

Una experiencia clínica inesperada: repensando los afectos¹

Samuel Arbiser

INTRODUCCION

A fines del siglo XIX, en tiempos del auge del microscopio y de las promisorias certezas de la medicina enardecida en la ciencia positivista, nació el psicoanálisis; y nació de la sorpresiva circunstancia de encontrar detrás de una heterogénea serie de manifestaciones somáticas denominadas “conversión histérica” al “*infortunio ordinario*” (Freud, S., 1895). A despecho de lo esperado, ni lesión celular, ni bacteria podían explicar esos padecimientos (Freud, 1893). Por lo tanto, dicho infortunio no podía encasillarse fácilmente en el rigor de la ciencia positiva, sino ser vagamente descrito como “*condiciones y peripecias de la vida*” (Freud, op. cit). A poco de andar, un amplio conjunto de entidades nosológicas de manifiesta incidencia orgánica y etiología incierta o desconocida engrosaron las filas—con el nombre de “*psicosomáticas*”—de los padecimientos tributarios de la joven ciencia. Estos sucesivos pasos condujeron a drásticas modificaciones en las concepciones médicas contemporáneas que no pudieron soslayar al psicoanálisis para la comprensión, no sólo de la relación médico-paciente, sino de sus explicaciones psicopatológicas. El psicoanálisis, a su vez, se enriqueció con la experiencia proveniente de estos nuevos campos, y además se multiplicó y renovó el debate científico y filosófico acerca de la

¹ Una primera versión de este trabajo fue escrita en 1998, con el título de “Encrucijada psicósomática”. La presente versión surge de mis recientes contactos con literatura vinculada a la relación entre las neurociencias y el Psicoanálisis (Pally, R., 1998), que, de alguna manera, sustentan las especulaciones y conjeturas contenidas en este trabajo.

naturaleza de la mente y de la relación psique-soma (Rabossi, E., 1995).

Sin embargo, transitando confiados en esta dirección cada vez más abarcativa del psicoanálisis, la sorpresa —a veces— puede acaernos. Acostumbrados al frecuente hallazgo de “la explicación psicológica” que esclarece a la postre un síntoma somático, no siempre estamos preparados para lo que, al menos en apariencia, aparece en la dirección contraria: un conjunto de síntomas neuróticos típicos —una fobia— pueden eventualmente justificar o entramarse en una seria patología orgánica; en el caso motivo de este artículo, un tumor vascular cerebral congénito asintomático. Tampoco debemos exagerar nuestra reacción. No es para nada una novedad ni una rareza; sólo que el olvidado concepto de *patoneurosis* introducido por Ferenczi (1917), retomado por Fenichel (1967) y trabajado en nuestro medio (Argentina) por Pichon Rivière (1971) es bastante menos frecuentado en la actual literatura psicoanalítica y en los ámbitos de discusión de problemas teóricos y clínicos.

Esta presentación contiene la comunicación de un caso clínico que, laxamente considerado, podría enmarcarse dentro de estas últimas características. Su lectura invitaría a compartir perplejidades, plantear interrogantes y ejercitar algunas especulaciones sobre el tema del registro psíquico del peligro, la angustia como paradigma del afecto y las fobias.

Consecuente con tal objetivo, el caso se expondrá en términos globales atendiendo a la problemática antes enunciada: la relación entre el tumor y la fobia; y de paso, se aportaría a la temática de mis recientes reflexiones (Arbiser, 2003) acerca del objeto específico del psicoanálisis; esto es, el inevitable padecimiento derivado de *las condiciones y peripecias de la vida* que surgen de la convivencia del hombre en el medio sociocultural. Esto estaría en línea con la afirmación de que compartimos con el mundo animal una parte significativa de la producción de afectos, que en el *homo sapiens* sería la matriz sobre la que se insertaría la parte histórica (no instintiva) de la vida afectiva, dependiente ahora del aprendizaje² en el medio familiar y sociocultural. Y que, en términos de la perspectiva evolucionaria se localizaría en la corteza prefrontal, hiperdesarrollada en los homínidos más recientes que conforman nuestra

² “Aprendizaje” en el sentido amplio, como opuesto a “instintivo”.

especie (Leakey, 2000) a expensas del retroceso del rinencéfalo (Netter, 1987).

