

INTERVENCIONES GRODDEKIANAS EN EL ENTORNO MÉDICO.

Lazslo Antonio Ávila (*)

Presentamos la psicósomática psicoanalítica de Groddeck en la clínica a través de dos estudios de caso. Groddeck fue pionero en la aplicación del psicoanálisis a enfermedades orgánicas, pero sus ideas no han sido exploradas apropiadamente. Es necesario reevaluar sus conceptos para desarrollar su potencial en el psicoanálisis. Nuestro objetivo es demostrar la eficacia del enfoque groddeckiano presentando por medio de dos casos: un caso de conversión de un niño que ingresó en un estado semicomatoso debido a desatendidas experiencias emocionales, y el de un hombre que desarrolló un “rol de enfermo” al resistir todas las intervenciones médicas. En ambas historias, es posible ver cómo la enfermedad y la subjetividad se entrelazan en una compleja unidad mente y cuerpo.

PALABRAS CLAVE: psicósomática psicoanalítica; Groddeck; técnica psicoanalítica; medicina psicósomática.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es demostrar la eficacia de un enfoque groddeckiano que utiliza el psicoanálisis para tratar a pacientes en contextos médicos.

Artículos recientes, incluidos algunos publicados en esta revista, han mostrado la importancia de Groddeck para el pensamiento psicoanalítico moderno. Poster (2009) identificó a Groddeck, junto con Ferenczi y Rank, como responsables de un cambio paradigmático significativo en el desarrollo del psicoanálisis. La etiqueta de “analista salvaje”, que el propio Groddeck adoptó, se considera actualmente como una actitud abierta, audaz y creativa cuando se trata de cuestiones psicoanalíticas (Berman, 2007; Dimitrijevic, 2008). Mészáros (2009) discutió la importancia de la escuela de Budapest para intelectuales y psicoanalistas y mostró cómo Groddeck participó en los debates sobre el enigma de la relación mente-cuerpo. La cuestión del cuerpo también fue abordada por Langan (2007) y Gottlieb (2003), colocando a Groddeck en el papel central de las discusiones sobre la expansión del psicoanálisis a otros ámbitos de la realidad, lejos de su origen sobre el estudio de las neurosis.

A pesar de ser considerado por muchos autores como el “verdadero” padre de la psicósomática (Grotjahn, 1945; Usandivaras, 1979; Will, 1987; Haefner, 1994; Biancoli, 1997; Ávila, 1998, 2003), Georg W. Groddeck sufrió un peculiar destino de represión, en particular de los años treinta a los sesenta. A partir de entonces, sin embargo, se reconoció su originalidad y recibió un lugar distintivo en la historia del psicoanálisis (Alexander et al., 1995) como el creador del concepto del Ello, como Freud lo expresó claramente en “El Yo y el Ello”. (Freud, 1923). Sin embargo, en la mayoría de los libros y artículos publicados sobre medicina psicósomática, rara vez es citado o considerado.

Sin duda, esto se debe en parte al hecho de que el estilo de Groddeck a menudo era demasiado provocativo. En la mayoría de sus textos, Groddeck (1977, 1978, 1979, 1981) argumentó de una manera que suena agresiva contra lo que él consideraba que eran ideas erróneas y malas aplicaciones de la medicina “oficial” y principalmente contra las prácticas que él creía que podrían dañar a los pacientes. Solía expresar libremente sus opiniones sobre el poder curativo de la naturaleza afirmando que los médicos deberían confiar en los recursos propios de sus pacientes para lograr curas. Su uso de conceptos psicoanalíticos también fue bastante libre; aplicó las nociones de resistencia y transferencia de manera que muchos psicoanalistas considerarían excesivamente vagas. Esto no es de sorprender

ya que él expresó sus deseos de independencia desde su primera carta a Freud:

No es posible, mientras se promuevan tales ideas, utilizar una terminología que difiera de la que Ud., ha desarrollado. No puede ser reemplazada, y se adapta a mi propósito, también, si se amplía el concepto del inconsciente. En la *Internationale Zeitschrift*, sin embargo, Ud., restringe expresamente el significado del inconsciente. Si uno extiende este significado, como se debe al considerar el tratamiento psicoanalítico de las llamadas enfermedades orgánicas, uno va más allá de las fronteras establecidas por Ud., para el psicoanálisis. (Groddeck y Freud, 1977, p. 33).

