

## Cuerpo y Discurso en Psicoanálisis

*Sélika Acevedo de Mendilaharsu\**

### Resumen

La palabra cuerpo pertenece tanto al lenguaje usual, coloquial, insertado íntimamente en la vida social, como al lenguaje científico y en este último no sólo al de las ciencias de la Naturaleza (*Naturwissenschaften*) sino al de las ciencias del Espíritu (*Geisteswissenschaften*) y de la Cultura. Las complejidades que se generan por esta diversidad se examinan partiendo de los discursos, es decir de los distintos contextos en que el enunciado corresponde a sujetos pertenecientes a distintos órdenes. Ante la imposibilidad de abarcarlos todos, se eligen algunos, pertenecientes a las Ciencias Médicas, el discurso neurológico y el psiquiátrico, con la finalidad de caracterizar en forma más aguda el discurso psicoanalítico: en todos ellos el cuerpo ocupa un lugar central. Dentro del discurso psicoanalítico y en base a la distinción de tres cuerpos (J. Mc.Dougall) se hacen consideraciones sobre el discurso del cuerpo neurótico, el discurso del cuerpo psicótico y el discurso del cuerpo psicosomático. Se discute, por último, la relación cuerpo mente y la relación del psicoanálisis con la Neurociencias.

### Abstract

The word body belongs to the colloquial language, intimately integrated in social life, as well as the scientific language. The latter one belongs not only to natural sciences (*Naturwissenschaften*) but to the spiritual (*Geisteswissenschaften*) and cultural sciences. The complexities that emerge from this diversity is examined from the discourses, that is to say, the different contexts in which the statement corresponds to subjects belonging to different disciplines. Before the impossibility of comprising all of them, those that belong to the medical sciences are chosen: the neurological, the psychiatric and the

---

\* Miembro titular de A.P.U.- Chucarro 1198

psychosomatic discourses on the basis of the characterization of this three bodies (J. McDougall) we comment on the discourses of the neurotic, psychotic and psychosomatic bodies. Finally the relationship between body and mind and the relationship between psychoanalysis and neurosciences is discussed.

**Descriptores: LENGUAJE / CUERPO / DISCURSO /  
INCONSCIENTE / SIMBOLO / AFECTOS /  
ESCUCHA / TRANSFERENCIA / CONTRA-  
TRANSFERENCIA / INTERPRETACIÓN /  
CURA /**

Iniciaré esta Introducción al tema del Congreso Cuerpo en Psicoanálisis citando nuevamente\*\* una frase de Wittgenstein (33): 14.- (Si, en una pintura les doy el claroscuro sobre un cuerpo, puedo darles de ese modo su forma. Pero si les doy las partes más brillantes de una pintura, ustedes no saben cuál es su forma). Esta frase que ilustra lo que el autor como filósofo lógico, pragmático, entiende en su teoría por juegos de lenguaje que privilegia el orden, la modalidad contextual, pero que también podría ilustrar aspectos de la teoría de la forma en psicología, es una puerta de entrada a las complejidades que plantea la palabra cuerpo. Ésta en efecto, pertenece tanto al lenguaje usual, coloquial, insertado íntimamente en la vida social, como al lenguaje científico y en este último, no sólo al de las ciencias de la Naturaleza (Naturwissenschaften) sino al de las ciencias del Espíritu (Geisteswissenschaften) y de la Cultura, usando términos que siguen el pensamiento alemán del siglo XIX.

De esta amplitud da cuenta el temario del Congreso que abre un abanico provocador y prometedor por la diversidad de enfoques propuestos.

La mesa que integro se va a ocupar de aspectos del cuerpo en las Ciencias Médicas (Prof. Dr. Juan Carlos Bagattini); en las Artes, espacio teatral (Prof. Lic. Roger Mirza); yo tomaré el cuerpo en Psicoanálisis\*\*\*. Los tres participantes privilegiaremos el discurso.

---

\*\* Esta frase figuraba como epígrafe en el trabajo “ El trabajo en Psicoanálisis”, presentado en el XIII Congreso L. A. de Psicoanálisis (Río de Janeiro, 1980) y en la versión publicada en R.U.P. T. 61, por Acevedo de Mendilaharsu, S.; Suaya, Graciela B. de; Fernández, A.; Ginés, A.; Neme, C. y Probst, E.

\*\*\* Sólo se considera en este trabajo el paciente adulto.

## **Cuerpo en Psicoanálisis**

Esquema postural, esquema corporal, imagen del cuerpo son expresiones comunes a la Neurología, Psiquiatría, Psicoanálisis. Pero se está hablando en todos los casos del mismo cuerpo, ¿tienen el mismo significado en los tres órdenes? Siguiendo a Wittgenstein (34) a propósito de los juegos de lenguaje, se podría considerar, mirar, encontrar qué semejanzas, parentescos, peculiaridades contextuales tienen entre sí estas voces en una suerte de asociar el uso de las mismas con su significado. Pero estando mi exposición centrada en el discurso, creo preferible partir del mismo, porque implica el sentido y el sujeto\*. La inclusión de estas voces en distintos discursos les hace formar parte de una “nueva estrategia textual” capaz de establecer nuevas conclusiones semánticas y pragmáticas (esto último en el uso que se hace de la forma lingüística). Por consiguiente, la primera tarea será buscar respuesta a estas interrogantes que se plantean con insistencia, particularmente en aquellos interesados en problemas interdisciplinarios, examinando separadamente cada uno de esos discursos.