COMUNICACION CLINICA

Hace más de una década consulta una mujer de 35 años, casada, madre de dos hijos varones menores de 10 años. Trabajaba en una actividad comercial *part-time* poco satisfactoria. No había logrado terminar sus estudios universitarios y había cursado, sin descollar, un colegio secundario de élite. Según su propio relato, era más voluntariosa que brillante en su desempeño escolar, y pasaba desapercibida en su relación con sus pares. El motivo actual de la consulta estaba referido al conflicto que le provocaba, por una parte, la presión familiar y la de su entorno social para llevar a sus niños a Disneyworld, desafiando, por la otra, su ponderable miedo a viajar en avión. Tenía además otros síntomas fóbicos en la línea de la claustrofobia como ocasionales imposibilidades de viajar en automóvil en tanto se sentía encerrada y presa de angustia y ahogos; otro síntoma notorio era su aversión a introducirse en una piscina o en el mar. Como en toda fobia típica, el relato de sus síntomas era impreciso y confuso. La lucha entre sus restricciones neuróticas y su tenaz voluntad de superarlos, empujada por sus responsabilidades domésticas, laborales y familiares, explicaba la intermitencia de su sintomatología. En otros pacientes con sintomatología similar suele vencer la restricción en tal lucha, y entonces prevalece su correlato regresivo de desvalimiento y de postración. Algo así había ocurrido años atrás, antes de casarse y ante la inminencia de este acontecimiento: cae en una crisis que la obliga a postergarlo y de la cual se repone con ayuda psiquiátrica. Manejaba en forma obsesiva el tiempo ritualizando sus actividades cotidianas al extremo de sentir que se le escurría entre su manos. Entre sus manifestaciones orgánicas, la paciente evidenciaba molestas y frecuentes rinitis y conjuntivitis alérgicas. Desde siempre padecía de una disfagia selectiva que se expresaba en la dificultad de ingerir medicamentos en forma de comprimidos o tabletas. Impresionaba como que el antecedente de su nacimiento prematuro le hubiese dejado la impronta de una irreductible precariedad física y psíquica.

DIAGNOSTICO

En ese entonces (fines de la década de los 80), en el nivel psicopatológico, concluí que se trataba de una fachada fóbico-obsesiva sintomática que superaba el esfuerzo defensivo de transformarse en una caracteropatía del mismo signo.³ El episodio de la mencionada crisis, previa al matrimonio, podía ser comprendido como una presunta descompensación regresiva transitoria desencadenada, con seguridad, por la exigencia que le significaba afrontar las responsabilidades de su casamiento. Con lo que se evidenciaba, en forma dramática y paroxística, lo que aparecía más amortiguado en su vida corriente: una no totalmente aceptada ni reconocida sensación de incompetencia madurativa para cumplir con las exigencias vitales que le imponía su entorno y los emblemas de su pertenencia familiar y social.

En el nivel de diagnóstico psicosocial era notoria una discrepancia entre las aspiraciones de consumo propios de tal pertenencia sociocultural y sus limitadas posibilidades económicas para acceder a los mismos, como el anhelado viaje a Miami. Nuevamente una discrepancia entre exigencias y recursos (económicos y psíquicos).

En el nivel de diagnóstico motivacional, dato que en mi práctica es decisivo para justificar la decisión de emprender un tratamiento analítico, su *egodistonia* no partía de la curiosidad por dilucidar su profusa sintomatología neurótica (función psicoanalítica de la personalidad), sino por el pretendido conflicto, planteado en términos “reales”, entre la presión por viajar y el obstáculo que le imponía su fobia. Ella entendía como conflicto lo que para el analista era un mero contratiempo. Es decir, la motivación partía de su urgencia por resolver en forma fáctica su viaje. No era posible interesarla por averiguar el sentido de sus síntomas y resolverlos por la vía de la indagación psicoanalítica. De este modo se comportaba más como una paciente tributaria de la psiquiatría clásica en busca de la supresión sintomática.⁴

³ En la actualidad (2003) no me retractaría del diagnóstico, sólo que diría que no formaba parte de lo axial de su psicopatología. Lo central, desde mi perspectiva actual, era su déficit en el proceso de la capacidad de representación, propia de los pacientes psicósomáticos.