Groddeck también solía expresar (y publicar) abiertamente el contenido intenso, complicado e incómodo que identificaba en las asociaciones libres de sus pacientes, y empleó el mismo estilo franco y polémico al hablar en sus “Conferencias” con los enfermos. El curso completo de sus discursos en el sanatorio de Baden-Baden (Groddeck, 1978, 1979, 1981) no se ha traducido al inglés, desafortunadamente, ya que es una sorprendente colección de sus conceptos para ser utilizados por los pacientes en su lucha por la recuperación. El funcionamiento y los productos viscerales, los malos deseos, la angustia y la envidia, junto con el amor, la gratitud y la salud, todos los aspectos de la vida humana asociados con las funciones de las funciones corporales, marcan su presencia como los elementos de los que Groddeck extrajo el “significado de la enfermedad”.

Desde el primer capítulo de su famoso libro “*El libro del Ello*” (Groddeck, 1961), trata de mostrar cuán importante es comprender la totalidad de la vida de los enfermos, incluso si el paciente se resiste. Para él, la enfermedad era una expresión simbólica de los conflictos internos que agitaban el cuerpo y el alma de la persona. La “voz del inconsciente” debía ser escuchada, y los médicos deben poder entender que puede aparecer con frecuencia como síntomas corporales, en lugar de estar representados mentalmente, enfatizaba Groddeck.

Para mí, la enfermedad es un tipo de lenguaje cuyo significado, como médico, debo tratar de interpretar y luego decidir mi tratamiento en consecuencia. En mi fraseología no científica, el Ello, cuando desea estar enfermo por alguna razón, elige algo de la gran cantidad de medios posibles en el mundo que lo rodea para producir ciertos síntomas, tomando este o aquel curso definido, de acuerdo con su propósito. (Groddeck, 1977, pp. 115 - 116)

Carl y Sylvia Grossman, en *El analista profano* (1965), señalaron que tanto Freud como Ferenczi habían instado a Groddeck a atenuar su discurso y evitar el uso de expresiones que pudieran sorprender a los lectores. Este consejo fue solo parcialmente aceptado por Groddeck. Su escritura fue siempre simple, brusca y directa, con pocos términos técnicos, y el núcleo interno de sus discusiones fue la búsqueda de la estructura inconsciente de enfermedades y síntomas, ya sean orgánicos o psíquicos, expresados en sus propios términos, es decir, insufribles para el pensamiento y la comunicación consciente. Esto es aún peor cuando se expresa en comunicaciones científicas. En mi libro “*Isso é Groddeck*” (“*This is Groddeck*”, Ávila, 1998) he intentado hacer que sus ideas fuesen más aceptables para los lectores contemporáneos.

Para sus biógrafos, es claro que las relaciones entre Groddeck y sus colegas, quienes eran psicoanalistas y médicos, fueron muy difíciles (Grossman y Grossman, 1965; Will, 1987) a pesar de su éxito como psicoterapeuta y como médico. Además de ser polémico, lo que probablemente hace a Groddeck prácticamente desconocido hoy en día está relacionado con sus actitudes hacia la ciencia. Para él, el criterio definitivo para juzgar un método o una intervención médica era el resultado de un tratamiento. La única evidencia que buscó fue la recuperación de la salud del paciente como resultado de una comprensión de los significados inconscientes.

La transparencia de su decisión de pensar y escribir independientemente de cualquier “prueba científica” es obvia en sus historias de casos y textos médicos. Por ejemplo, en “*Comunicaciones clínicas*”, escribió: “Que una enfermedad cualquiera sea susceptible de tratamiento psicoterapéutico no puede ser probada; solo puede ser un asunto para prueba y experimento” (Groddeck, 1977, p. 203).

Groddeck se burló de la ciencia y sus métodos con frecuencia, y esta es, evidentemente, una de las razones por las que los investigadores y médicos “serios” pueden tener dificultades para aceptar sus ideas.

Con la creciente dependencia de los enfoques científicos y tecnológicos en la medicina, la consecuencia inevitable fue relegar las ideas de Groddeck al limbo del olvido y el autor a los salones de la fama.

