

LECTURA A DOS VOCES DE UNA OBSERVACION DE ENFERMEDAD DE CROHN*

Bianca y Bernard Lechevalier **

Resumen

En este trabajo se estudia la aparición de una enfermedad somática grave, “Enfermedad de Crohn”, durante el transcurso de un tratamiento psicoanalítico. Se plantean hipótesis desde la perspectiva psicoanalítica por un lado, y desde la neurobiológica y cognitivista por el otro.

La psicoanalista tratante se refiere a los sentimientos contratransferenciales que promueve la aparición de una enfermedad de esta índole durante un tratamiento. Expone el proceso del mismo a través de la interpretación de las fantasías, sueños y delirios del paciente, y muestra el desarrollo de la cura.

Desde la perspectiva neurobiológica, se plantea la relación de esta enfermedad con algunos estudios realizados. En cuanto a las hipótesis cognitivistas, se refiere especialmente a la memoria implícita, aquella que comprende la conservación de las relaciones afectivas, las preferencias y los sentimientos. Esta categoría de memoria podría explicar las disociaciones que se observan en algunas patologías psicósomáticas.

Summary

This paper is about the appearance of a serious somatic disease, “Crohn’s disease”, during a psychoanalytic treatment.

Different hypothesis are outlined, from the psychoanalytic viewpoint to the neurobiological and cognitive one.

The psychoanalyst in charge refers to the countertransfer feelings promoted by such a disease. She exposes the psychoanalytic process through the interpretation of the patient phantasies, dreams and delusions.

From the neurobiological viewpoint, the relation between this disease and some studies is outlined. From the cognitive perspective, studies on implicit memory, which implies the conservation of affective relations, preferences and feelings are outlined.

* Por publicarse también en F: Eustache, M. Wolf (dir.), Troubles neurologique – conflict psychique. Monographie de Psychopathologie, Paris, PUF, 2002.

** E-mail: bianca.lechevalier@wanadoo.fr. Université de Caën.

This type of memory could explain the dissociation observed in some psychosomatic diseases.

La aparición o la descompensación de una enfermedad somática grave durante el curso de un análisis trae a primer plano problemas contratransferenciales, y moviliza la culpabilidad del analista. Uno de nosotros ha abordado esta problemática (Lechevalier, B, 1987, 1997). Surgen otros interrogantes con respecto a la etiología de la afección y la participación de los factores psicológicos. ¿Debemos considerar a esta enfermedad como un acontecimiento traumático exógeno, es necesario integrarla en los movimientos y avatares de la dinámica del proceso analítico? Las cosas se complican aún más si los médicos que tratan la enfermedad somática explican los trastornos psicopatológicos, inclusive una desorganización mental severa preexistente a la aparición de los problemas psíquicos, como trastornos neuro-psíquicos que forman parte integrante de una enfermedad somática que involucra el encéfalo.

Este tema ha sido encarado por uno de los autores de este trabajo a propósito de casos del Síndrome de West “idiopáticos” precedidos por la instalación de un marco autista (1998). En este momento no deseamos entrar en una controversia con respecto a la etiología de una afección que sigue siendo misteriosa: la Enfermedad de Crohn. Sin embargo, no dejaremos de discutir los trabajos conocidos concernientes a algunos casos de asociación de esta enfermedad orgánica y trastornos psicopatológicos.

Por otra parte, sabemos que, como para muchas patologías, se plantea la incidencia de una causalidad multifactorial. Nuestra interrogación se refiere a la elaboración de las huellas mnémicas en un analizando, durante el transcurso de la descompensación de una Enfermedad de Crohn que apareció durante una cura analítica comenzada ocho años antes. Trataremos de vincular el punto de vista de su analista con las reflexiones de un neuropsicólogo que ha centrado su interés sobre la génesis de las huellas mnémicas y su organización en el enfermo. El trabajo de memoria constituyó un trabajo de supervivencia para Tomás, supervivencia física, supervivencia psíquica a procesos mortíferos preexistentes a su enfermedad somática que databan de la generación precedente y puestos en juego en su singular organización. Uno de nosotros ya ha hecho trabajos a propósito de la historia de Tomás (Lechevalier, B. 1993, 1997).

El comienzo de su tratamiento data de 1992. En ese momento, su enfermedad de Crohn todavía no había sido diagnosticada. Lo fue en 1995. Por cierto existían trastornos digestivos desde la adolescencia, inclusive desde la infancia, pero Tomás los consideraba como episodios funcionales que aparecían por crisis. Tomás solicita un análisis por sus dificultades sexuales, la pobreza de su vida de relación, una intensa depresión que lo condujo a tentativas de suicidio. Ejerce una profesión de alta responsabilidad. Ha tenido numerosas experiencias analíticas en París y en países ex-

tranjeros. En el período de su pubertad había consultado en el Instituto Claparède por una anorexia mental. Su madre había rechazado el análisis de cuatro sesiones que le habían propuesto.