⁴ Estas reflexiones son parte de la primera versión en la que me justificaba de la aceptación de una baja frecuencia de sesiones impuesta por la paciente.

EL HEMANGIOMA

Atento a mi primera impresión diagnóstica de una neurosis fóbica, la paciente había iniciado la terapia con una frecuencia de dos sesiones semanales con la promesa de completar una tercera sesión en pocos meses, apenas mejorara la situación económica. En contra de esta expectativa, al año de iniciar tuvo que disminuir a sólo una sesión semanal de la mano de los infortunados vaivenes laborales propios y de su marido. Avalado por estos contundentes *hechos*, se consolida el irreductible “realismo” de sus convicciones tanto en estas desventuras como en todos los demás. Por tal razón el analista, resignado a un cambio de estrategia, no se ensañó en el consabido “*análisis de las resistencias*” más de lo que prudentemente aconsejaba su sentido común. De todos modos, a los seis años de tratamiento, se había producido una franca mejoría sintomática; debida más al sostén y acompañamiento psicoterapéutico calificado que a los efectos del *insight*. Pudo, por fin, concretar su anhelo de llevar a sus hijos a Miami, respaldada en su psicoterapia y en la ayuda de ansiolíticos. No obstante ese logro, entre las variadas manifestaciones orgánicas que la llevaban a consultar con bastante asiduidad a su médico clínico aparecen –sin denunciar nada aparentemente alarmante– mareos inespecíficos. Curiosamente, y a pesar de la insignificancia que le adjudicaban los médicos, profundiza los exámenes clínicos complementarios con una obstinada y –para mí– inesperada determinación; pruebas que culminarían finalmente en el diagnóstico de un hemangioma subcortical del tamaño de una cereza en la zona ténporo-parietal izquierda. Se trataba de un ovillo de capilares, venitas y arteriolas que se suponía extremadamente frágil. En síntesis: una bomba a punto de estallar.

He aquí el motivo original promotor de esta comunicación clínica: esta persona portaba, sin saberlo, una anomalía congénita que implicaba la posibilidad (aunque no la certeza) de una ruptura espontánea, o provocada por un cambio brusco de presión, por lo cual viajar en avión o introducirse en el mar o en un natatorio conllevaba un peligro real!

Mi sorpresa fue mayúscula al enterarme de que los síntomas de los cuales yo, al principio, esperaba librarla con el tratamiento psicoanalítico constituyeron a lo largo de su vida una protección suficientemente eficaz, hasta ese momento, contra el estallido de su lesión.⁵ Pero no fue menor la sorpresa al observar cómo, en la

odisea que la llevó a su curación, funcionó con una asombrosa intuición que impresionaba al observador como si fuera conducida por una misteriosa sabiduría superior. Sabiduría con la cual pudo sortear las propuestas de la neurocirugía clásica, que implicaban verdaderos estragos en su integridad cerebral para acceder a la incómoda localización del tumor. De este modo, finalmente se topó con un equipo médico que practicaba una reciente técnica incruenta de tratamiento por la vía de embolias terapéuticas en los vasos aferentes y eferentes del tumor, a los que se llegaba por medio de cateterismo vascular; así, al privarlo de irrigación se lograba una retracción del mismo y una curación con *restitutio ad integrum*. Tuvo dos intervenciones exitosas a partir de las cuales aventó para siempre el riesgo del accidente cerebro-vascular, por regla, mortal.

