autor el esquema corporal es un patrón combinado entre percepciones y representaciones trabajadas por el psiquismo del paciente bajo la forma de una gestalt. Dentro de estas percepciones y representaciones él incluye no solamente lo que se siente del propio cuerpo sino también la imagen del semejante y las imágenes prototípicas ideales del cuerpo, como podrían ser por ejemplo esas imágenes de cuerpos perfectos que se ven en los afiches de la calle o en las tapas de las revistas. En la época de Rubens por ejemplo, el modelo corporal y por lo tanto el esquema corporal seguramente eran distintos, porque las imágenes ideales eran otras..

Dentro de su concepto de esquema corporal, Schilder incluye el homúnculo del encéfalo, que es una imagen del cuerpo de índole estrictamente biológica. Pero eso no le impide afirmar asimismo que el esquema corporal de una mujer llega hasta la punta de la pluma de su sombrero. En una mujer a la que los padres le decían "rizos de oro" en su infancia, el homúnculo del encéfalo va a ser igual que en cualquier otra mujer, pero su esquema corporal va a ser distinto. Porqué? Porque en el esquema corporal tal como

lo entiende Schilder está tanto el homúnculo del encéfalo como los "rizos de oro" o "los ojos divinos del papá" o "el brazo derecho de la mamá" o "la voz de la tía", coexistiendo unos con otros en una gestalt en la que se distinguen tres planos diferentes: el plano biológico, el plano libidinal y el plano social. Para este autor también existe una influencia recíproca entre lo libidinal y lo biológico muy parecida a la que proponía Freud.

Una idea muy interesante del mismo autor es la de los *Cuadros*.

Supongamos que un hipnotizador quisiera lograr que su hipnotizado dilate la pupila. En la medida que éste no sepa lo que es la pupila o no tenga ningún control voluntario sobre los músculos que la abren y cierran, es probable que no obedezca la orden de su hipnotizador. Distinto sería si dicha orden fuera que levante la mano derecha. Pero si en cambio le sugiriera que está frente a un león que se lo quiere devorar, el hipnotizado le creería y tendría la reacción natural del organismo frente al peligro, con la consecuente dilatación de la pupila. Si el hipnotizador quisiera que su hipnotizado contraiga la pupila, bastaría con sugerirle que está mirando el sol. ¿Cómo podríamos actuar sobre el metabolismo interno? - se pregunta Schilder - ¿Cómo accedemos al interior del cuerpo a través de la palabra?

Con *Cuadros* que estén vinculados con el interior del cuerpo.

Por ejemplo, si a un individuo bajo sugestión hipnótica le decimos que ha bebido mucha cantidad de líquido es probable que ese individuo orine más cantidad de orina que la habitual. Si le decimos que hace mucho calor, puede ser que se modifique su metabolismo basal funcionando como si hiciera mucho calor. En conclusión, a través de estos conjuntos de representaciones escénicas alusivas al mundo exterior podemos influir sobre el funcionamiento de los órganos internos.

Otra idea relacionada es la de las *Representaciones Clave*.

Una representación clave es una representación arbitraria de la percepción que va a modificar un órgano o un aspecto del funcionamiento del cuerpo. Un ejemplo típico es el de la campanita de los perros de Paulov. El sonido de la campanilla es una percepción de la cual habrá una representación que quedará vinculada con la secreción salival del animal.

Los cuadros pueden ser conscientes o inconscientes y las representaciones clave generalmente son inconscientes.

Interrogando bien a un paciente a veces se puede identificar cuáles son sus representaciones clave, es decir aquellas palabras y percepciones frente a las cuales va a reaccionar con un brote en la piel, una taquicardia o un ataque de asma. Y las intervenciones del terapeuta pueden incorporar la creación de cuadros que permitan enganchar, articular de algún modo la enfermedad con las escenas del mundo interno que el paciente está viviendo. Alguien a quien le dijeron toda la vida que era alérgico a las flores puede pararse frente a una vidriera en la que hay una rosa y tener un ataque de alergia. Como la rosa está detrás del vidrio, siempre y cuando ese vidrio esté bien hermético se podría afirmar que la reacción alérgica es a la palabra rosa o a la imagen de la rosa pero no a la rosa misma, porque esta se encuentra detrás del vidrio.

En conclusión: la idea principal es que resulta válido incorporar la enfermedad somática, cualquiera que sea, a un sistema significativa. Esto puede implicar que adquiera un sentido y que se articule a una cadena de asociaciones relacionada con la historia, la vida, la sociedad a la que pertenece, el medio de trabajo y de vida del paciente.