## **El discurso neurológico**

Wernicke habló de somatopsiché (1906), Head y Holmes (1911) de esquema postural, otros hablaron de somatognosia, gnosis corporal, percepto del cuerpo, pero en todos ellos la referencia que se impuso fue la de un substractum nervioso “fundado sobre esquemas particulares que progresivamente se constituyen en lugar de los complejos sensitivos”. Estos últimos a nivel periférico están formados por receptores y vías de la sensibilidad intero, propio y exteroceptiva que alcanzan por el tronco cerebral el cortex en sus áreas de proyección primaria y secundarias finalizando en las regiones parietales de ambos hemisferios cerebrales. Este es el modelo del cuerpo, visual, táctil, vestibular y sobre todo postural que se altera en el curso de las lesiones neurológicas donde si bien se señala la vivencia y la ruptura de la experiencia subjetiva, el substractum neurológico constituye indudablemente la referencia esencial. El neurólogo no dejará de privilegiar

---

\* La lengua como sistema de signos, abstracto formal y el discurso como manifestación concreta de la lengua, (lengua en el acto) que se produce en un contexto en el que intervienen, además de los elementos lingüísticos las circunstancias extralingüísticas de su producción, donde adquiere relevancia el enunciado e implica la participación del sujeto

la lesión del sistema nervioso que ha perturbado la función y su esfuerzo estará dirigido a objetivar ese compromiso por el examen del cuerpo del paciente, la búsqueda de signos objetivos tanto en el examen clínico (piramidales, sensitivo-sensoriales, agnósicos, apráxicos, acompañantes habituales de los síndromes asomatognósicos) como en los exámenes paraclínicos (electroencefalograma, tomografía computada, resonancia magnética, imagenología, alteraciones bioquímicas, etc.). Su acción terapéutica derivará directamente del resultado de los exámenes: indicación quirúrgica, tratamiento fisioterapéutico, medicamentoso, etc. El discurso médico prescribe lo que debe ser e implica una sanción terapéutica.

En forma muy sumaria recordemos cómo se altera ese esquema corporal o imagen del cuerpo en las lesiones del sistema nervioso con la finalidad de cercar o delimitar las formas o conjuntos que constituyen el discurso neurológico sobre el cuerpo. La expresión clínica variará según sea el hemisferio derecho o izquierdo el afectado. En las lesiones del hemisferio derecho se describen los llamados trastornos somatognósicos dimidiados porque se expresan sólo en la mitad controlateral del cuerpo al hemisferio afectado. Como ejemplos citamos la anosognosia, la agnosodiaforia, la agnosia corporal izquierda, actitudes fabulatorias sobre el miembro afectado, etc. Estos síntomas pueden encontrarse fuera de todo déficit intelectual en el sentido de demencia o de trastornos de la conciencia en el sentido de confusión mental, aunque frecuentemente en el período agudo puede observarse cierto grado de desorientación temporoespacial. Pero el hecho prácticamente constante es una modificación del humor que recuerda la moria de los frontales, euforia, jovialidad o inercia, indiferencia y apatía. Esta sintomatología en la esfera afectiva se contrapone a la observada en las lesiones hemisféricas izquierdas donde el cuadro clínico es de tipo depresivo, acompañado de angustia. Ese “tono afectivo” de los hemisferios cerebrales en las lesiones cerebrales córtico-subcorticales ha sido subrayado por nosotros (27) en múltiples ocasiones, relacionándolo con las características gráficas de estos pacientes: macrografía en las lesiones derechas, micrografía en las lesiones izquierdas, al punto de constituir un ítem importante para el diagnóstico. Las lesiones del hemisferio izquierdo o dominante se acompañan raramente de estos síntomas, ocasionando en cambio disturbios bilaterales del esquema corporal. Cito como ejemplos la autotopoagnosia de Pick (1908), que es la imposibilidad de localizar o nombrar distintas partes del cuerpo, la agnosia digital, la asimbolia al dolor, etc. Por último, el fenómeno del miembro fantasma y las alucinaciones autoscópicas epilépticas constituyen trastorno del esquema corporal que se encuentran en los límites

de los campos neurológico y psiquiátrico y que por lo mismo constituyen un lugar adecuado de donde puedan surgir respuestas a las relaciones entre ambos discursos.

Recapitulando sobre el camino recorrido se pueden extraer las características del discurso neurológico sobre el cuerpo. ¿Qué es lo que privilegia el neurólogo o desde qué lugar habla?

Partimos del hecho de que el neurólogo como corresponde a todo médico, se ha dirigido a los síntomas, dándole al término síntoma médico el valor de signo natural (Langer, Ducrot y Todorow). Funciona en el nivel de índice o señal, directamente en relación con la realidad, que el médico va a referir a un orden articulado de estos signos, universo de signos propios de la Medicina que constituyen un código o sistema.

A la observación de los síntomas sigue la agrupación en síndromes y de allí al estudio de las causas naturales. En esto manifiesta la misma actitud científica que el físico, el químico o el astrónomo que observan los fenómenos de la naturaleza tratando de encontrar sus causas o por lo menos (a partir de Heisenberg) las relaciones, las leyes, para poder hacer predicciones y actuar sobre ellas.

La subjetividad del paciente interviene en la medida en que debe hacer la descripción de lo que vivencia como modificación de la experiencia de su cuerpo, pero la actitud que se le exige es que sea lo más objetivo posible. Actitud objetiva quiere decir que esté atento a lo que percibe, por ejemplo, en el caso de una alucinación epiléptica cenestésica, a la localización en el cuerpo, a la cualidad, intensidad, modificaciones, etc., pero que mantenga sus sentimientos y sobre todo su angustia o ansiedad lo más alejada posible porque ésta desorganizaría su descripción. Al mismo tiempo se le exige desprenderse de todo intento de explicación de sus síntomas: que no dé teorías. Si insiste mucho perturba, ya que a su incompetencia se agrega que al estar enfermo no puede juzgar objetivamente. Clavreul (11) recuerda oportunamente las palabras de Fiessinger: el paciente razona con su sensibilidad y su emoción y por lo tanto razona mal.

La subjetividad del neurólogo a su vez, ¿cómo interviene? Desde luego que el médico pone en juego las capacidades perceptivas y cognitivas que le hacen posible edificar un diagnóstico. Es aquí que pueden observarse y se observan diferencias individuales entre los médicos: mejor observador, un colega destaca un síntoma que otro no advirtió y que le permite otra agregación sindromática, llegando a un diagnóstico más preciso o afinado. Destaco este hecho porque contrariamente a la experiencia analítica, íntima y privada donde la confidencialidad está rigiendo permanentemente, el acto médico se

hace público sin inconvenientes y aun con ventajas (multiplicación de consultas, discusión en ateneos, etc.). Cuando el psicoanalista entra en un equipo interdisciplinario no por eso su actitud debe variar radicalmente. De este punto me he ocupado en trabajos anteriores (2). La posibilidad de llegar a otras gestalten y de formar otros conjuntos entrará dentro de las capacidades cognitivas de los médicos en la misma forma que ocurre con los sabios en otras disciplinas, esas posibilidades llevadas a grados de excepción llevan al descubrimiento de nuevos síntomas o de nuevas enfermedades y a la adjudicación del nombre del médico al descubrimiento.