Sin embargo, es cierto que los criterios conceptuales y la práctica clínica de Groddeck merecen una reevaluación. También es cierto que estos deben investigarse y probar las razones de su rechazo o aceptación sobre la base de su congruencia y utilidad. Así mismo, su potencia heurística para producir nuevas perspectivas teóricas y técnicas debería ser contrastada. (Schacht, 1977; Ávila, 2007; Mészáros, 2009; Poster, 2009).

Una parte de las premisas básicas de Groddeck era la inseparabilidad del cuerpo y la mente. EL había arribado a esta idea mucho antes de comenzar a estudiar el psicoanálisis. Como afirmo:

Mucho antes de conocer al paciente mencionado en 1909, me había convencido de que la distinción entre cuerpo y mente es solo verbal y no esencial, que el cuerpo y la mente son una unidad, que contienen un Ello, una fuerza que nos vive mientras creemos que estamos viviendo (...) En otras palabras, desde el principio rechacé la separación entre enfermedades corporales y mentales, y traté de abordar al paciente individual, al “Ello” en él, e intenté encontrar un camino hacia las regiones inexploradas e inaccesibles. (Groddeck, 1977, pp. 32-33)

Esta unidad está lejos de ser aceptada para los científicos contemporáneos. La división de los conceptos cartesianos *res cogitans/res extensa* de hace 4000 años sigue siendo la base sobre la cual la medicina estudia las enfermedades como entidades biológicas en lugar de los eventos biográficos de una persona enferma, que es un organismo pero que también tiene subjetividad.

Groddeck también es responsable de los cambios en la técnica psicoanalítica. Al igual que su amigo y paciente Sándor Ferenczi, Groddeck estaba convencido de que el paciente debía enfrentarse directamente con los propósitos intrincados del inconsciente. Formado en la tradición hipocrática por su maestro Schweninger, su gran experiencia como médico se utilizó para tratar a pacientes gravemente enfermos, lo que llevó a Groddeck a lidiar con el tratamiento de una manera muy particular:

No llegue al psicoanálisis tratando enfermedades nerviosas como la mayoría de los alumnos de Freud, pero me vi obligado a practicar psicoterapia y psicoanálisis debido a mi actividad fisioterapéutica con afecciones físicas crónicas. El éxito de *post hoc ergo propter hoc* me enseñó que es tan justificable considerar el cuerpo como dependiente del alma y actuar de acuerdo con este supuesto como en la forma contraria. (Groddeck, 1977, p. 120).

Cuando se está trabajando como psicoanalistas de pacientes que sufren enfermedades orgánicas, es esta visión de un “todo”, de una “unidad”, la que debe ser reconsiderada. Incluso si esta actitud es contraria a la corriente principal, pues las circunstancias biográficas de los pacientes deben ser tomadas en consideración si queremos lograr un cambio completo. Escribí en un artículo anterior: “Lo que le da un carácter tan problemático a la relación Mente y Cuerpo es la lucha interminable entre la objetividad que persigue la ciencia y los fenómenos humanos, que no pueden ser privados de subjetividad sin perder su alma” (Ávila, 2003, p. 99).

Las siguientes dos historias de casos ilustran cómo estas concepciones groddeckianas pueden usarse adecuadamente como herramientas para intervenciones psicoanalíticas en situaciones médicas.

REPORTE DE CASO 1^a

Estaba trabajando como psicólogo clínico, enseñando psicología médica y asistiendo a pacientes ambulatorios en un hospital universitario, cuando un médico del departamento de gastroenterología solicitó una consulta de enlace. Por teléfono, me dijo que un paciente joven había entrado en una condición semi-comatosa justo cuando el niño estaba en proceso de ser dado de alta del hospital. Muy intrigado, me dijo que no había ninguna razón médica para este desarrollo y que el niño comenzó a dormir más y más profundo, negándose a comer y a comunicarse, hasta que alcanzó su condición actual semi-comatosa superficial.

Le dije al médico que yo era psicólogo y que era preferible que el paciente fuese examinado por un psiquiatra, ya que los instrumentos psicológicos, el *rapport* y el lenguaje estarían ausentes. Pero, él estaba muy preocupado y ansioso e insistió, por lo que decidí visitar al paciente.

Cuando entré en el pabellón de niños, la enfermera me dijo que el médico a cargo le había pedido que lo preparara para algunos procedimientos de “reanimación”, pero que esperaría hasta que terminara la consulta. Luego me dejó sola con el paciente.