En su mirada se siente una angustia indecible, una extrañeza en sus movimientos oculares que le permiten simultáneamente la evitación del encuentro, pero también, como al descuido, la verificación de la cualidad de la atención. Tomás ocupa todo el espacio con su palabra densa, desplegándose sin orden en todos los sentidos. Es difícil seguir su pensamiento (los cortes, los rodeos, las racionalizaciones, las superposiciones de tiempos, de regiones donde ha habitado, produciendo un sentimiento de malestar confuso donde no queda ningún lugar para un pensamiento asociativo). Una pseudo-lógica fría no permite un encuentro emocional. Solamente sus ojos parecen atentos al reconocimiento, a pesar de lo huidizo. El analista responderá a esta atención, al saber pocas cosas de su historia. Le propondrá sesiones frente a frente, muy progresivamente de una a tres veces por semana. Un tiempo de encuentro en la mirada, que permitía contener un sufrimiento psíquico indescriptible y ayudaba a interiorizar un objeto no destruido, fue necesario para los dos protagonistas antes de abordar las angustias de destrucción. Tomás, a pesar del éxito de alto nivel en su vida profesional, se quejaba de *trastornos graves de pensamiento*. Sólo con reticencia y muy progresivamente, en los primeros meses de los encuentros, podrá describir fenómenos persecutorios de tipo eco del pensamiento, comentarios de actos y robo del pensamiento. En la calle se sentía sin rostro. Cada vez que estaba en la calle, o en los negocios, en el momento de pagar, se emitían juicios desfavorables respecto a él; usaba anteojos oscuros para escapar a este ojo persecutorio, tal como un ojo de Caín. Durante sus análisis anteriores, Tomás había temido que su analista le robara algo, su *Pensamiento*. Podría ser desposeído de algo en particular que hacía *que él fuese él*, que especificaba su identidad. Vigilaba a sus vecinos, en la calle temía que penetraran en sus pensamientos y se los robaran. Tenía un código secreto y *concretamente* se ponía una *vincha alrededor de la cabeza para protegerse*. Criticaba sus percepciones y a veces reconocía dolorosamente su carácter proyectivo. Durante las primeras entrevistas no me había dicho nada del origen judío de su padre. Sin embargo, se lo podía suponer por su apellido. Habló muy largamente de su madre no judía, abandonada en el nacimiento y adoptada. La describió manteniendo una relación tiránica con él. Sus padres se habían divorciado cuando él tenía diez años. Su madre denigraba a su padre constantemente frente a los niños. El padre de Tomás, entonces militar, fue hecho prisionero por los nazis luego de haber sido herido. No había estado en un campo de exterminio, pero había sufrido experimentos llamados médicos. Se le había hecho beber ácido clorhídrico junto con vidrio triturado para observar la aparición de úlceras gástricas. Había llegado a un estado caquético y sufrió trastornos digestivos severos. En ese entonces se había casado con la madre de Tomás, con quien se había encontrado antes de su partida para Alemania. Nacieron Tomás y su hermana. Luego su padre casi había muerto por una perforación digestiva y había sufrido



una gastrectomía parcial. Su esposa ponía en duda los relatos sobre los nazis. “No era creíble. Su padre era un mitómano.” Tomás había sido cómplice de su madre para burlarse de él.

Luego de un período de análisis frente a frente de dos que pasó a ser de tres sesiones por semana durante un año, Tomás pide tenderse en el diván, como en sus tratamientos anteriores. Insiste sobre su necesidad de no ver a su analista para hablar de sus fantasmas sexuales. A esto seguirá un largo período sobre el diván, de tres y luego cuatro sesiones por semana. La transferencia se hace francamente paterna. La problemática homosexual pasa a primer plano. Esta es temida, como una penetración violenta, humillante, que le hace correr el riesgo de perder los marcos identitarios, con un padre percibido como un “macho”, “superman”, sobreviviente arrogante, que muestra su fuerza para ridiculizarlo. ¿Cómo podría él recibir esta fuerza que se niega a brindarse? Tomás toma conciencia de que este padre es entonces tomado a risa en complicidad con su madre. De este modo se protege de la penetración temida y deseada. Pero secretamente mantiene un modelo identificatorio respecto del interior idealizado, persecutorio, cortado, desintegrado. Se interroga sobre los sufrimientos de su padre negados por la madre. En la transferencia, Tomás lucha contra su analista según la técnica de boxeo que le enseñó el padre. Evita ser “tocado”, utilizando alardes incansables, ataca y denigra cuando descubre un punto débil, buscando humillar por medio de su inteligencia, su cultura, su lógica. Niega toda dependencia, todo sufrimiento frente a las separaciones. Durante este período las angustias persecutorias subsisten en la vida profesional de Tomás, y también en la calle, cuando siente que los “machos” lo miran y se burlan de él. Pero ya es posible una relativización y una interrogación crítica. Puede invertir mejor su vida profesional. Por otra parte, puede administrar mejor sus ingresos, poniendo término a una “diarrea financiera” que “agujerea” su cuenta de banco. El verano que sigue al segundo año de este período, Tomás prolonga una larga interrupción de su analista, motivada por una ausencia debida a un desplazamiento profesional. A la vuelta, es hospitalizado por una oclusión intestinal que hace necesaria una resección. Durante las vacaciones habían aparecido problemas digestivos importantes. Entonces se plantea el diagnóstico de Enfermedad de Crohn. Se organizan un tratamiento y una vigilancia médica. Los médicos consultados plantean entonces que es necesario comprender e integrar en el marco de la Enfermedad de Crohn los trastornos digestivos anteriores y su evolución, y otros trastornos somáticos y en particular oculares. ¿Qué sucede entonces con sus trastornos psíquicos? Tomás se sumerge en lecturas enciclopédicas, revistas especializadas, publicaciones de asociaciones de enfermos. Luego de un breve período de interrogación sobre la integridad de su estado cerebral, continúa su análisis considerando su enfermedad somática como existente desde siempre, identificada ahora, tal vez ligada a factores genéticos e invalidantes. No es para él el origen de su “malestar de vivir”, pero puede explicar una parte de la intensidad de su fatiga. Es un límite que debe tener en cuenta. Muy posteriormente él se interrogará sobre las conse-