Paralelamente a estas vicisitudes médicas se desarrollaba otra intrigante historia relacionada ahora con viviendas y mudanzas. Desde que se había casado vivía en un departamento con el cual se sentía en una declarada armonía. Lo amaba y lo había decorado con todos sus gustos. Con el crecimiento de sus hijos sólo necesitaba un cuarto más, por lo que decide mudarse. Con esta segunda vivienda su relación no sólo fue de discomfort afectivo, sino plagada de contratiempos: la aborrecía. Sugestivamente, estos contratiempos resultaron ser problemas de cañerías...! En forma permanente éstas reventaban o refluían los contenidos de las rejillas de la cocina y de los baños. Esto provocaba su desesperación e incrementaba su antipatía por esta malhadada vivienda. Para colmo, cuando ya habían pasado alrededor de dos años de las dos intervenciones sobre el tumor, se produce una violenta explosión en el vecino departamento del piso superior a causa de una pérdida de gas. La vivienda de mi paciente sufre la destrucción del lavadero y parte de la cocina. Además, este penoso accidente cobra una víctima mortal: una desdichada muchacha de servicio (de los vecinos). El hecho de que el accidente hubiese ocurrido en horas de la madrugada evitó que nadie de su propia familia se encontrara en el epicentro de la explosión. La trágica realidad (¡nuevamente el realismo!) de estos hechos sólo me permitía prudentes aproximaciones interpretativas que vinculaban los trastornos de las cañerías del departamento con

⁵ Algo similar a lo que le ocurrió a Oliver Sack (1987), cuando Natasha, a los 90 años le pide que no cure su “Enfermedad de Cupido”, una neurosífilis, en tanto la hacía muy feliz su cambio que la transformó en una persona alegre, “retozona” y con energía juvenil.

los vasos sanguíneos de su cuerpo —el hemangioma— y las consecuencias fatales de las que se sustrajo gracias, en gran parte, a la solvencia con que encaró su diagnóstico y tratamiento. También la proyección en la joven víctima de un propio posible desenlace mortal. La casual incidencia de estos eventos edilicios brindaba una imperdible oportunidad para intentar el procesamiento representacional y verbal de episodios obviamente traumáticos. Ya antes de estos acontecimientos, esta misma paciente me había relatado, en la sesión posterior al atentado de la Amia (Julio, 1994), que se había pasado toda la noche mirando por televisión (sin voz para no despertar al marido) la repetición de las imágenes de la explosión y sus consecuencias. En aquella circunstancia le había interpretado su intento de digerir lo que la abrumaba; y que su marido, a diferencia de ella, podía hacer esa digestión simplemente soñando. Pero, en esta ocasión, debía ser prudente en mis intervenciones, habida cuenta de la brutal realidad de esos hechos, y el desgraciado costo de una vida humana. Creo que interpretaciones “cliché” y ligeras podrían, tanto lesionar su delicada sensibilidad, como banalizar la entidad real y la crudeza de estos sucesos. Sin embargo, queda como una inquietante pregunta el inexplicable malestar que la paciente sentía, sin atenuantes, con el segundo departamento, previo a la emergencia de ese encadenamiento demoníaco e interminable de roturas y estallidos. En mi experiencia clínica nunca había reparado en una relación afectiva de amor y odio tan manifiesta con “los lugares”, a pesar de recordar la insistencia que en sus enseñanzas ponía E. Pichon Rivière con lo que él denominó *la dimensión ecológica* (1965) basado en su experiencia clínica con pacientes psicóticos o muy regresivos. Se refería a la intensa catectización afectiva de determinados lugares geográficos como consecuencia de la proyección en los mismos de la relación primitiva con el pecho materno. En la Argentina las palabras “*querencia o pago*” asocian en su significado esta relación entre el afecto y el lugar.

INTERROGANTES

En la reflexión de esta experiencia clínica se nos impone revisar las enseñanzas freudianas acerca de la “*situación de peligro*”, la angustia y los afectos en un sentido más general, y en ese orden, la significación biológica de éstos, y la decisiva impronta que la cultura

humana (Edipo y lenguaje) les impone. Como se ha insistido al principio, los trabajos más recientes sobre neurociencias y psicoanálisis (Neuro-Psychoanalysis, 1999) aportan una renovada perspectiva a estos problemas.