Pero al médico se le exige también dejar de lado otros aspectos de su subjetividad: la ansiedad, los temores, sus propios conflictos, sólo podrán perturbar lo que de él se espera que es la tranquilidad, inmutabilidad y el juicio sereno e imparcial que exigen la acción médica. Esta actitud tiene su historia y sus razones se encuentran en la forma en que se constituyó la Medicina, apoyándose primero en la Historia Natural, luego en la Anatomía y en la Biología. En su origen encontramos a Hipócrates, del que derivó el fundamento de la nueva Medicina, observación y estudio profundo de los fenómenos de la naturaleza, tendencia a dar razón a todas las cosas, investigación de las causas de cada cosa y del origen de cada fenómeno. De Hipócrates derivó también la exigencia de hacer del médico el verdadero filósofo socrático: seriedad, dignidad, juicio tranquilo (10). El carácter hierático del pensamiento hipocrático desciende directamente de los ritos de los pitagóricos y de otras sectas iniciáticas.

En este sentido puede decirse que el discurso médico se sostiene independientemente de la subjetividad del médico, el paciente interviene como objeto de estudio. A su vez y en un enfoque más amplio, ésta es la posición tradicional de la psicología de la ciencia que tiene lugar en el mundo del conocimiento articulado independiente de los sujetos cognoscentes.

## **El discurso psiquiátrico**

El psiquiatra es también un médico, también para él es necesario dirigirse a los síntomas para edificar un síndrome, pero su actitud está mucho menos marcada por el interés en el substratum biológico. Entran en su órbita todos aquellos casos de perturbación de la imagen corporal en los que la personalidad está más ampliamente inmersa en la alteración y unidad del cuerpo, en los que la modificación del Yo es más profunda y persistente. Enumeraremos, sin entrar en su descripción, un abanico clínico donde se despliegan esas modificaciones de la imagen corporal: estados confusos oníricos de los alcoholistas, en la intoxicación por drogas, síndrome de Cotard o delirio de negación de la melancolía, alteraciones del Yo corporal en los estados de ánimo depresivos con manifestaciones hipocondríacas o ideas delirantes de tema cenestopático, de ideas hipocondríacas, de no existencia o de destrucción de los diversos órganos del cuerpo, delirios somáticos de los esquizofrénicos en la vieja clasificación de Von Angyal que este autor clasifica en sensaciones de pesadez o ligereza del cuerpo, sensaciones de alargamiento o acortamiento de los miembros, de sustancia ligera emanada del cuerpo, sensaciones de extrañeza, de no pertenencia, de discontinuidad, de pérdida de volumen, impresión de desplazamiento, de miembros sin vida, etc. El psiquiatra va a privilegiar más la vivencia con menor preocupación por la objetivación o lo objetivable. Es que también lo objetivable es considerablemente menor que en el caso del neurólogo. El examen físico del paciente en general no proporciona información destacable y tampoco los exámenes paraclínicos que en general son mudos. En cambio pasa a un primer plano la subjetividad del paciente y la importancia de su historia. Pero si el psiquiatra se limita a una actitud esencialmente nosográfica, preocupado únicamente por el diagnóstico y el tratamiento farmacológico de la enfermedad, no se alejará mucho del neurólogo, sobre todo si sus métodos están limitados a la quimioterapia y/o a los métodos biológicos que ponen nuevamente el substratum neurológico en el primer plano. Esta es la forma científica natural (24) del discurso psiquiátrico, legítima en el ejercicio de la psiquiatría donde los formidables avances de la farmacología han abierto fecundos caminos en el tratamiento de “las enfermedades del alma”. Los métodos estandarizados ocupan el primer plano: cifras, estadísticas, tablas, representaciones esquemáticas y su validación dominan - como lo señala Kuhn (24), en la actualidad, el panorama de los congresos y revistas científicas. Pero hay otro riel en este discurso donde se ha sentido la influencia filosófica, en particular fenomenológica y existencialista, donde el acento está puesto en el comprender, en el *Einführung*, en los aspectos estéticos del discurso psiquiátrico.

Pero importa señalar a nuestros fines, que el contexto es siempre el de la conciencia y esto diferencia este actuar del de la praxis psicoanalítica.

Desde luego que no he hecho más que puntear algunas particularidades del discurso psiquiátrico que será objeto de exposiciones en este Congreso, que abrirán otras posiciones e influencias.

## **El discurso psicoanalítico**

*Quand on porte une pensée dans son coeur  
on la loge dans ses yeux  
et si les sentiments veulent s'échapper  
on les confie a la parole.*  
Tchin-Tseu-ngan (32)

Parafraseando a Mircea Eliade (13) se puede decir que el fenómeno psicoanalítico sólo se revela como tal a condición de ser aprehendido en su propia modalidad, es decir a escala psicoanalítica. El discurso psicoanalítico es el lugar de la producción del sentido y de la interpretación y se opone punto por punto al neurológico (1, 4, 5). Contrariamente a este último los síntomas reenvían al sujeto, pero además la subjetividad en juego no es solamente la de la conciencia. Se ha dicho y repetido con razón que el acto psicoanalítico es esencialmente un hecho de lenguaje, pero el problema de escucha e interpretación no es simplemente codificar y decodificar mensajes (nuestros pacientes nos hablan y nosotros les hablamos) sino que es introducirnos en las complejidades, trampas y enigmas que implica su uso en la relación transferencial, la intersubjetividad y los afectos. Por otra parte, el lenguaje expresivo-comunicativo no asegura una total y perfecta transparencia sino que el juego de lo preverbal es de gran importancia, especialmente en ciertas estructuras que están más allá del nivel neurótico. Importa desde luego la construcción narrativa y los juegos retóricos, pero el problema no es tanto el del saber verbal sino el campo de lo preverbal, de los afectos y los límites del decir que crean un halo particularísimo para los actos de descubrimiento que tienen su realización en el área del trabajo analítico. Es que el psicoanálisis hace entrar otro sujeto, el del inconsciente, que sólo aparece en la escucha del discurso del paciente a través del ejercicio de la regla fundamental de la asociación libre y de la regla de abstinencia (6). El interjuego de la transferencia