Me acerqué a él desde el lado en el que tenía la cabeza girada, pero en cuanto me senté se dio la vuelta. Moví mi silla delante de él otra vez. Estaba dormido, pero me presenté y repetí ciertos datos que tenía sobre él, como su nombre, el lugar donde estábamos, etc. Después de unas pocas frases, no tenía nada más que decir. El paciente no respondió en absoluto, así que intenté algunas posibilidades más, como calcularle la edad que tenía para mí, me miró. Luego, silencio. No sabía qué hacer. Me sentí miserable e impotente. El silencio era opresivo y él roncaba. Entonces le dije: “Oye, no tengas miedo”.

Repetí esto una vez, dos veces, tres veces. Sin respuesta. Monótonamente y movido por razones desconocidas, insistí en el mismo tema: no tengas miedo.

Percibí, bajo sus párpados, el lento movimiento de sus globos oculares. Le insistí para que hablara conmigo sin miedo. Luego, abrió un pequeño hueco en sus párpados, y le pedí que me dijera lo que estaba sintiendo. Muy despacio y con sueño, comenzó, diciéndome que no tenía sentido despertarse; Era inútil, y doloroso. ¿Para qué despertar, si tenía que enfrentarse a una experiencia más aterradora? Con mucho cuidado le pedí que me dijera lo que temía, asegurándole que sería mejor tener a alguien que confiara en él y que pudiera tratar de ayudarlo. Me dijo:

“Lo sé. Voy a morir”.

“¿Por qué? ¿Cómo sabes esto?”, pregunté.

Me dijo, que tres días antes, había escuchado al doctor que lo estaba tratando en una conversación con una enfermera, decir que “este niño no sobrevivirá y morirá muy rápidamente”. El médico se había estado refiriendo a otro paciente, pero no se dio cuenta de que este niño no estaba durmiendo y recibió esta frase como su “sentencia de muerte”.

Por supuesto, para un adolescente, como para muchos de nosotros, dormir es mucho mejor que el proceso de morir. Nuestro peor temor es ver que se acerca esta terrible situación. Así que eligió a Hypnos en lugar de Thanatos (en la mitología griega, los dos hermanos, el sueño y la muerte). ¿Quién podría culparlo por esta elección? Al dormir, podría lidiar mejor con el terror que inundaría su psique. Entonces, todo el asunto fue un caso de praxis iatrogénica involuntaria, pero para el paciente era la vida o la muerte.

Inmediatamente, le dije que esto era un malentendido y que el médico se refería a otra persona. Estaba asombrado y le pregunté si quería hablar con el médico. “No”, dijo, y señalando la comida en su mesilla de noche, pidió comer. Comió con gran apetito y hablamos un poco más. En la conversación, me corrigió: en mis primeros intentos por contactarlo, dije que parecía tener 14 años. Me dijo que tenía 12 años, lo que demostraba que había escuchado todas mis palabras, así como las de la enfermera y el médico que me habían precedido. Es por eso que se asustó progresivamente, al escuchar las dudas y decisiones que los médicos y enfermeras expresaban y “traducirlos” como nuevas amenazas. Su reacción de conversión fue una profundización de su defensa inadecuada para escapar de una situación peligrosa.

Justo después de nuestra conversación, los médicos vinieron, lo evaluaron y llamaron a sus padres. Este paciente fue dado de alta del hospital el mismo día y desde entonces nunca regresó por razones de salud.

REPORTE DE CASO 2

El paciente, un hombre de 60 años, había estado en cama durante los 22 años anteriores. Su diagnóstico primario fue la osteoartritis, pero su situación clínica empeoró debido a que su posición tuvo varias complicaciones: agua en los pulmones, disfunción de muchos órganos, como los riñones, la vesícula biliar, etc., la miastenia y una severa disminución de su inmunidad. .

Comencé a tratarlo a petición de su hija mayor, un médico. Ella me dijo que él era un paciente incurable, conocido en muchos servicios de salud y por muchos profesionales. Ella había estado cuidando de él durante mucho tiempo. Ella no esperaba un gran cambio en su estado clínico, pero me pidió ayuda porque temía su reacción a un gran cambio que ella planeó en su vida: estaba considerando mudarse de su hogar a un pueblo lejano.

