

Cuerpo y Psicósomática.

Norma Alberro

INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo XIX se crea el término psicósomática. Se atribuye su paternidad al psiquiatra alemán Heinroth (1773-1843), inscripto en la corriente vitalista de Xavier Bichat. Su primer trabajo es un artículo sobre la influencia de las pasiones en la epilepsia y en la tuberculosis. Esta nueva corriente tenía por objetivo introducir en el pensamiento organicista y experimental de la medicina del siglo XIX, factores de orden psíquico para dar cuenta de la causa y de la etiopatogenia de ciertas enfermedades. Esta nueva forma de acercamiento global del hombre enfermo continúa hasta nuestros días y constituye una corriente en la práctica médica.

Desde la invención del psicoanálisis por Freud, una nueva vía de abordaje de los enfermos orgánicos se encuentra abierta y muchos psicoanalistas la han usado en sus observaciones clínicas y en las curas psicoanalíticas. Los pioneros en esta disciplina fueron George Groddeck, Sandor Ferenczi, Félix Deutsch. Este último intentó elaborar una nosografía dinámica y una tipología psicósomática. De esta manera, se originó una nueva corriente psicósomática de origen psicoanalítico, en oposición a la corriente estrictamente médica. En efecto, los primeros estudios sistemáticos aparecieron en EE.UU., en la escuela de Chicago en el interior de la cual se creó un movimiento dirigido por Franz Alexander llamado “medicina psicósomática”. La psicósomática psicoanalítica parte del hombre enfermo y de su funcionamiento psíquico para comprender las condiciones en las cuales ha podido desarrollarse una enfermedad somática. En cambio, la medicina parte de la enfermedad y busca los factores etiológicos sean éstos, biológicos o psíquicos.

El fenómeno psicósomático se instala generalmente luego de un acontecimiento traumático, una pérdida grave que implica un duelo, un golpe inesperado del destino, un suceso demasiado feliz tal como un casamiento muy esperado, el nacimiento del hijo, etc. Este suceso tiene la particularidad de ser imperativo para el sujeto. No tiene tiempo de reaccionar, y la dimensión simbólica parece alejada del sujeto. Una vez instalada la enfermedad somática, llama la atención que la dimensión de lo psíquico está ausente. Entre el acontecimiento imperativo y la aparición de los síntomas orgánicos no se observa la presencia de un conflicto anunciador del síntoma. El fenómeno psicósomático no constituye una estructura aislada, la somatización puede presentarse en cualquier estructura clínica y en diferentes momentos de la cura.

Cuando hablamos de fenómeno psicósomático nos encontramos con dos términos que necesitan ser definidos. Por un lado nos preguntamos a qué llamamos lo psíquico en los casos de pacientes presentando este fenómeno y, por el otro, qué entendemos por soma en estos casos. A su vez, este último, ¿podemos adscribirlo al concepto de cuerpo o es necesario hacer la diferencia entre ambos?. ¿Cuál es el campo del cuerpo y de lo psíquico en el fenómeno psicósomático?.

EL CUERPO: UN DOCUMENTO PARA DESCIFRAR

Los mitos y los relatos fantásticos ponen en escena criaturas sobre-naturales mitad humana, mitad animal que signan, por su ambigüedad, la complejidad ancestral de las representaciones del cuerpo. En nuestro tiempo, ya sea en las costumbres que rigen cada sociedad, sea en la expresión de los trastornos psicopatológicos o aún en la cura analítica, el lugar del cuerpo es fundamental. Cabe preguntarse entonces, ¿cuál es este lugar?, y ante todo ¿qué es un cuerpo, y de qué cuerpo hablamos, cuerpo físico, cuerpo psíquico, realidad o fantasma? ¿En qué cuerpo nos situamos? Una cosa parece segura, nos encontramos en

varios cuerpos a la vez: desde el cuerpo social al cuerpo profesional, pasando por el cuerpo propio.