Cabría entonces preguntarse:

1) ¿Los síntomas fóbico-obsesivos —clásicamente considerados precautorios ante las presiones pulsionales— podrían considerarse también precautorios ante el riesgo de una lesión anatómica potencialmente peligrosa?

2) ¿Cómo comprender la eficacia y determinación con que condujo su diagnóstico y tratamiento y el hallazgo de una solución incruenta con restitución total?

3) ¿Cómo entender el sentimiento inexplicable —o solo parcialmente explicable sobre la base de razones atendibles— de antipatía tan visceral con su segundo departamento?

Despejemos primero lo de las patoneurosis que mencionamos al principio. Si se pretendiera relacionar este historial con un caso de “patoneurosis”, se debería reconocer una relación intrínseca entre la patología orgánica y la psíquica, siempre y cuando no se entienda esta relación en sentido de psicogénesis de tal patología, como lo advierte Fenichel. Además se requeriría que los síntomas psíquicos sean más generales e inespecíficos; y que difícilmente configuren un cuadro neurótico sistematizado como una fobia.

Pero, lo que en última instancia cabría interrogarse sería acerca de la posibilidad, por parte del psiquismo, de detectar un peligro “anatómico”, y que además de detectarlo y sustraerlo de la conciencia, organice una serie de conductas sintomáticas que resulten sabiamente “acorde a fines”. Parece decididamente poco convincente, y sin embargo, las fuentes del conocimiento profano, que Freud nunca desoyó, mantienen incólume la creencia de un “sexto sentido”.⁶ A este indefinible sentido también cabría adjudicarle la destreza con que manejó su diagnóstico y tratamiento y los misteriosos sentimientos con las viviendas.

⁶ Atento a estas problemáticas a raíz de la redacción de este artículo, recientemente me impactó el siguiente relato de una joven paciente: “...estaba durmiendo... eran entre las dos y las tres de la madrugada... no sé, al principio creí que era un sueño... escuché un ruido como el que hace una puerta cuando se abre lentamente... como un crujido, levanto esta mano y desvío un (panel) espejo enorme que se desprendió de la puerta de arriba del placard y caía directamente sobre mi cabeza... cayó en el piso y estalló en mil pedazos... grité tan fuerte que mi papá llegó desesperado...”

De todos modos, en la rebusca de explicación recurrimos a lo que Freud (1926,1932/33) denominó la “*situación de peligro*”, que primariamente expresa la conmoción económica del aparato psíquico, llamado “*factor traumático*” en 1932/33. Pero, tal como lo postula este autor, el dispositivo de la angustia, para poder ser un efectivo protector ante los peligros, debe anticiparse a la conmoción económica mencionada, a través de las llamadas “*condiciones de angustia*”; a saber, “*pérdida del objeto madre*”, “*amenaza de castración*”, “*pérdida del amor*”, “*temor al superyo*”, “*angustia de la conciencia moral y angustia social*”. Todas estas condiciones remiten directa o indirectamente a la pérdida de objeto. Y asimismo al miedo a las pulsiones, en tanto el peligro exterior que supone su satisfacción. Sin embargo, no parece que estas condiciones puedan explicar la supuesta detección del peligro inherente a la lesión en este caso particular, en tanto que, de lo que tales condiciones tratan son de los peligros vinculados al ser humano en su vertiente cultural (pérdida de objeto) más que en su aspecto biológico. Regina Pally, (1998) refiriéndose a los componentes del circuito del afecto, diferencia las respuestas afectivas automáticas (amígdala) de los cambios que a estas respuestas supone la intervención de la corteza prefrontal con la función de la memoria, propia de los seres humanos.⁷