cuencias de su vida emocional, sobre sus accidentes somáticos y de aquello que fue reactivado en los movimientos de la cura.

Por mi parte, (Bianca L.) me sentí muy afectada por esta enfermedad y durante sus recidivas. Me interrogo sobre la incidencia de la dinámica en la transferencia homosexual, de las interrupciones cuya incidencia afectiva Tomás niega con arrogancia. Durante la hospitalización, mantenemos el vínculo telefónico en el tiempo de las sesiones. Cuando vuelve, Tomás rechaza mi sugerencia de continuar cara a cara. Lo aceptará luego de una recidiva de oclusión por bridas un año más tarde. Durante todo este período yo me planteo, como interrogante, acerca de una identificación melancólica con el padre mutilado, reactualizada en la transferencia. En el momento de las separaciones, ¿no se mantiene el vínculo en la culpabilidad inconsciente retransmitida, tal como Freud (1920) lo entendió en el origen de las reacciones terapéuticas negativas, considerando que en ese caso el pronóstico sería relativamente mejor? “Un resto que hace vínculo” (J. Cournut 1983) permite un aferramiento para luchar contra el vacío depresivo. Quiero señalar que los períodos de descompensación somática siempre habían estado precedidos por las interrupciones de las vacaciones, pero también por los períodos de ausencia de Tomás, ya fuese antes o después, restringiendo el espacio analítico como una “piel de zapa”. Asocio entonces con la anorexia de su adolescencia. Pienso en la aidez oral del comienzo de su vida, que sus padres reprochaban. Según una especie de relato mítico hecho por su madre, su padre no soportaba que ella lo alimentara durante la noche, en la medida en que él había sufrido tantas privaciones. Ella había tenido que restringirlo y destetarlo precozmente. Interpreté esto a Tomás. Elaboró una comprensión, complejizada por la resignificación de la adolescencia, con su temor de desarrollar formas femeninas por absorber el alimento materno. El hubiera deseado incorporar la fuerza paterna. La voz de Tomás cambió en esta época. Por sus modulaciones femeninas, a un colega que había consultado antes que a mí le había evocado la de un homosexual. Tomás se interrogaba: el cambio de su voz, ¿estaba ligado al tratamiento de su Enfermedad de Crohn, a la modificación de sus movimientos identificatorios en la cura, luego de un momento en que había aceptado el fantasma de una absorción oral de la fuerza paterna?

Cuando yo me había tranquilizado sobre la evolución somática de sus capacidades de elaboración, un nuevo episodio me hizo temer un *acceso delirante paranoico*. Frente a los dolores abdominales, se persuadió que eran debidos a una “compresa” que los cirujanos habían olvidado en su vientre. Multiplicó las consultas y las investigaciones complementarias, que resultaron tranquilizadoras sobre su estado somático. Intentó que lo volvieran a operar a toda costa. Esta compresa, cuerpo extraño inasimilable, era la fuente de sus sufrimientos. Luego de sus encuentros con el cirujano venía a verme rabioso. Decía que éste lo consideraba con desprecio, como un frío científico, y que no reconocía la riqueza de sus sentimientos. Me pareció que la com-

presa estaba ligada a este no reconocimiento por parte de este personaje transferencial. Entonces pude elaborar una interpretación (gracias a la ayuda de S. Resnik. No es posible llevar adelante curas de este tipo sin la apertura de un tercer espacio en los momentos difíciles): ¿El cirujano no me representaba? Luego de haber explorado el mundo interior de Tomás y de haber “operado” en él, ¿yo no habría introducido como un “cuerpo extraño inasimilable” mis capacidades de comprensión de *su sufrimiento, como la compresa que contiene la hemorragia*? Pero esta compresa, al lado de sus intestinos, ¿no representaba también sus propias capacidades emocionales para comprender los sufrimientos indecibles de su padre durante los experimentos de los nazis? Eran estas capacidades que existían de costado (no integradas, coexistentes con el científico frío) que él quería ver reconocidas por el médico, personaje paterno como yo en la transferencia. Tomás permaneció pensativo. La actividad delirante llegó a su fin. Luego de una recaída por sub-oclusión por bridas, curada por aspiración, una complicación infecciosa puso nuevamente su vida en peligro. Me telefoneó desde el hospital llorando. Las enfermeras lo trataban de simulador. Se burlaban de su sufrimiento y creían que “falsificaba su temperatura”. Le recordé la actitud de su madre frente a su padre. ¿Se haría cómplice y se identificaría con el padre denigrado o por el contrario se encarnizaría como él para sobrevivir? Hizo llamar de urgencia a un médico de guardia que practicó un hemocultivo y planteó una antibioterapia intensiva para una septicemia. Luego de este episodio, Tomás esperaba el frente a frente. Tras una larga convalecencia redujo sus sesiones a tres en el momento de retomar su trabajo. Durante un largo período, en el que la transferencia materna era predominante, extremadamente ambivalente, Tomás expresó sus quejas contra las mujeres. Al mismo tiempo se interesó en mis capacidades de “jardinería”, observó mis plantaciones en mis maceteros y desarrolló concreta y metafóricamente un espacio de creatividad, tanto en el arreglo de un departamento personal que adquirió, como en la elaboración de un espacio de pensamiento individual. Un intento de vínculo amoroso terminó en fracaso a raíz de sus ideas delirantes de envenenamiento, que luego pudo criticar.