contratransferencia, que si se esboza en el discurso médico, allí es sofocada; por el contrario, es aquí el instrumento de la cura, permitiendo la puesta en escena de la organización fantasmática a la que el sujeto está sujetado. Los afectos aún ruidosos son recibidos y aceptados como elementos útiles e indispensables en la cura. El problema etiológico y patogénico causal se desdibuja frente a la red de significaciones y sentidos que surgen en el trabajo analítico. El concepto de cura es esencialmente distinto. El objeto en el discurso neurológico es volver al estado anterior que la patología desvió, la *restitutio ad integrum* es un ideal no siempre alcanzado pero constante en la mira. En psicoanálisis la cura apunta a un cambio en la estructura que se teoriza de modo distinto según las múltiples escuelas teóricas, refiriéndose a la fuerza del Yo, a su función sintética, a la mejor cohesión del self, al levantamiento de clivajes, a la reorganización del mundo fantasmático, a la adquisición de una mejor relación con la falta o la castración, etc. El poder ya no reside en el médico: es esencial la participación activa del paciente que asume la responsabilidad de su análisis. El analista, contrariamente al médico, que depende de la experiencia sensorial, colocará en la palabra toda la fuerza de su acción. \*

¿Cuál es el sentido y el uso de la palabra cuerpo en el psicoanálisis, su lugar en los procesos psíquicos diferenciados tópicamente (Freud (20) 1913), en las fantasías concientes e inconscientes (*Phantasiem*) donde se articula el deseo? ¿Ese cuerpo que sufre y goza en las formaciones del inconsciente, en los síntomas, sueños, actos, en la transferencia y en la contratransferencia?

El cuerpo en el discurso psicoanalítico es un cuerpo representado, simbolizado, cuerpo pulsional que Freud (19) describe en los Tres Ensayos, cuerpo erógeno, siendo la erogeneidad la actividad por la cual un lugar del cuerpo envía a la vida anímica estímulos de excitación sexual (Freud (21) 1915). De ese cuerpo Schilder (31), a su vez, describe la anatomía libidinal, distinta de la anatomía del cuerpo asiento de la enfermedad del médico, este último cuerpo real, orgánico, biológico con sus aparatos, funciones y sistemas.

Esta distinción vale desde luego para las estructuras neuróticas. Más allá de la neurosis, el cuerpo real como dijimos anteriormente, también está presente en el campo

---

\* Se trata aquí exclusivamente del paciente adulto neurótico. En los niños y adolescentes. Donde hay una fuerte propensión a expresarse a través de la actuación (*agieren*), así como también *border-line*, el cuerpo real puede entrar en juego, necesitando la intervención del analista más allá del plano verbal, sobre todo en la puesta de límites.

analítico. El problema que veremos luego es cómo, y discutir la relación desde el punto de vista epistemológico.

En este momento partimos de la función representativa o simbólica, de evocación de objetos ausentes. Freud (18) habló de una simbólica corporal que vinculó desde 1914 al lenguaje, pero anteriormente ya había empleado la palabra símbolo. En estudios sobre la Histeria (16) (1893-5) describe la conversión simbolizadora en la histeria, donde lo psíquico se expresa somáticamente: la conversión atañe al afecto. Se expresa en términos económicos diciendo que “la excitación que parte de la representación afectiva es convertida en un fenómeno corporal” (p. 218). Y agrega: “Si el fenómeno histérico no les parece ideógeno aún a enfermos inteligentes y buenos observadores, ello se debe a que la representación ocasionadora ya no está teñida de afecto ni se singulariza frente a otras representaciones y recuerdos; todo se presenta como un fenómeno puramente somático sin raíz psicológica en apariencia”. Y en la página siguiente: “Entre el afecto y su reflejo se extiendan verdaderas series de representaciones asociadas; es el determinismo por simbolismo”. En “La Represión”, en 1915 (21) precisa su pensamiento: “El síntoma aparece en la histeria como formación sustitutiva del contenido de la agencia representativa, encontrándose una inervación hiperintensa somática (excitación o inhibición) que ha atraído hacia sí por condensación la investidura íntegra (...) el lugar hiperinervado se revela a una consideración más atenta como una porción de la agencia representativa de pulsión reprimida que ha atraído por condensación la investidura íntegra”.

La otra utilización del término símbolo en Freud se encuentra en la Interpretación de los Sueños (1900) y en la X Conferencia (1915-16). Esta simbólica es una simbólica corporal. El campo de lo simbolizado en psicoanálisis es limitado: cuerpo propio, padres y consanguíneos, sexualidad, desnudez, nacimiento, muerte. Se trata de una relación constante entre el símbolo y lo simbolizado. Lo que está conectado por el símbolo, en tiempos primordiales con probabilidad estuvo unido a una identidad conceptual y lingüística y puede observarse en muchos casos que la comunidad del símbolo se alcanza a través de una comunidad del lenguaje. Y en nota al pie de página (p. 358) agregada en 1914, cita a Sperber, que opinaba que todas las palabras originarias designaban cosas sexuales y luego perdieron su significado sexual cuando se

traspasaron a otras cosas y actividades que se comparaban con las sexuales. Algunos símbolos son tan viejos como el lenguaje mismo, pero otros son recreados de continuo.

Estas referencias al uso del término símbolo en Freud tienen en este momento la finalidad de recordar que desde su origen, el campo analítico, en virtud de la posición privilegiada del lenguaje, es un lugar de posible confluencia del psicoanálisis y la lingüística. La estrategia del discurso o sea las características morfológicas, sintácticas o narrativas del texto abren la posibilidad de decir algo con respecto a la “otra escena”. Pero no hay que olvidar que la identidad de ambos discursos se resiente. En el ámbito psicoanalítico puede ampliar el campo ayudando a la comprensión y profundización clínica y teórica, siempre que ese establezcan los límites de cada una sin caer en una reducción que empobrezca o introduzca dificultades que son propias del otro campo y no lo atañen directamente. Señalamos aquí un punto importante en la interdisciplina. (7)

En mesas especiales en el Congreso se podría discutir extensamente el problema del símbolo en psicoanálisis que no recubre un sentido unívoco. Las teorizaciones de Ferenczi, Jones, Abraham, Kubie, M. Klein, Segal, Milner, Rycrott, Lorenzer, Anzieu, Green, y en nuestro medio Casas de Pereda y otros, en la formación y constitución del símbolo, en sus relaciones con las ciencias del lenguaje, especialmente las corrientes hermenéuticas y narrativas en psicoanálisis, con la semiótica (Pierce y otros), con la filosofía (Wittgenstein, Austin).