Además de ser tratado por varios especialistas diferentes, este hombre había tenido cinco psiquiatras diferentes que lo habían tratado durante las dos décadas anteriores. Todos ellos no habían podido sostener al paciente. Este hombre manipuló medicinas y médicos e interrumpió todos los intentos terapéuticos. Su situación clínica empeoró año tras año, aunque se consultó periódicamente a los mejores profesionales.

Ahora, la hija estaba convencida de que se había alcanzado un punto muerto, y ella decidió abandonar su hogar, abandonando a su padre por su enfermedad. Esto abrió sus defensas y accedió a participar en sesiones psicoterapéuticas. Los sentimientos encontrados y la excitación grave convirtieron su tratamiento en una experiencia muy intensa para ambos.

Entré en su habitación en su casa y encontré una reproducción de una habitación de hospital. Había un armario de metal lleno de medicina; un estante con carpetas con muchos exámenes, rayos X, tomografías y aparatos médicos y una sofisticada cama de hospital. Era como un reino y pronto me di cuenta como desde la mitad de su dominio, este hombre gobernaba con mano de hierro.

Durante 6 semanas, analizamos sus experiencias con su enfermedad. Primero, trajo una descripción vívida de su vida familiar y de su motivación para mantenerlos unidos. Entonces, comenzó a analizarse a sí mismo y los vínculos entre su biografía y sus síntomas físicos. Finalmente, enfrentó el origen y el significado central de su enfermedad:

Su enfermedad comenzó con una caída de los andamios. Se lesionó la columna vertebral y fue hospitalizado durante 2 semanas, después de lo cual sus médicos lo dieron de alta y le recetaron fisioterapia. Pero el paciente se quejó de dolor violento y fue reingresado en el hospital. Se realizaron nuevos exámenes, sin diagnóstico definitivo. El hombre progresó a discapacidades severas y la familia buscó a otros profesionales médicos. Comenzó una peregrinación. Se visitaron muchos médicos y clínicas: se consultó a ortopedistas, reumatólogos, neurólogos y especialistas en dolor, pero el paciente no mejoró; No hubo alivio de su síntoma principal: el dolor.

Estuvo de baja por enfermedad durante mucho tiempo, y después de algunos años de infructuosas investigaciones, el sistema de seguridad social aceptó su discapacidad permanente y se retiró. Después de eso, él vivió en su casa y todos los tratamientos posteriores se hicieron en casa. Obtuvo los diagnósticos más diversos, pero la etiología de su dolor nunca pudo establecerse. Aunque algunos psiquiatras sospecharon un trastorno de conversión, su sufrimiento y sus dificultades motoras convencieron a la familia de que este hombre estaba físicamente enfermo y aceptaron la situación.

La composición de su familia era el paciente, su esposa y cuatro hijas. Cada uno de ellos vivía muy cerca de él: nunca les permitía dormir fuera de casa, viajar, tener amigos, hasta la fecha. Todas eran solteras, aunque la mayor tenía unos treinta años y la menor tenía 22 años. Sólo dos de ellas tenían trabajo; la médico y la tercera hija que era secretaria en una oficina cercana. La familia tenía pocos amigos, la mayoría de los cuales eran parientes del padre.

El patrón emocional del grupo familiar era de vínculos estrechos, garantizados por el control compulsivo del padre. Este hombre creía que la felicidad de toda la familia dependía de su unión y su idea de esta unión era la presencia física, el mantenimiento de los rituales familiares y la continuidad de los hábitos estereotipados. En estas condiciones, su enfermedad desempeñó el papel vital de la ganancia secundaria (Parsons, 1951; Barsky y Klerman, 1983; Van Egmond, 2003).

Estando enfermo, este hombre tenía un arma y un instrumento de chantaje: frente a cualquier desafío a su autoridad, reaccionaría con el agravamiento de algunos de sus síntomas. Si una hija lograba tener un novio, su padre la haría sentir culpable, porque necesitaría que ella lo cuidara. En momentos de dificultad, sufría “emergencias emocionales”; en varias ocasiones, tuvo crisis que requirieron hospitalización urgente.