El año 1998 estuvo marcado por un drama: una joven mujer, vieja amiga de la que se había separado hacía mucho tiempo, se suicidó. Sin entrar en la complejidad de la relación entre ella y Tomás, poniendo en juego su vínculo con su propia hija, a la que él no había criado, hay que señalar los impulsos suicidas que siguieron a esto. En un sueño, Tomás se ve a sí mismo sobre una cuerda que atraviesa el vacío, camina acrobáticamente al encuentro de una “pequeña niña-mujer” en traje de mujer que está agarrada a la cuerda. Asocia a esta pequeña niña con su amiga Sandrine, pero también con su hija e inclusive con su madre, mujer-niña. También se pregunta si no se trata de su parte femenina al encuentro de la cual va como un sobreviviente sonámbulo en el análisis, suspendido en el vacío. Yo reconozco en el traje azul del sueño, el que llevo yo... Pienso también en su padre reencontrando a su madre luego de la guerra.

A fines de 1999 Tomás me reprocha no haberlo ayudado en el análisis para superar su vida sexual. Reconoce una gran mejoría en su vida social, en la que realiza todas sus proyecciones. Ya no tiene episodios de descompensación somática desde hace más de dos años. “Usted ha ayudado, dice, al niño en mí. Ahora debe realizarse el hombre adulto”. Tiene entonces un sueño panorámico, que piensa que puede estar destinado al analista (como aparece expresado en los escritos analíticos). Supone que se trata de esto, pero que no hay que dudar de la veracidad de este sueño. Dice que hay que utilizarlo como herramienta para su cura y también para la investigación psicoanalítica. Tomás se ve a sí mismo en un primer departamento. Allí es descubierto como un bebé encerrado en un campo de concentración. Se va a mudar a otro departamento y busca a alguien que lo repare. Hay dos cosas para arreglar: un bolso arruinado y un calefón. El calefón está rodeado de ladrillos, como un horno. El problema es que le falló la persona que lo iba a arreglar. En ese momento vive en Montreuil. Tomás lo encuentra y le pide que se ocupe de su trabajo de reparación. El problema con el calefón es paradójico. A pesar de que debe calentar, está congelado, cubierto de escarcha. Hay que utilizar la hoja de un cuchillo para despegar la escarcha, sin cortar los tubos en espiral. Tomás piensa que el bebé en el campo de concentración lo representa. El pudo cambiar, encontrar un nuevo espacio para desarrollarse. Agrega que encontró en mí al reparador, pero fallado. Recuerda entonces que su padre había vivido en Montreuil y que había tenido una actividad comercial relacionada con los aparatos de gas. Encontrar al reparador en Montreuil ¿no sería reencontrar un padre restaurado? y agrega, luego de una reflexión de mi parte sobre “Montre-oeil” (muestra-ojo), la expresión “monta sobre mi culo y yo te mostraré mi ojo”. Entonces sugerí que existía en ese momento entre nosotros un encuentro emocional de ojo a ojo. Tomás dice que el problema es la manera de quitar la escarcha del calefón. “Siempre se me acusó de no tener sentimientos, no es cierto, es como el calefón, hirviendo en el interior, helado en el exterior. Hay que descongelar dulcemente las espirales”. Yo recordé entonces el bolso arruinado, envoltura femenina referente a sus pensamientos y también a su saco intestinal. Tomás: “cuando me operaron, pensé que me sacaban un útero, como ‘el vaciamiento’ de mi madre”. El análisis de Tomás prosigue. Vive actualmente un vínculo con una mujer. El sueño panorámico que me destinó es una representación que puede ilustrar mi hipótesis de un enclave autista en él (en el sentido de Tustin), enclave descongelado tal vez demasiado brutalmente, con el costo de una somatización grave. ¿Podemos suponer en él un aferramiento a huellas del comienzo de la vida en las primeras relaciones, aferramiento según el modo autista de una superficie plana adhesiva, para evitar un terror sin nombre vertiginoso en el torbellino de los intercambios con los dos padres deprimidos, en la avidez de la búsqueda de objeto? ¿Qué comunicaciones sensoriales no verbales estaba aferrado Tomás? ¿Qué huellas estaban congeladas, sin permitir la polisensorialidad, trabando la constitución de un espacio de pensamiento en el que la polisemia ligaría emociones corporales y pensamiento verbal? Evitaba a toda costa la comunicación a través de la mirada; por el contrario, estaba muy desarrollado el olfato. En cuanto al placer