Aquí solo insistimos en que la formación de la imagen corporal no puede ser aislada de las experiencias de lenguaje ni en los procesos de génesis ni en sus organizaciones más acabadas. Utilizamos el concepto de función simbólica (simbolización) como función representativa, región de doble sentido o de múltiples sentidos en relación recíproca con el trabajo de la interpretación: planteada esta solidaridad entre lo simbólico y la interpretación entre producción y recepción (retórica y hermenéutica) podemos ubicar en el espacio analítico las estrategias interpretativas y los modos de escucha de los distintos tipos de discurso.

También por el ángulo de la relación lenguaje-cuerpo podemos entrar en la economía del afecto. Los afectos y las emociones, contrariamente a las ideas no pueden ser registrados como fenómenos puramente psíquicos: su raíz cala profundamente en el cuerpo. Y el sentir afectivo transferencial y contratransferencial son de gran valor en la cura: este último por su contenido semántico orienta a menudo el acto interpretativo. La capacidad de interpretación por parte del analista está en íntima conexión con la percepción del estado afectivo de su analizando que llega a sentir como propio. Y en

esta percepción entran en juego no solo su pensamiento y sus ideas en el plano cognitivo, sino que intervienen sus propias reacciones y estados emocionales y corporales, su inconsciente muy activado por la relación con el analizando.

En el trabajo anterior ya citado, inspirándonos en la distinción de J. Mc.Dougall (26) de tres cuerpos, distinguimos en el discurso psicoanalítico tres tipos de discurso, sobre los que ahora volvemos: a) el discurso del cuerpo neurótico, b) el discurso del cuerpo psicótico y c) el discurso del cuerpo psicosomático. Dejamos de lado las estructuras límite y estados narcisistas que oscilan entre los tipos a y b.

**a) El discurso del cuerpo neurótico.** Es el esencialmente psicoanalítico. Recordemos los casos ejemplares de “Estudios sobre la histeria” en particular Cécilie M. que le dio a Freud (16) oportunidad de reunir una verdadera colección de simbolizaciones, (p. 192) “Había una íntegra serie de sensaciones y representaciones que corrían paralelas y en la cual ora la sensación había despertado a la representación como interpretación de ella, ora la representación había creado a la sensación por vía de la simbolización”. (p. 193)

En la histeria el cuerpo es un cuerpo simbolizado: el síntoma histérico está en el lenguaje y se resuelve en un análisis del lenguaje. El cuerpo habla, se mezcla en la conversación: es el dolor de cabeza, o la neuralgia facial de Cécilie M., sensaciones corporales provistas de una interpretación psíquica que desaparecen al encontrar su vínculo con las circunstancias desencadenantes.

**b) El discurso del cuerpo psicótico.** En 1915, en “Lo Inconsciente”, Freud (22) (p. 193) señala en la esquizofrenia una serie de alteraciones del lenguaje que califica de rebuscado, amanerado, desorganizado, sintácticamente, en el que a menudo pasa a primer plano la referencia a órganos e inervaciones del cuerpo. Expone la observación de Tausk, de la paciente que se queja de que: “Los ojos no están derechos, están torcidos (verdrehen). Estas quejas que surgen a raíz de un desencanto amoroso, se acompañan de expresiones sobre su novio que califica de hipócrita, torcedor de ojos (Augenverdrehen, simulador), le ha torcido los ojos, ve el mundo con otros ojos.

Añade Freud, que la relación con el órgano (ojo) se ha constituido en la subrogación de todo el contenido de sus pensamientos. El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido lenguaje de órgano o lenguaje hipocondríaco. En la esquizofrenia las palabras son sometidas al modo de funcionamiento del proceso

primario psíquico: condensadas y por desplazamiento se transfieren sus investiduras. Y en nota al pie de página señala que también el trabajo del sueño ocasionalmente trata a la palabra como cosas, creando frases y neologismos “esquizofrénicos” muy similares. La diferencia (p. 227) es que en este último las palabras mismas en que se expresa el pensamiento preconciente pasan a ser objeto de elaboración por parte del proceso primario mientras que en el sueño no son las palabras sino las representaciones a que las palabras fueron reconducidas. En la esquizofrenia el comercio mismo entre investimento de palabras (prec.) e investidura de cosa (inc.) está bloqueado.

La teoría freudiana considera que la actividad psíquica sigue dos circuitos contrapuestos: o bien avanza desde las pulsiones, a través del sistema inconsciente hasta el trabajo del pensamiento consciente, o bien una incitación de afuera le hace atravesar el sistema de la conciencia y del preconciente hasta alcanzar las investiduras del yo y de los objetos. Los esquizofrénicos tratan las cosas concretas como si fueran abstractas.

Son muy numerosos los autores que han estudiado el lenguaje psicótico a lo largo del siglo XX. Mencionamos, por su rigor metodológico, el trabajo de P. Marie y J. M. Prieur del grupo Kristeva (23) y las reflexiones de esta autora, de neta filiación lacaniana: “Qué es lo que se escucha de la psicosis, pidiéndole a la lengua o a su análisis de hacerlo inteligible?... (p. 91). La lengua como tercera persona que nos gobierna “estrangée”\* de la comunicación y de la transferencia (...) desde el momento en que se trata de hacer inteligible ese tercero, ese Otro que es la instancia simbólica, surgida como verdad gracias a su “estrangement” en el discurso psicótico, ya que al tratarse de aplicar la descripción o el análisis lingüístico, se la incluye automáticamente en una transferencia, o más bien en una contratransferencia, de la cual precisamente él se escabulle, y que es la del médico o la del lingüista frente al psicótico” y agrega que el esfuerzo hacia la inteligibilidad en una forma científica, rigurosa, le parece ser para el psicótico un modo de fijación del Otro, que despeja el nivel simbólico en tanto que tal; pero revelando siempre un irreductible a la lengua: lo real, heterogéneo a lo simbólico y a lo imaginario.