Al principio, este hombre aceptó la asistencia terapéutica para controlar la situación. Si una hija huía de la casa, la puerta se abriría y otras la seguirían. Tendría que enfrentar su peor pesadilla: la soledad. Incluso temía que su esposa, lo dejaría para seguir a una de sus hijas. Solo y enfermo, moriría. Él consideraría el

suicidio. No pudo soportar la separación.

Poco a poco, desarrolló la percepción sobre el uso de sus síntomas y la forma en que se habían convertido en su herramienta para tener poder emocional sobre su familia. Claramente, confesó qué desde el principio de su enfermedad, sabía que lo que quería era retirarse a una edad temprana y “vivir” exclusivamente con su familia, o más bien, como el “rey” dentro de su familia. Ahora, después de tantos años, reconoció la imposibilidad de obligar a sus hijas a vivir la misma opción. Pero, en lugar de enfrentar la urgente necesidad de cambiar, admitió el uso consciente de la situación y detuvo la psicoterapia. Aun así, su hija, aunque con gran angustia, se fue de casa.

DISCUSIÓN

Los conceptos de Georg Groddeck son originales, radicales y aún no se han explorado completamente. Su importancia como antecesor en el desarrollo del llamado psicoanálisis relacional o interpersonal ha sido reconocida (Rudnytsky, 2002; Dimitrijevic, 2008). Poster (2009), después de analizar la estrecha pero conflictiva relación triangular entre Freud, Ferenczi y Groddeck, señala que el primero aceptó la disidencia de estos dos últimos y permaneció siendo amigo de estos, con lo cual todos se beneficiaron de la creatividad y el apoyo mutuo de cada uno.

Motivados por Freud, tanto de manera positiva como negativa, Ferenczi y Groddeck se analizaron y apoyaron los experimentos clínicos de cada uno. Donde Freud fue pionero en el estudio de la transferencia paterna, la resistencia y los conflictos de Edipo, tanto Ferenczi como Groddeck fueron pioneros en el uso de la transferencia materna, la contratransferencia como un constructo útil, la importancia del período pre-edípico y las expresiones somáticas. (Poster, 2009, p. 204)

La relevancia y el futuro de la psicósomática psicoanalítica dependen de una demostración de su eficacia en diferentes situaciones y contextos, principalmente en el entorno hospitalario. Aquí, se presentan dos estudios de caso con el objetivo de ilustrar los vívidos resultados obtenidos con el uso de las intervenciones groddeckianas para tratar a pacientes con lo que parecía ser una enfermedad médica, pero cuyas condiciones físicas no estaban mejorando. ¿Qué se puede derivar de las particularidades de estos informes de casos más allá de la riqueza de la historia individual? Creemos, en base a la herencia de los pioneros psicósomáticos, que una enfermedad es vivida: es una experiencia personal (Groddeck, 1977; Ávila, 2006). Lejos de negar la base biológica de cualquier enfermedad, pensamos que la mente no puede separarse del cuerpo de los enfermos; el alma no puede esperar colgando en el armario, mientras que el cuerpo consulta al médico con su aproximación técnica.

En ambos casos, encontramos la unidad del cuerpo y la mente demostrada en la resistencia de los pacientes a sanarse. El niño y el anciano no respondieron a su tratamiento médico porque su psique no entendía y el significado de su enfermedad no estaba claro. Las transformaciones corporales solo pueden superarse después de que se haya logrado una comprensión de las dimensiones inconscientes de sus enfermedades. El cuerpo no es un instrumento pasivo, ni para el paciente ni para el médico, sino que siempre es un cuerpo vivo y vivido, significativo y misterioso. Las fuerzas inconscientes habitan estos cuerpos y nuestra tarea es ser conscientes de esto: los murmullos del cuerpo deben ser escuchados y descifrados.

El Caso 1 nos muestra el inmenso poder concentrado en manos de los médicos: los médicos son vistos como los maestros de la vida y la muerte. Todo cuidado es necesario. Toda ternura es bienvenida. La ética es más que una actitud: la ética es una parte esencial de los actos médicos (y de los actos clínicos en general). Si un niño puede vivir un diálogo como la definición de su destino, debemos ser muy conscientes de los efectos de las palabras, frases, silencios y gestos en los pacientes. Un psicoanalista, o un profesional de la salud bien entrenado, puede “escuchar” algunas expresiones que el paciente pronuncia o identificar algunas reacciones emocionales que presenta, ya que son experiencias subjetivas muy importantes que se viven durante la enfermedad. La enfermedad no es solo una condición biofísica o bioquímica, es un cambio profundo en la vida personal que afecta tanto al cuerpo como a la mente.