Volviendo al campo de las explicaciones psicoanalíticas, ¿acaso se podría recurrir a lo que Freud (1915/17) denominó “*sueños diagnósticos*”? Ahí se sostiene que, en el camino regresivo de la libido al narcisismo primario del dormir, se invisten las representaciones del cuerpo. La lesión cerebral configurando, supuestamente, un símil de “*resto diurno*” requeriría una investidura renuente a la retracción de la libido. Pero en este caso se explicaría su aparición, más o menos enmascarada, en el contenido manifiesto de los sueños o, de alguna manera encubierta, en el pensamiento de vigilia. Más difícil es inferir que se manifieste con el disfraz de una neurosis típica, y menos creíble aún es que provoque una serie encadenada de

⁷ “La amígdala activa respuestas automáticas preformadas. La corteza prefrontal, plenamente desarrollada en los seres humanos, puede cambiar las respuestas automáticas de la amígdala a decisiones y elecciones basadas en experiencias previas (...). La ansiedad humana puede ser el alto costo de la habilidad de anticipar el peligro (...). Los animales inferiores sufren las consecuencias de elecciones equivocadas pero no se preocupan de eso de antemano” (pág. 354, op. Cit.) (traducción personal).

conductas complejísimas que desemboquen en una conducción eficiente de su diagnóstico y tratamiento, llevándola a elegir la opción más conveniente que el mundo cultural –adelantos médicos– le ofreció. Como conclusión, parece más sencillo dar crédito a la hipótesis de una afortunada coincidencia y concederle al azar mayor espacio del que acostumbramos en nuestra incuestionada adhesión al “*determinismo psíquico*”.

ESPECULACIONES

Solamente me interesaría enunciar algunas ideas que surgieron a partir de la redacción del caso, dejando planteada la prudencia que toda especulación merece.

Se impuso a la reflexión la pregunta acerca de la significación de los afectos en general y del dispositivo de la angustia en particular para la supervivencia de las especies; y las vicisitudes del procesamiento que este afecto sufriría en el camino de la humanización de nuestra naturaleza animal. En esta dirección, los trabajos de Gioia, T. (1996) rescatan tal postura darwiniana, además de brindar una valiosa información sobre recientes estudios etológicos, e intentar restablecer la continuidad y discontinuidad biológica de los afectos, y del miedo en especial. A mi entender, en el hombre los afectos son constituyentes fundantes y primarios del funcionamiento psíquico y proveen, a través del amplio abanico de la tonalidad estética que imponen en la conciencia, una gran parte de la orientación de nuestras conductas en el mundo. Green, A. (1973, 1990), en sus exhaustivos estudios psicoanalíticos sobre los afectos, les reconoce una extraordinaria complejidad en la génesis, una diversidad de expresiones que cuestiona el status metapsicológico (cantidad y representación) freudiano, especialmente la afirmación de que toda representación proviene de la percepción. Propone, en consecuencia investigar en el camino de una *simbolización primaria*, descripta como matrices de vivencias pasibles de una lógica de funcionamiento primario, que desconocen el distingo entre afecto y representación.

En este orden, tentaba, para explicar las particularidades de este caso, la idea –para nada ajena a Freud– de una memoria filogenética: los afectos como *histerias de la especie*; al extenderlo más allá del *homo sapiens* recorro a una sabiduría remanente de las especies

supérstites, propia de la perspectiva evolucionaria de Darwin. Al respecto recordaba de la formación médica la experiencia del laboratorio de fisiología con pequeños animales cuando se les removían las glándulas paratiroides, encargadas de regular la distribución del calcio en el organismo: ante dos recipientes conteniendo leche, las ratitas desprovistas de sus glándulas se dirigían sin vacilar a aquellos que contenían la leche enriquecida con el agregado del mineral. También se hacía presente el conocido fenómeno de la huida despavorida de los animales en los momentos previos a los cataclismos naturales. Así como el neonato humano pierde la habilidad natatoria innata a las pocas semanas de vida extrauterina, gran parte de los afectos “acordes a fines” en el mundo animal (al servicio de la autocuración, la protección ante el depredador y de las contingencias naturales) se resignan en el proceso de humanización de nuestra especie. Estas pérdidas son compensadas, en el sentido de la supervivencia, por el alto grado de complejidad de nuestro psiquismo, inextricablemente ligado a la correspondiente complejidad del mundo cultural; con la administración de los bienes culturales queda relativamente compensado del desvalimiento propio de la criatura humana con relación a las otras especies. El sustento biológico de los afectos debe forzosamente entramarse con las nuevas condiciones de la vida sociocultural que implican una extraordinaria sofisticación en la organización, ordenamiento y administración de la vida pulsional (el Edipo), a su vez condicionada por el universo del lenguaje, que introduce la extraordinaria e infinita diversidad semántica. La supervivencia y el éxito reproductivo no están sólo librados al mundo natural sino a la ya mencionada producción y administración de los bienes culturales. Como Freud siempre sostuvo, y se terminan de confirmar en el nivel neurológico (Regina Pally), las neurosis constituirían el precio y la marca inexorable de este pasaje; y las precauciones inherentes a las fobias en particular una muestra cabal del disloque de los miedos biológicos de protección resignificados a escala humana.