gustativo, se encontraba trabado por una lucha constante que se encarnizaba igualmente contra todo lo que podía absorber oralmente. El aferramiento a través de este tipo de vínculo probablemente le permitía evitar caer en el vacío depresivo y las angustias de persecución. El sueño de la cuerda es una representación metafórica de esto. Con frecuencia Tomás me hablará del vacío depresivo como de “un agujero negro de desesperación”, “agujero negro de la física, que aspira, absorbe, destruye”, agujero que él pudo reencontrar en los ojos de una amiga indiferente o en las polleras negras de las jóvenes seductoras. Lo concreto del pensamiento, como el de ciertos mecanismos autistas, constituiría un modo de aferrarse a una huella que permitiría brindar un sentimiento de existencia en la desesperación. Se trataría de una lucha defensiva constituida desde los primeros intercambios identificatorios, vehiculizando en los mensajes no verbales algo del horror de lo vivido por el padre. Este enclave autista clivado coexistía probablemente con un desarrollo en *patchwork* de su personalidad. Los relatos de la historia de su padre y las reacciones de su madre habían modelado sus identificaciones, sus defensas, sus ideales. La resignificación puberal había reacomodado sus defensas de manera muy compleja contra la homosexualidad y la identificación femenina, utilizando represión y proyección. Gracias a sus primeras experiencias analíticas, había evitado una descompensación psicótica grave, la muerte en el suicidio, y había sobrevivido utilizando clivajes, con una pseudo-adaptación socioprofesional. El decía que había vivido el comienzo de su cura conmigo como un encierro en un marco rígido, campo de concentración de su sueño. Perseguido en la transferencia homosexual, había luchado utilizando los mecanismos de negación, denigración de las emociones, atacando de este modo el pensamiento. Yo había dejado que la efracción emocional arruinara la cobertura psíquica y corporal. ¿Podemos suponer que el levantamiento del enclave autista desencadenó la invasión en la transferencia de un desborde emocional del comienzo de la vida? Estamos en el cruce de dos niveles de organización. Uno carecía de espacio psíquico que pudiera contener un objeto para realizar el trabajo de ligazón luchando contra la destructividad. El otro se situaba en un nivel de organización edípico, en una transferencia homosexual erotizada. Yo “había fallado” como “reparador”. El bolso continente había sido dañado, cortado en el marco de las sesiones, en el espacio de pensamiento y concretamente en el cuerpo. Por cierto, la reconstitución metafórica, como otras imágenes utilizadas por Tomás, me fueron destinadas como trabajo de ligazón, tratando de dar sentido a una destructividad desprovista de sentido que produce efracción. La imagen del calefón a gas, que hay que descongelar, condensa representaciones múltiples relacionadas con los afectos, la forma de tratarlos en la cura, y tal vez la paradoja de las asociaciones referentes a la Shoah, ligadas a la función paterna a la vez reparadora y que corre el riesgo de crear efracciones en la cura. Podemos preguntarnos lo que pudo ser para él en sus primeros intercambios identificatorios, como aferramiento en la concretud a mensajes desprovistos de sentido para él, pero que vehiculizaban el Horror en las huellas mnémicas de sus padres, y que favorecían pseudo-identificaciones en la concretud. Una imagen utilizada por Tomás da testimonio de

su trabajo de figuración de lo impensable a través del humor. Dice que utiliza fertilizantes como los que vio en mi jardín. Estos fertilizantes contienen ácidos. Todo el problema está en el dosaje. En pequeñas dosis fertiliza el suelo. Piensa en la utilización de las “huellas” dejadas por el ácido absorbido por su padre durante su cautiverio. Estas “huellas” de la destructividad de los nazis, él las percibió en las expresiones de sus padres, en las representaciones de sus relatos, que él había transformado en sus propias representaciones de escenas sadomasoquistas especialmente durante su adolescencia. De este modo podía modular su propia agresividad. La acidez de sus propuestas retomaba una identificación con el agresor. ¿Esta no había inducido algunas veces una respuesta contratransferencial en mis interpretaciones? Las huellas de la memoria de la historia a través de las huellas de los primeros encuentros emocionales en su cuerpo, reacomodados en la singularidad de su vida pulsional, de sus arreglos defensivos precoces para evitar el hundimiento frente a la intrincación de las angustias precoces y de la angustia de castración, tomaban los contornos de una nueva historia con sentido del humor. La fuerza pulsional del comienzo de la vida, reintroducida en la red de la memoria, en relación con un objeto interno sobreviviente a pesar de la desesperación de la pérdida de sentido, ¿volvería a dar su calor y su color emocional al azar de los encuentros con nuevos objetos en su vida?