El entrenamiento intensivo que reciben los psicoanalistas para comprender los sentimientos transferenciales y contra-transferenciales de los pacientes los prepara para los significados emocionales de las diferentes experiencias humanas. Los analistas tempranos y atrevidos, como Groddeck y Ferenczi, nos enseñaron que una relación cercana con el paciente es crucial. Como dice Berman: “La imagen del analista salvaje puede servirnos, sin embargo, como la imagen del analista profundamente involucrado, personalmente motivado, cuyo trabajo es intenso y emocionalmente arriesgado” (Berman, 2007, p. 212). Esta actitud tampoco debe estar ausente en los hospitales y otros entornos médicos.

El Caso 2 comprende muchas experiencias difíciles. ¿Qué pueden hacer los médicos cuando enfrentan tales complejidades de ganancias secundarias? Al menos, deben ser conscientes de los complejos significados experimentados por el paciente mientras vive su enfermedad. ¿Cómo se entrelazan la vida y la enfermedad en un delicado mosaico, en un tejido sólido de nuevas realidades? Los síntomas y sentimientos, el dolor y los significados, la discapacidad y las consecuencias familiares, todos ellos surgen y la temática es autoría de un “producto” complejo, original y desconocido: su enfermedad. Esto fue imaginado por el gran pionero psicosomático, Georg Groddeck.

Aquí, tratamos de explorar algunos vínculos entre la vida y las patologías; entre la historia personal y el inicio de la sintomatología, y la cronicidad de las enfermedades. Desde un punto de vista psicoanalítico, podemos ver cómo los deseos, los temores y las expectativas pueden interferir en las enfermedades para empeorarlas o mejorarlas. En estos informes, utilizando técnicas inspiradas en las ideas de Georg Groddeck, esperamos revelar algunas de las interconexiones que surgen entre la enfermedad y la subjetividad.

Muchos otros estudios aún son necesarios para preparar el terreno para un cambio paradigmático en la forma en que la ciencia considera las enfermedades y para cambiar el enfoque de cada persona enferma.

De hecho, el psicoanálisis tiene un papel en la discusión sobre el entrelazamiento de los aspectos biológicos (genéticos, fisiológicos y ambientales) y biográficos del enfermarse, recuperarse o empeorar. Creemos que la psicopatología psicoanalítica groddeckiana puede contribuir en gran medida a las terapias clínicas y los estudios teóricos contemporáneos y ayudar a arrojar luz sobre este asunto tan complejo.

REFERENCIAS.

- Alexander, F., Eisenstein, S. & Grotjahn, M. (Eds.) (1995). *Psychoanalytic pioneers*. Piscataway, NJ: Transaction Publishers (Original work published in 1966).
- Ávila, L. A. (1998). *Isso é Groddeck [It is Groddeck]* (p. 198) São Paulo: EDUSP [University of Sao Paulo Press].
- Ávila, L. A. (2002). *Doenças do corpo e doenças da alma — Investigação psicossomática psicanalítica [Soul diseases and body diseases: Psychoanalytical psychosomatic investigation]* (p. 248) São Paulo: Escuta (Original work published in 1996).
- Ávila, L. A. (2003). Georg Groddeck: Originality and exclusion. *History of Psychiatry*, 14 (1), 83 – 101.
- Ávila, L. A. (2006). Somatization or psychosomatic symptoms? *Psychosomatics*, 47 (2), 163 – 166.
- Ávila, L. A. (2007). Body and meaning. *International Forum of Psychoanalysis*, 16 (1), 43 – 48.
- Barsky, A. J. & Klerman, G. L. (1983). Overview: Hypochondriacs, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273 – 283.
- Berman, E. (2007). Call of the wild. *American Journal of Psychoanalysis*, 67 (3), 211 – 220.
- Biancoli, R. (1997). Georg Groddeck, the psychoanalyst of symbols. *International Forum of Psychoanalysis*, 6 (2), 117 – 125.
- Dimitrijevic, A. (2008). Definition, foundation and meaning of illness: Locating Georg Groddeck in the history of medicine. *American Journal of Psychoanalysis*, 68 (2), 139 – 147.
- Freud, S. (1923). *The ego and the id*. Standard Edition, (Vol. 19, pp. 12 – 66). London: The Hogarth Press.
- Gottlieb, R. M. (2003). Psychosomatic medicine: The divergent legacies of Freud and Janet. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 51 (3), 857 – 881.
- Groddeck, G. (1961). *The book of the id*, V.M.E. Collins (Trans.). London: Vision Press (Original work published in 1923).