En nuestro medio, el Lic. Prof. L. Behares (8, 9) ha estudiado el discurso psicótico en varias oportunidades. En una de ellas expuso tres niveles en la técnica discursiva: la modalidad 1, caracterizada por el empobrecimiento cualitativo y cuantitativo de la estructura semántica y de la realización sintáctico morfológica; la modalidad 2, de desajustes en la organización discursiva, fenómenos de condensación, desplazamiento,

---

\* La palabra “estrangée” figura entre comillas en el texto en francés. Lo mismo la palabra “estrangement”

cambio de una coherencia temática a una forma de coherencia asociativa privada, perturbaciones de la asertividad, etc.; la modalidad 3, corresponde a la llamada esquizofasia, en que están alteradas específicamente en la performance los niveles estructurales del lenguaje. Estas alteraciones afectan los niveles fónicos (parafasias fonémicas, jerga, farfulleo, etc.) morfosintácticos (agramatismo, disintaxis, etc.) léxicos (neologismos) y ocasionalmente semánticos (parafasias semánticas); juegos rítmicos, aliteración, repetición, perseveración, etc. Destaca que la esquizofasia aparece solo esporádicamente en el discurso de un mismo paciente y que disminuye sensiblemente con el tratamiento. Insiste en el desajuste de la actuación (performance), caracterizable en términos psicolingüísticos y pragmáticos, en oposición a los trastornos afásicos en los cuales hay una disminución sustancial de la competencia lingüística formal de los sujetos.

En una de las oportunidades en que el trabajo mencionado fue discutido en el Departamento de Lingüística de la Facultad de Humanidades y Ciencias, Sugerí (3) haciendo intervenir no ya a un sujeto, sujeto de la conciencia, sino al sujeto dividido, las hipótesis siguientes, en un enfoque psicodinámico: en la modalidad 1, intervienen mecanismos obsesivos que están controlando el riesgo de la ruptura psicótica y fragmentación yoica. En la modalidad 2, los desajustes en la organización discursiva están indicando la falla transitoria, no permanente de la función sintética del Yo y de su nivel lingüístico conciente-preconciente, con irrupción más o menos parcial e intermitente de estructuras de otro nivel de funcionamiento, no secundario, no regido por la lógica conciente, proceso primario donde no rige el principio de contradicción ni la temporalidad de la conciencia. En la modalidad 3, la llamada esquizofasia, se asiste al fracaso yoico y a la sustitución del discurso correspondiente al proceso secundario por signos amputados, fragmentados, telescopados, que son en cierta forma testigos del derrumbe, al mismo tiempo que índices del funcionamiento del sistema a nivel primario, donde el signo no se distancia del cuerpo. Como analistas, portulamos la doble acción pulsional: por un lado de la pulsión de destrucción o de muerte, agente de la fragmentación, y por otro de las fuerzas libidinales de reorganización, estas últimas actuando en los juegos rítmicos, en los neologismos, en la rima que por momentos hasta puede adquirir un carácter seudopoético surrealista realmente impactante;

En 1982 ya decíamos que el cuerpo en juego en estos casos es también el cuerpo erótico pero con un doble carácter: no es un cuerpo unificado en el sentido que se manifiesta en forma de objetos parciales, como cuerpo fragmentado, y por otro lado, la representación está en el primer nivel del funcionamiento del signo es decir en la

ecuación simbólica kleiniana que como dice Segal, no son sentidos por el yo como sustitutos sino como el objeto original mismo. En la llamada esquizofasia no hay distancia entre el signo y el cuerpo, fragmentos del cuerpo, objetos parciales son arrastrados por el signo. Y a los signos amputados, fragmentados y aglutinados en busca de nuevas conexiones corresponden objetos parciales en busca de uniones que no se estabilizan ni se fijan. Hay una dislocación del estatuto simbólico del signo y un caos del sistema.

En 1985, el Prof. Em. Carlos Mendilaharsu (28) y en 1987 Carlos Mendilaharsu y yo misma expusimos nuestra experiencia con el discurso psicótico.

**c) El cuerpo del discurso psicosomático.** Del cuerpo psicosomático es problemático decir que “habla” en la sesión. En este se ha descrito una disociación entre la psiquis y el cuerpo que ha dado lugar a distintas posiciones teóricas. El modo de ubicarse en el campo (psiquis-cuerpo) constituye la originalidad de la enfermedad psicosomática. El cuerpo en juego en la enfermedad psicosomática, es el cuerpo real, orgánico, con sus aparatos, sistemas y funciones que corresponden a la anatomía y fisiología médicas (aparato digestivo, piel, aparato respiratorio, que se ha extendido a un número mayor en el momento actual) que no corresponde a la anatomía libidinal de la histeria que es propia del cuerpo simbolizado.

Estos serían los polos, ya que existe toda una gama de somatizaciones donde se dan los dos niveles: un primer nivel histórico que está en el lenguaje y otro somático que no lo está.

Freud (16) en el Manuscrito G y en el E. sostiene la existencia de un grupo de “ideas” en el cual la tensión física sexual en contacto tiene que elaborar dicha tensión y resolverla psíquicamente. Este grupo puede estar insuficientemente desarrollado y entonces la tensión física permanece y se descarga en la vía física. En la Neurosis de Angustia (1895) agrega Freud (17) que los grupos de representaciones a los que ha de enlazarse la excitación somática no están desarrollados (angustia virginal). De allí su concepto de neurosis actual versus neurosis de transferencia.

Posteriormente, los trabajos de F. Deutsch, F. Alexander, P. Marty y otros de la Escuela Psicosomática de París, P. Sifneos, G. H. Pollock, A. Garma, L. Chiozza, J. Bleger, en nuestro medio G. Tato, etc., adoptan distintas posiciones con respecto al funcionamiento corporal y mental y a sus relaciones. El problema de si existen síntomas corporales carentes de simbolización está en la base de la discusión. Esta sería, para algunos, la posición del paciente y el analista no debe adoptarla.

El hecho que surge de la clínica es que el psicoanalista no puede ya actuar solo y requiere la presencia del médico o de los médicos somatistas; y dada la tendencia observada en estos pacientes a dispersar la provisión médica, la intervención de un verdadero equipo interdisciplinario.

Los obstáculos epistemológicos que marcan los límites del poder médico, así como los límites del discurso psicoanalítico, encuentran en la enfermedad psicosomática un lugar privilegiado de objetivación y verificación; Clavreul (11).