Siendo el objetivo de esta revisión la colaboración interdisciplinaria, uno de nosotros va a encarar esta observación desde un punto de vista médico, más especialmente neuropsíquico: las mismas condiciones de la cura analítica no nos permitieron interrogar al paciente sobre la afección orgánica que lo aquejaba, ni tomar contacto con los especialistas que lo trataban. En cambio, recibimos el diagnóstico de enfermedad de Crohn de parte de él mismo, diagnóstico que no teníamos ninguna razón para poner en duda, pero no poseemos ni observación clínica ni historia clínica médica. Se ha informado acerca de manifestaciones neurológicas centrales y periféricas durante las enfermedades inflamatorias del tubo digestivo: enfermedad de Crohn y rectocolitis hemorrágica. De manera general (Jaussaud y Deville, 1999), los alcances neurológicos centrales ligados a la enfermedad de Crohn son raros. Entre estos, la frecuencia de las manifestaciones psiquiátricas siguen siendo poco elevadas: Gendelman et al. (1982) citan sin ninguna descripción 6 casos de estados confusionales en una serie de 37 pacientes que presentaron afecciones del sistema nervioso central, durante la enfermedad de Crohn o de colitis ulcerosa. Elsehety et al. (1997) señalan posibilidad de depresión “mayor”. Jaussaud y Deville (1999) refieren un caso de “severa depresión” resistente a los antidepresivos y a la sismoterapia, y en cambio muy regresiva por la corticoterapia; estos autores señalan que los síntomas neurológicos pueden preceder al diagnóstico. *Bouffées* delirantes o episodios psicóticos transitorios son citados igualmente en relación con la rectocolitis hemorrágica. A. Fine (1986) retoma la literatura respecto a este tema.

¿Qué relaciones se pueden establecer entre las manifestaciones psicopatológicas de

nuestro paciente y su enfermedad de Crohn? Una primera hipótesis sería imputarlas totalmente a esta afección intestinal por el lado de los mecanismos vasculares inflamatorios, inmunológicos o de una carencia vitamínica o nutricional. Habría que admitir, en este caso, que ellos habrían precedido al diagnóstico durante largos años. Se trataría de una enfermedad de Crohn del niño en una forma por largo tiempo extraintestinal. Es una explicación difícil de mantener. A la inversa, se puede imaginar que los desórdenes psíquicos no tienen ningún lazo con la enfermedad intestinal en este paciente. Sus temáticas referidas al tubo digestivo, la cirugía abdominal y la relación con la historia familiar no dejan de intrigar. Es por eso que nosotros adoptaremos una actitud más matizada. Si la etiología de la enfermedad de Crohn no se conoce con certeza, sin embargo se diseñan dos explicaciones: una predisposición genética, sin duda con una heterogeneidad (Haresbach et al. 1997), y el rol de los factores de acontecimientos exteriores. Addolorato et al. (1997) han estudiado por medio de escalas de ansiedad y depresión a 43 pacientes con enfermedad de Crohn en comparación con 36 sujetos testigos. Constataron en los pacientes cifras significativamente más elevadas que en los testigos. Los autores diferencian los “estados” de ansiedad, considerados como reactivos, y los rasgos de personalidad. El aumento significativo en los resultados corresponde a los “estados” de ansiedad. Los autores plantean la cuestión del carácter reactivo a la enfermedad de la ansiedad y de la depresión, pero también las consecuencias bioquímicas cerebrales de la malnutrición. Otros autores citados por Addolorato et al. (1997) señalan en estos pacientes rasgos neuróticos, una tendencia al perfeccionismo, a la depresión, a la angustia y postulan un origen psicosomático de la enfermedad o una etiología multifactorial. Sperling (1959) estudia la vida fantasmática inconsciente y las relaciones objetales de estos pacientes, relatando en detalle partes de una cura analítica. Retomando trabajos anteriores, ella subraya el hecho de que “estas enfermedades se remontan a la fase pre-edípica y con frecuencia la fase preverbal de la evolución”. Ella da mucha importancia a la estimulación por las fantasías inconscientes de la madre, interviniendo en “la determinación de los puntos de fijación” orales o anales, y de los mecanismos de defensa, con incorporación en el intestino del objeto parcial de la madre. La forma de distribución de las energías libidinal y destructiva dependerá de estos factores. Gutton (1974), al considerar once casos de observaciones de niños hospitalizados por colitis ulcerosa, subraya la frecuencia de trastornos funcionales en la edad temprana. (Este era el caso de T.) El constata “la intensa relación libidinal” de los personajes paternos con su hijo, con una vivencia identificatoria femenina. Finalmente, se encuentra siempre una pre-fantasma de penetración. Gutton, como la mayoría de los autores que tratan colitis ulcerosas, insiste en la depresión. Fine desarrolla una comparación con la melancolía. ¿Sería la enfermedad, con su regresión narcisista, como lo sostienen ciertos autores, “un bastión defensivo” contra la psicosis? Para Fine, sería no tener en cuenta la intensidad de “la onda traumatógena, surgida de las profundidades”. Para él, ésta desborda la regresión y crea el desorden somático. Nosotros podríamos retomar esta discusión en el caso de T. Más que melancolía de órgano, la hipótesis del deshie-

lo de un enclave autista, nos parece tener mejor en cuenta la fuerza traumática provocada por la efracción que constituye la introducción de las huellas preperceptivas del pasado. Las capacidades de simbolización del sujeto se encuentran entonces desbordadas. La cuestión queda abierta entonces a las modalidades de la lucha contra la pérdida de sentido que lleva a la desorganización, y a modalidades de acomodación de las huellas gracias al trabajo de la metáfora.