Para concluir, arriesgaría entonces la siguiente hipótesis explicativa del caso clínico: la fobia de esta paciente no tenía ninguna relación intrínseca con la lesión cerebral, pero ésta se sirvió de aquella, guiada por un factor X que adjudicamos, en forma conjetural, a algún grado de persistencia de la “sabiduría biológica” de autoconservación. Muchos fenómenos enigmáticos adjudicados al popular y misterioso “sexto sentido”, como el accidente de la otra

joven paciente citada a pie de página, la simpatía o antipatía por ciertos lugares, podrían presuntamente ser abarcados por esta explicación. En este punto, el abordaje interdisciplinario entre la neurociencia y el psicoanálisis nos proveerían mayor sustento científico para reemplazar a la romántica apelación al tan meneado sentido.

BIBLIOGRAFIA

- ARBISER, S. (2003) "Psiquis y Cultura". *Psicoanálisis*, APdeBA, Vol. XXV, N° 1, pág. 193, 2003.
- FENICHEL, O. (1967) *Teoría general de la Neurosis*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1967.
- FERENCZI, S. (1917) "Las Patoneurosis", *Psicoanálisis*, Tomo II, Madrid (Espasa Calpe S.A. 1981).
- FREUD, S. (1893) Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. O. C. Tomo 1, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976.
- (1895) Estudios sobre la histeria. O. C., Tomo 2, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976.
- (1915/17) Complemento metapsicológico de la doctrina de los sueños. O. C., Tomo 14, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976.
- (1916/17) Conferencias de introducción al psicoanálisis., 25ª. O.C, Tomo 16, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976.
- (1926) Inhibición, Síntomas y Angustia. O. C. Tomo 20, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976.
- (1932/33) Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis, O. C. Tomo 22, Amorrortu Editores, 1976.
- GIOIA, T. B. (1996) *Psicoanálisis y Etología*. Buenos Aires Typos Editora, 1996.
- GREEN, A. (1973) *La concepción psicoanalítica del afecto*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 1975.
- (1990) *De locuras privadas*. Buenos Aires. Amorrortu Editores, 1990.
- LEAKEY, R. (1994) *El origen de la humanidad*. Madrid, Ed. Debate, 2000.
- NETTER, F. H. (1987) *Sistema Nervioso: Anatomía y Fisiología*. Colección Ciba de Ilustraciones, Barcelona Ed. Salvat, 1987.

- PALLY, R. (1998) "Emotional processing: The mind-body connection". London, *Int. J. Psycho-Anal* (1998), 79, 349.
- PICHON RIVIÈRE, E. (1948) "Conceptos básicos en Medicina Psicosomática". *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, Buenos Aires, Editorial Galerna, 1971.
- (1965) "Freud, punto de partida de la Psicología Social". En *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, idem.
- RABOSI, E. (1995) *Filosofía de la Mente y Ciencia Cognitiva*. Ediciones Paidós Ibérica.
- SACKS, OLIVER (1987) *La enfermedad de Cupido. En El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*, Muchnik Editores, Barcelona.

Samuel Arbiser
Av. Las Heras 2126, 12º "I"
C1127AAQ, Capital Federal
Argentina