Es, sin duda, un lugar privilegiado, donde toma el papel central la interdisciplina con la formación de un equipo interdisciplinario que implica todos los desafíos y los límites que este impone, ya que ninguno de los “saberes” en juego puede adjudicarse la pretensión de abarcar la totalidad (2). Hace imprescindible el respeto mutuo para un desarrollo armónico. Es, por otra parte, el lugar por excelencia, de donde puedan surgir nuevos conocimientos.

### **Relación cuerpo-mente**

A pesar de los notables avances en el campo de las neurociencias que proveen tanta información sobre el funcionamiento cerebral, la relación cuerpo mente es un problema aún no resuelto. El misterioso salto de lo psíquico a lo somático que tanto preocupó a Freud (14) desde sus trabajos sobre las afasias aún está en pie (p. 56 – 58). La influencia de Hughlings Jackson le hizo entonces utilizar la frase “la dependent concomitant” del proceso fisiológico paralelo al proceso psíquico y decir que la cadena de los procesos fisiológicos, dentro del sistema nervioso, probablemente no mantiene un nexo de causalidad con los procesos psíquicos. Habló entonces en términos de correlato fisiológico de la representación. Esta es también actualmente la posición adoptada por la Neuropsicología, punto de confluencia por un lado de las neurociencias (neurología, neuroanatomía, neurofisiología, neurobioquímica, etc.) y por otro de las ciencias humanas (psicología, psicología experimental, genética, lingüística, antropología, psicoanálisis) (25).

La Neuropsicología cognitiva ha tratado de dar un paso para salvar el hiatus. Esta tiene como objeto de estudio el sistema inteligente, el cerebro humano, en la alteración de las funciones por una determinada lesión cerebral, (12). “(...) parte del supuesto que hay ciertas regularidades en la conducta de los individuos que son explicables en la medida que existen formas de organización mental y cierta forma de procesar la información que es común a todos los sujetos (...) Para sus explicaciones utilizan

diagramas de cajas y flechas (...) En cada caja hay cierto procesamiento, transformación de la información, las flechas indican como esa información entra o sale de la caja. Algunos neuropsicólogos contemporáneos se han ocupado casi exclusivamente del estudio cognitivo de las funciones alteradas, prescindiendo de las estructuras cerebrales que están detrás de esa función. Otros, en cambio, hacen grandes esfuerzos para integrar los modelos cognitivos y sus alteraciones al funcionamiento normal y patológico del cerebro (Mesulan, 1990)". (p. 26).

En 1993, J. L. Nespoulous<sup>\* \*</sup> (30) planteó objeciones al neuropsicólogo cognitivo destacando que en su opinión, al dualismo cartesiano le queda mucho tiempo por delante en sus distintas conceptualizaciones: dualismo absoluto tipo Babinski, que separa lo orgánico de lo psíquico, tesis monistas materialistas, biologists o puramente mentalistas siguen estando en el centro de los debates de la relación cuerpo-mente. En la mesa redonda que tuvo lugar en esa oportunidad subrayé (5) mi coincidencia diciendo que adhería al paralelismo psicofísico. Subrayé también la pregunta que formuló Nespoulous: para cuando será el día en que la neuropsicología cognitiva integre los parámetros emocionales tan a menudo apartados porque sus muchos grados de libertad asustan al investigador<sup>\*\*</sup>. Se ha considerado, como hemos expuesto anteriormente en el discurso neurológico, a la esfera emocional, como un correlato afectivo sin preocuparse en general por la investigación en ese campo. Es verdad que no hay en la organización cerebral un modelo que de cuenta, punto por punto, de los desórdenes afectivos, pero eso también ocurre con los fenómenos cognitivos donde la oscilación entre tesis holísticas y localizacionistas es un campo no superado por las tesis neolocalizacionistas.

El mejor conocimiento de los mecanismos cerebrales que están en juego en muchas actividades mentales (atención, memoria, lenguaje, actividad de conciencia, impulsividad, agresión, etc.) así como el de alteraciones en el metabolismo de los neurotransmisores en diversos trastornos mentales, no autoriza sin embargo a insertar directamente lo psíquico sobre lo somático, a pesar del indudable valor en el tratamiento de los mismos. El funcionamiento del sistema nervioso es complejo y las líneas de investigación en ese campo son variadas: molecular, en los neurotransmisores y receptores; celular en neuronas aisladas o en sus conjuntos o redes, en determinaciones

---

\* Neurolingüística del laboratorio J. Lordat, Université de Toulouse Le Mirail. Service de Neurologie. G.D.R. de Neuropsychologie 978 du CNRS.

\*\* Gadner en efecto, advierte explícitamente en la necesidad de disminuir la importancia del comportamiento afectivo o de la emoción en el contexto de la arquitectura funcional que intenta elaborar la ciencia cognitiva.

y manipulaciones genéticas\* etc., cada una de las cuales tiene su metodología específica, sus instrumentos, sus reglas propias y carga a su vez con enigmas y paradojas particulares. El conjunto de la actividad cerebral en la multiplicidad de sus determinaciones, no evoca la idea de una causalidad unívoca para procesos a su vez tan complejos como son los de la realidad psíquica donde la introducción del inconsciente aleja aún más la pretensión de explicación. Las fantasías concientes e inconcientes de la realidad psíquica, el intrincamiento de los afectos y emociones surgidos en lo verbal y preverbal en la transferencia, la intersubjetividad en juego, la multiplicidad de sentidos que evoca la narrativa en la situación analítica, el efecto de la interpretación, lleva a la consideración de dos universos de discurso, que no pueden ser aprehendidos en una relación de causalidad pero si de correlación. En el estado actual de nuestros conocimientos, el dualismo psicofísico, la postulación de series estructurales paralelas que interactúan, es una hipótesis de nivel epistemológico de valor heurístico y pragmático, sin entrar, como lo he dicho en otras ocasiones, en consideraciones de orden ontológico que no se pueden dar en el ámbito psicoanalítico.

Para concluir, he dejado indudablemente de lado, la relación del discurso psicoanalítico con la Cultura, en sus vertientes antropológicas, históricas, sociales, artísticas, literarias, etc. Cultura acelerada en el tiempo y cargada de incertidumbre y donde los códigos actuales han conmocionado los tradicionales. Y aquí se juega la fecundidad de una reunión como ésta. Un Congreso es una cosa viva, una experiencia intensa. En los distintos paneles, mesas, talleres, cursos, conferencias, tendrá lugar ese clima de comunicación de saberes y no saberes, de brechas innovadoras, de coincidencias y oposiciones, de superación de actitudes divisorias creadas por prejuicios dogmáticos, de **encuentro entre personas**, en contraste con el mundo virtual de computadoras e imágenes televisivas en el que estamos inmersos.