Los trabajos cognitivistas, unidos a los recientes descubrimientos de los neurobiólogos, han permitido una mejor comprensión de la formación y del almacenamiento de las huellas en la memoria implícita. El pasado sobrevive en nosotros de dos maneras: o bien recordamos conscientemente los momentos de nuestra vida que permanecen grabados en nuestra biografía, que podemos contar y que por esta razón forman parte de la memoria declarativa episódica; o bien el pasado marca inconscientemente con su impronta nuestra historia personal, modela nuestro carácter, dibuja nuestra personalidad. Esta memoria no declarativa (Squire, 1992) no sólo comprende la memoria de las habilidades motrices (Descartes, 1640), o la de los hábitos (Bergson, 1897); comprende igualmente la conservación implícita de nuestras relaciones afectivas, de nuestras preferencias y de nuestros sentimientos; Squire y Kandel (1999) admiten que esta memoria no declarativa es la que forja la personalidad. El reconocimiento de esta categoría de memoria a largo término está justificada por la existencia en la patología humana de las disociaciones que se pueden observar entre el alcance de la memoria episódica y la conservación de la memoria no declarativa. En el Síndrome de Korsakoff alcohólico-carencial, en la enfermedad de Alzheimer, y en el ictus amnésico sucede de esta forma. Por otro lado, la neurobiología de la memoria recientemente ha hecho inmensos progresos (ver Squire y Kandel, 1999). Sin embargo, no hay que olvidar que Freud aparece como un precursor cuando define en el Proyecto de psicología (9) el concepto de facilitaciones en las redes de neuronas, y atribuye un rol modulador a las sinapsis, que él llama “barreras de contacto” diez años antes de su descripción por Sherrington (ver B. y B. Lechevalier, 1998). Squire y Kandel han mostrado que la utilización de la memoria a largo plazo no se puede realizar sin la síntesis de una nueva proteína a partir de la transcripción del ARN mensajero proveniente de diferentes genes. Esta nueva proteína se comportaría en sí misma como un factor de crecimiento implicado en la aparición de las dendritas. De este modo ella interviene en la modulación, la organización y la reestructuración de las redes de neuronas del encéfalo bajo la influencia de factores extrínsecos. Según los modelos utilizados para el estudio de la neurobiología de la memoria, se ve que numerosas sustancias tienen un rol facilitador o inhibidor en las diversas etapas de la formación de tales proteínas. Al lado de los receptores de los canales iónicos, elementos de base de la transmisión sináptica, existe un segundo tipo de receptores llamados “metabotrópicos”, cuya sustancia excitatoria es la serotonina de la membrana y cuyos principales eslabones son el AMP cíclico (segundo mensajero) y diversas enzimas como las proteinquinasas, y es a partir de estos receptores que se



sintetizarían nuevas proteínas, soporte de la memoria a largo plazo. Fleschig, a fines del siglo XIX (citado por Edelman), había dibujado un mapa de la madurez del encefalo y mostrado que en el nacimiento solamente una pequeña cantidad de áreas corticales estaban mielinizadas, y que la mielinización de las otras se hacía progresivamente. Edelman (1979) adelantó la idea de un darwinismo neuronal que se apoyaba en el principio de que el desarrollo de las sinapsis interneuronales no era aleatorio sino sometido a influencias extrínsecas. Se llega a la hipótesis de que la mielinización y la organización de las redes neuronales no se realizan de la misma manera en todos los sujetos, sino que podrían estar influidas por las experiencias exteriores. Hoy en día se piensa que si el hipocampo es la estructura cerebral que interviene en la memoria episódica al nivel de los procesos de codificación y de consolidación, en relación con ciertas áreas del córtex cerebral, las regiones relativas a la memoria no declarativa son diferentes: en el hombre, se trata de núcleos centrales de materia gris y del cerebelo. La memoria no declarativa registra inconscientemente huellas que están almacenadas de acuerdo a nosotros y que según Kandel modelan nuestra vida psíquica de adulto.

En ocasión de una aproximación a las huellas de la memoria y de la percepción, hemos introducido (El cuerpo y el sentido, 1998) la noción de Información Sensorial Preperceptiva, que no alcanzó la simbolización (I.S.P.). Podemos suponer que al comienzo de la vida, en las interrelaciones precoces, se registran huellas inconscientemente en nuestra memoria implícita sin acceder ni a la percepción ni a la representación conscientes. Si la organización de las redes neuronales, soportes de estos I.S.P., está todavía mal elucidada, trabajos recientes, como los de Mesulam (1998) alientan a encarar su estudio.