Se puede objetar que por ejemplo el psicoanálisis tiene una técnica que consiste en producir sin sentidos y no en otorgar sentidos, porque cuando se otorga sentido se obtura la asociación libre y se cierra el inconsciente en vez de abrirse. Sin embargo, aquí es donde hay que distinguir el paciente que viene con un síntoma histérico, una fobia o una obsesión, todos síntomas a los que les atribuye un sentido psicológico. En esos casos, el terapeuta puede "equivocar" o deslizar ese sentido para que el paciente empiece a producir nuevas significaciones y empiece su proceso de análisis. Un neurótico puede decir "yo vengo porque me llevo mal con mi mujer", "le tengo miedo a los perros", etc., y el terapeuta lo podrá ir llevando a que ese miedo se vaya transformando por ejemplo, para decirlo de un modo rápido y esquemático, a que de lo que se trata es de un conflicto con el padre y un deseo por la madre. En cambio, el enfermo somático orgánico viene a pedir ayuda pero portando un sin sentido radical: "a mí me pasa esto que no tiene nada que ver conmigo" "vengo porque me manda el médico". Si viene con un sentido, ese sentido le ha sido adjudicado y prestado por el médico que lo atiende: "Yo tengo una enfermedad de Schönlein Henoch" "Tengo un síndrome de Sjögren por la sequedad de piel y mucosas". Y el paciente que dice esto con tono académico quizás es dueño de un almacén. Al darle a esto

un sentido psicológico no se obtura el proceso asociativo sino todo lo contrario. El sentido psicológico hace que el cuerpo y su enfermedad se vuelvan pensables, con lo cual después habrá tiempo para producir o favorecer el mecanismo de deslizamiento metonímico típico del proceso psicoterapéutico.

Para producir esto, el psicoterapeuta debe conocer de qué se trata la patología biológica que el paciente presenta. No importa que sea médico o psicólogo. En ambos casos deberá hacer un esfuerzo: el psicólogo, el esfuerzo de estudiar y comprender la enfermedad somática y el médico, el esfuerzo de no quedar adherido a sus conocimientos médicos que podrían impedirle en un futuro inmediato pensar la enfermedad como un hecho significativo de la vida y pensar la intervención psicoterapéutica como parte del remedio necesario para tratarla.

Bibliografía

1. Doltó, François (1990): *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós. (Libro).
2. Fenichel, Otto (1957): *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Editorial Nova, Buenos Aires.
3. Freud, Sigmund (1893-5a): Estudios sobre la histeria, *Obras Completas*, Tomo I, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, España. 3era. ed.
4. Freud Sigmund (1893-5b): Estudios sobre la histeria, *Obras Completas*, Tomo I, Amorrortu, Buenos Aires.
5. Freud, Sigmund (1895): Proyecto de una psicología para neurólogos, *Obras Completas*, Tomo I. Biblioteca Nueva, Madrid, España. 3era. ed.
6. Freud, Sigmund (1950[1887-1902]) Los orígenes del psicoanálisis (correspondencia con Fliess y .Proyecto de psicología.- En *Obras Completas*, Tomo 1: pp. 211. Editorial Amorrortu.
7. Freud, Sigmund (1905): Tres ensayos para una teoría sexual, *Obras Completas*, Tomo II. Biblioteca Nueva, Madrid, España. 3era. ed.
8. Freud, Sigmund (1915a): Lo Inconsciente, *Obras Completas*, Tomo II. Biblioteca Nueva, Madrid, España. 3era. ed.
9. Freud, Sigmund (1910) La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. En *obras Completas*, Tomo 11: pp. 205. Editorial Amorrortu.
10. Freud, Sigmund (1915): Pulsiones y destinos de la pulsión, *Obras*

Completas, Tomo XIV. Amorrortu, Buenos Aires.

11. Schilder, Paul (1958): *Imágen y Apariencia del Cuerpo Humano*. Paidós, Biblioteca de Psiquiatría, psicopatología y psicósomática. (Libro).
12. Ulnik, Jorge y López Sánchez, J. M. (2002): *Monográfico de psicósomática*. Virgen de las Nieves, Granada, España. (Libro).
13. Ulnik, Jorge (2004): *El psicoanálisis y la piel*. Síntesis. Madrid, España (Libro).