## Referencias bibliográficas

---

\* Existe un proyecto de establecer un mapa del cerebro humano, de su topografía funcional, por el empleo de técnicas actuales de imagenología, de modo parecido al mapa genético del Proyecto Genoma Humano.

1. ACEVEDO DE MENDILAHARSU, S. Y MENDILAHARSU, C. 1978. De los discursos y el lenguaje. Rev. Uruguay de psicoanálisis, 57. A.P.U. Montevideo, 1987; pp. 13-39.
2. ACEVEDO DE MENDILAHARSU, S. 1981. Relación entre el Médico y el Psicoterapeuta en la enfermedad Psicosomática. Mesa redonda en el III Encuentro Argentino Brasileño y Primer Encuentro Latino Americano. C.I.M.P. Inédito. Buenos Aires, 1981.
3. \_\_\_\_\_ 1983. El lenguaje del cuerpo. Jornadas Interdisciplinarias de lingüística. Facultad de Humanidades y Ciencias. Inédito. Montevideo, 1982.
4. \_\_\_\_\_ 1983. EL cuerpo en Neurología, Psiquiatría y Psicoanálisis. Centenario de la Neurología en España. Edit. Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pou. Barcelona, 1983, pp. 973 – 984.
5. \_\_\_\_\_ 1993. La Mente y el Cerebro. Mesa redonda en el III Congreso Latino Americano de Neuropsicología. S.L.A.N. Inédito. Montevideo, 1993.
6. \_\_\_\_\_ 1995. Subjetividad y Tiempo en el espacio analítico. En: “Lo arcaico, temporalidad e historización”. IX Jornadas Psicoanalíticas. A.P.U. Montevideo, 1995; pp. 61 – 69.
7. \_\_\_\_\_ 1997. La interdisciplina: Memoria, Historia, Narrativa. Coloquio de ADEP. Buenos Aires, 1997; pp. 9 – 14.
8. BEHARES, L. E., BERMÚDEZ, A., PERNAS, MENDILAHARSU, C. RIVAS, A. LABRAGA, F. LÓPEZ DE CAYAFFA, C. 1983. A propósito de un caso de Discurso concreto y Pensamiento concreto en la esquizofrenia. Cuadernos de Lingüística y Filología 1. Universidad de la República. Montevideo, 1985; pp. 18 – 23.
9. \_\_\_\_\_ 1984. Modalidades del discurso esquizofrénico. Consideraciones psicolingüísticas. Relaciones, 3. Montevideo, 1984; pp. 14 – 15.
10. CASTIGLIONI, A. 1941. Historia de la Medicina . Salvat, Barcelona, 1941.
11. CLAVREUL, J. 1978. L’ordre Medical. Seuil, París, 1978.
12. DALMÁS, F. 1993. La Memoria desde la Neuropsicología. Roca Viva, Montevideo, 1993.
13. ELIADE, M. 1964. Tratado de la Historia de las Religiones. Era, Méjico, 1964.
14. FREUD, S. 1891. Zur Auffassung der Aphasien. Obras Completas, Volumen XIV, Amorrortu, Bs. As.
15. \_\_\_\_\_ 1892 – 1899. Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Volumen I, ídem.
16. \_\_\_\_\_ 1893 – 1895. Estudios sobre la Histeria. Volumen 1, ídem.

- 17 \_\_\_\_\_ 1894 – 1895. Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. Volumen III, ídem.
- 18 \_\_\_\_\_ 1900 – 1901. La Interpretación de los sueños. Volumen V. ídem.
- 19 \_\_\_\_\_ 1905. Tres ensayos de teoría sexual. Volumen VII. ídem.
- 20 \_\_\_\_\_ 1913. Nuevos conceptos sobre la técnica del psicoanálisis. Volumen XII, ídem.
- 21 \_\_\_\_\_ 1915. La Represión. Volumen XIV, ídem.
- 22 \_\_\_\_\_ 1915. Lo Inconciente. Volumen XIV, ídem.
23. KRISTEVA, J. FOLLE VERITÉ. 1979. Verité et vraisemblance du texte psychotique. Seuil, París, 1979.
24. KUHN, R. 2002. El síntoma como hecho a ser comprendido. Relaciones, 212. Montevideo, pp. 11 – 13.
25. LORENZO, J. ROMERO. S. 1988. Rehabilitación precoz en tres casos de anoxia cerebral difusa. II Jornadas de Psicoanálisis y Salud Mental. Inédito, Montevideo, 1988.
26. MC DOUGALL, J. 1978. Pladoyer per une certaine anormalite. Gallimard, París, 1978.
27. MENDILAHARSU, C. ACEVEDO DE MENDILAHARSU, S. 1971. Constructional apraxia, a Clínico Physio – Psychological study. Acta Neurológica Latino Americana. Rosgal. Montevideo, 1971; pp. 172.
28. MENDILAHARSU, C. 1985. Algunas reflexiones preliminares sobre el lenguaje y pensamiento en las psicosis. Temas, 6 A.P.U., Montevideo, 1987; p. 33 – 46.
29. MENDILAHARSU, C. ACEVEDO DE MENDILAHARSU, S. 1987. Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis. Rev. Uruguay de Psicoanálisis, 66; A.P.U., Montevideo, 1987; pp. 9 – 37.
30. NESPOULOUS, J. L. 1993. De la Neurolinguística descriptiva a la Neurolingüística congosciva, III Congreso Latino Americano de Neuropsicología, S.L.A.N. Inédito, Montevideo, 1993.
31. SCHILDER, P. 1968. L’image du corps. Gallimard, París, 1968.
32. TCHIN – TSEU – NGAN. 684. Poesies de l’epoque des Thang. Edit. Champ Libre, París, 1977.
33. WITTGENSTEIN, L. 1966. Estética, psicoanálisis y religión. Edit. Sudamericana, Bs. As. 1988.
34. WITTGENSTEIN, L. 1953. Investigaciones filosóficas. Edit. Crítica, Barcelona, 1988.