El cuerpo del hombre no constituye un simple don natural y biológico. La transición de la naturaleza a la cultura se efectúa a través de un proceso de aprendizaje y domesticación del cuerpo, que implica prohibiciones, rituales, educación, reglas, cuya única finalidad, más allá de las racionalizaciones éticas, teológicas, científicas y estéticas, es la de insertar al individuo en la sociedad. Es tarea de la educación anexar ese cuerpo a la colectividad, haciéndole recordar al sujeto que ese cuerpo no le pertenece totalmente. El cuerpo se vuelve una cuestión económica, una fuerza de trabajo, está al servicio de la sociedad que le retribuye por los trabajos que le obliga a realizar. El cuerpo es una mercadería que se explota económicamente, aunque también estéticamente. Los cánones de la belleza varían según las épocas y las sociedades. Se crean parámetros, símbolos que se exhiben para ser imitados. Aquellos que no corresponden a los modelos impuestos se sienten fuera de las normas sociales. Este sentimiento puede llevar al sujeto a exigir a su cuerpo excesos que en algunos casos desembocan en enfermedades graves. El cuerpo es una realidad cultural y social: automáticamente se vuelve “texto”. Puede suceder que el cuerpo sea utilizado como “lugar para decirlo”, cuando un sufrimiento se sirve de él como mensajero. Es por esta vía del cuerpo como texto a descifrar, por la que transita Freud para descubrir el inconsciente.

En efecto, cuando Freud abandona la exploración de los nervios y de las neuronas, para interesarse en los síntomas somáticos de las histéricas, no sabía, ni tenía la menor idea, que estaba abriendo la caja de Pandora de donde salieron: libido, represión, sexualidad infantil, compulsión de repetición, pulsión de muerte... todos ellos surgidos de un cuerpo sufriente. Pero lo que más sorprende a Freud de estas mujeres, es que sus síntomas somáticos obedecían a una distribución anatómica puramente fantaseada. En efecto, en la histeria de conversión, la división del cuerpo afectado por una parálisis no sigue las vías de la anatomía general, sino las vías de los fantasmas. Sin duda, tampoco tenía conciencia de operar, en el discurso médico, un corte que revelaría su reverso, el discurso analítico, que permite escribir la disyunción entre organismo y cuerpo erótico, saber del médico y saber del síntoma.

En los años 1890, Freud se dirige hacia “las enfermedades nerviosas” acompañado del sentimiento de inventar una nueva disciplina. Aunque también con la firme voluntad de hacerla entrar (esta disciplina) en el campo de las ciencias naturales y dar cuenta de los procesos psíquicos, siguiendo un orden causal, susceptibles de ser inscriptos en los cánones de la ciencia de la época. Esencialmente estos modelos científicos derivan de la mecánica y de la termodinámica. La obra fundamental de este período pre-psicoanalítico es sin duda el “Proyecto”. El objetivo de este texto era exponer el funcionamiento psíquico según diferentes sistemas neuronales. Actualmente, este texto se lo puede leer como una metáfora neurológica de enorme valor para la comprensión de la obra freudiana.

A partir de los “Estudios sobre la histeria” (publicados en 1895), se puede observar el desplazamiento del acento de la interrogación freudiana desde la búsqueda de las causas (la etiología, la teoría del trauma), hacia el enigma de la causa del deseo: “¿qué han tenido que soportar las histéricas?” “¿qué quieren estas mujeres?”.

Freud va a descubrir no solamente el saber que constituye el inconsciente, sino un saber-desplegarlo en la palabra. Freud descubre este saber y lo hace existir en la palabra, cuando no hacía más que insistir en el síntoma, gracias a la elaboración progresiva de la regla fundamental (decir todo lo que viene a la mente), así como un saber-operar sobre esta palabra, aprovechando los mecanismos que la estructuran y que él revela a partir de la interpretación de los sueños, del chiste y de la psicopatología de la vida cotidiana, donde se conjugan ambigüedades semánticas, proximidades sonoras y arreglos literarios.

Sabemos cómo Lacan, gracias a los aportes de la lingüística estructural, explora sistemáticamente la estructura lingüística de estos depósitos lingüísticos donde el deseo puede, al mismo tiempo, manifestarse y disimularse.