- Groddeck, G. (1977[1917]). Psychic conditioning and the psychoanalytic treatment of organic disorders. In G. Groddeck & L. Schacht (Eds.), G. Mander (Trans.), The meaning of illness. Selected psychoanalytic writings (pp. 109 – 131). London: Maresfield Library.
- Groddeck, G. (1977). The meaning of illness. Selected psychoanalytic writings, L. Schacht (Ed.), G. Mander (Trans.). London: Maresfield Library.
- Groddeck, G. (1978). Conférences psychanalytiques à l'usage des malades, R. Lewinter (Trans.). (Vol. I) Paris: Champ Libre et Roger Lewinter.
- Groddeck, G. (1979). Conférences psychanalytiques à l'usage des malades R. Lewinter (Trans.). (Vol. II) Paris: Champ Libre et Roger Lewinter.
- Groddeck, G. (1981). Conférences psychanalytiques à l'usage des malades R. Lewinter (Trans.). (Vol. III) Paris: Champ Libre et Roger Lewinter.
- Groddeck, G. & Freud, S. (1977). Correspondence. In G. Groddeck & L. Schacht (Eds.), G. Mander (Trans.). The meaning of illness. Selected psychoanalytic writings (pp. 31 – 108) London: Maresfield Library.
- Grossman, C. L. & Grossman, S. (1965). The wild analyst: The life and work of Georg Groddeck. New York: George Braziller.
- Grotjahn, M. (1945). Georg Groddeck and his teachings about man's innate need for symbolization: A contribution to the history of early psychosomatic medicine. *Psychoanalytic Review*, 32, 9 – 24.
- Haefner, S. (1994). Georg Groddeck: Vater der Psychosomatik. *Zeitschrift fuer Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40 (3), 249 – 265.
- Langan, R. (2007). Embodiment. *American Journal of Psychoanalysis*, 67 (3), 249 – 259.
- Mészáros, J. (2009). Contribution of Hungarian psychoanalysts to psychoanalytic psychosomatics. *American Journal of Psychoanalysis*, 69 (3), 207 – 220.
- Parsons, T. (1951). The social system. Glencoe, IL: The Free Press.
- Poster, M. F. (2009). Ferenczi and Groddeck: Simpatico. *American Journal of Psychoanalysis*, 69 (3), 195 – 206.
- Rudnytsky, P. L. (2002). Reading psychoanalysis. Freud, Rank, Ferenczi, Groddeck. Ithaca; London: Cornell University Press.
- Schacht, L. (1977). Introduction. In G. Groddeck & L. Schacht (Eds.), G. Mander (Trans.), The meaning of illness. Selected psychoanalytic writings (pp. 109 – 131) London: Maresfield Library.
- Usandivaras, R. J. (1979). Georg Groddeck: A pioneer in the integration of the body with the mind. *Medicina*, Buenos Aires, 39 (1), 133 – 144.
- Van Egmond, J. J. (2003). The multiple meanings of secondary gain. *American Journal of Psychoanalysis*, 63, 137 – 148.
- Will, H. (1987). Georg Groddeck. Die Geburt der Psychosomatik. Muenchen: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Dirección de correspondencia de Lazslo Antonio Ávila, Ph. D.,
 Rua Saldanha Marinho, 3564 São Jose do Rio Preto, SP, CEP 15014-300,
 Brazil; e-mail: lazslo@terra.com.br

Publicado en: The American Journal of Psychoanalysis, N°71, pp 278–289, September 2011.
 Association for the Advancement of Psychoanalysis 0002-9548/11
Versión electrónica: www.palgrave-journals.com/ajp/
 DOI: 10.1057/ajp.2011.24

Volver a Bibliografía Georg Groddeck
Volver a Newsletter-10-ALSF

Notas al final

1.- Las versiones de estos casos se presentaron y discutieron junto con otros informes de casos en Ávila (2002).