¿Qué sucedió en la cura de nuestro paciente? Se puede formular la hipótesis de un doble proceso: por una parte, levantamiento de la represión (fantasías homosexuales), por otra; reacomodamiento de las redes neuronales corticales con irrupción masiva de los I.S.P. ¿Cómo intervienen entonces las defensas del paciente en la dinámica del momento transferencial-contratransferencial? Su cuerpo-psique se encuentra entonces confrontado a la necesidad de resolver problemas nuevos sin poder recurrir a los mecanismos automáticos repetitivos. Del mismo modo, la doble lectura de este caso permite a los autores salir de los automatismos teóricos para abrir un espacio de interrogantes. De este modo, esta lectura a dos voces de una observación de enfermedad de Crohn ha permitido una confrontación de dos voces que nos pareció que facilitaba la aproximación a una enfermedad que guarda sus misterios.

Bibliografía

Addolorato, G., Capristo, E., Stefanini, G. F., Gasbarrini, G. (1997) "Inflammatory bowel disease: A study of association between anxiety and depression, physical, mor-



idity, and nutritional status”, in *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32.

Bergson, H. (1897). *Matière et mémoire*. Paris, Alcan.

Cournut J. “D’un reste qui fait lien. A propos du sentiment inconscient de culpabilité emprunté”, *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 28, 129-149.

Descartes, R. (1640). *Lettre au père Mersenne de 1er Avril*.

Edelman, G. M., (1992) *Biologie de la conscience*. Paris. Odile Jacob.

Elsehety, A., Bertorini. T. E. (1997). “Neurologic and neuropsychiatric complications of Crohn disease”, in *South Medical Journal*.: 90, 610-616.

Fine A. (1986) “Quelques réflexions et interrogations autour de la recto-colite hémorragique” in *Corps malade et corps érotique*. Paris, Masson.

Flournoy O. (1961) “Colite ulcéreuse et relations interpersonnelles” in *Evolution Psychiatrique*. 26,3, 419-444.

Freud, S. (1895) “Esquisse d’une psychologie scientifique” in *La naissance de la psychanalyse*. Paris. P.U.F 1956, 313-396.

Freud, S. “Le moi et le ça” (1923) in *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1970.

Gendelman, S., Present D., Janowitz, H. D., (1982) “Neurological complications of inflammatory bowel disease” (abstract) in *Gastroenterology*: 82 (Suppl.) 1065.

Gutton, P. (1974). “La colite ulcéreuse de l’enfant. Données cliniques et psychanalytiques”. *Evolution psychiatrique*. 39, 567-600.

Herresbach, D., Alizadeh ,M., Bretagne, J. F. Dabadie, A., et al. “TAPgene transporter polymorphism in inflammatory bowel diseases” (1997), in *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 32.

Helzer, J. E., Chammas, S. Norland, C. C., Stilling, W. A., Alpers, D. H. (1984) “A study of the association between Crohn ‘s disease and psychiatric illness”, *Gas - troenterology*, 86: 324-330.

Jaussaud, R., Deville J. F. (1999) “Les manifestations neurologiques centrales de la maladie de Crohn”, *Revue de Medecine Interne* , 20, 527-530.



Kuppers, B. (1990). "Frag-Würdiges im Allgemeinkrankenhaus. Colitis ulcerosa und Morbus Crohn im Licht der Leib-Seele-Discussion", *Psyche*, 44, 343-355.

Lechevalier, B. (1987). "Manifestations psychosomatiques liées au transfert dans les psychanalyses d'enfant", in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 4, 1987.

Lechevalier, B. "Les enfants de Noé: de la culpabilité à la beauté d'un sens retrouvé" (1993) in *L'ange exterminateur*, ed. J. Gillibert et P. Wilgowicz, Bruxelles et Cerisy, 153-170.

Lechevalier, B. (1997). "Expressions of Anihilation Anxiety and the Birth of the Subject" in *Encounters with Autistic States*. New Jersey. Jason Aronson, 18, 327-339.

Lechevalier, B. (1997). "Aline: une somatisation en fin d'analyse", in *Autisme et métapsychologie*. Paris. Actes de la journée scientifique du quatrième groupe, 111-121.

Lechevalier, B. "Le syndrome de West. Ses relations avec l'autisme infantile et l'incidence de l'approche psychothérapique dans l'évolution de certains cas" in *Neuropsy*, 31, 2, 77-81.

Lechevalier, B. et Lechevalier B. (1998). *Le corps et le sens*, Lausanne, Delachaux et Niestlé.

Mesulam M.M. (1998) "From sensation to cognition", *Brain*, 121.

Sperling, M. (1961) "Vie fantasmatique inconsciente et relations objectales dans la colite ulcéreuse". Communication au 21^o Congrès International de Psychanalyse. Copenhague, 1959. Traduction française in *Revue Française de Psychanalyse*, 25, 1961, 4-5-6-, 853-861.

Squire, L. R. (1992). "Declarative and non declarative memory: multiple brain system supporting learning and memory", *Journal of Cognitive Neuroscience*, 233-243.

Squire, L. R. et Kandel E. (1999) "*From memory to mind*", Tustin F. (1989) *Le trou noir de la psyché*, Paris, Seuil.

Primera versión: 14 de junio de 2001

Aprobado: 12 de septiembre de 2001