Es entonces, al ser humano en tanto que ser de lenguaje y de palabra que el Psicoanálisis se interesa: lo humano constituido por el lenguaje, aunque también penetrado por él, por los enunciados que lo han situado en el mundo, sin que sus autores lo sepan: propósitos dichos, semi-dichos u ocultos, triviales, mentirosos o paradójales, seductores o descalificantes, constructores o devastadores. Sin embargo, no hay

en esta consideración de lo humano como ser de lenguaje un olvido de las otras dimensiones: célula, genes, leyes de la fisiología; sino una posición metodológica definida de hacer pasar, lo más posible, por la palabra como la única vía de entrada subjetivante en la realidad psíquica. Para el analista, lo que el analizante dice es seguramente verdad, de una cierta manera: porque él lo dice. A cargo del analista está la tarea de escuchar cómo esto es verdad, cómo el paciente dice la verdad, cuando en realidad él no quiere saber nada.

EL CUERPO EN LA CURA PSICOANALÍTICA

El lugar que tiene el cuerpo en el proceso de cura es bastante curioso. En efecto, el analizante se recuesta en el diván, el analista se pone detrás y lo invita a comunicar únicamente a través del verbo. Esta puesta en escena, ¿no es ella una descalificación de lo que puede expresar el cuerpo, tanto a nivel semiológico como gestual?. Por otro lado, poner en primer lugar el rol de la sexualidad en el funcionamiento psíquico, erigir una metapsicología cuyo concepto básico son las pulsiones, ¿no es esto introducir violentamente el cuerpo en un espacio donde lo angelical reinaba desde tiempos inmemoriales?.

Los cuerpos del analizante y del analista están implicados en la cura analítica más allá de lo que se desarrolla bajo la égida del lenguaje y del pensamiento. El analista eclipsa su propio cuerpo, le impone silencio, y se hace el sostén de los fantasmas del otro cuerpo, que lo reviste. En cambio, a este otro cuerpo, el analista “lo escucha”, recoge las “palabras”, el discurso, la entonación, la sintaxis, la afectividad que acompaña a estas palabras. Es un contacto de boca a oreja. Es por su silencio, y con el apoyo de su cuerpo, pantalla de proyección, que el analista puede ser el “soporte del objeto a, causa del deseo” como lo sugiere Lacan. Su presencia corporal es imprescindible, es de esta manera que él asume la función de prestarse al imaginario del analizante.

CUERPO EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Desde el descubrimiento del Inconsciente, Freud no cesó de remarcar la incidencia de éste sobre el cuerpo. Nuestro cuerpo es un soporte de expresión en ciertas patologías: son los “males del cuerpo”. Si atribuimos a los síntomas una significación particular procedente del cuerpo simbólico, podemos referirnos a estos trastornos en término de “palabras del cuerpo”, en una lengua en donde el goce se conjuga con el sufrimiento. Freud mostró cómo el síntoma histérico era la conversión somática de un afecto muy intenso: el yo consciente reprime una representación inaceptable, que va a encontrar en las manifestaciones físicas, una traducción simbólica. Pero, ¿qué es un síntoma?. Es una manifestación ostensible, a la sombra de un proceso oculto. Es también como lo señala Lacan “un lenguaje cuya palabra debe ser liberada”. El síntoma adquiere, entonces, valor de mensaje, está del lado simbólico y pertenece a las formaciones del inconsciente.

La segunda vertiente del síntoma, se sostiene de su expresión corporal, sentido como una prueba dolorosa. El síntoma es una necesidad para la economía psíquica de aquel que lo experimenta, es su salvaguarda, y traduce una fórmula de compromiso entre el yo y una representación inconciliable. El síntoma es un modo de protección. Puede ser tomado como signo o como significante, esto plantea la cuestión del sentido de la patología y de la organización de la relación del sujeto a lo real. La producción del síntoma está ligada a la manera como el sujeto asume su confrontación a lo real: no quiere renunciar a su(s) síntoma(s), puesto que de él extrae goce. Que el cuerpo esté desinvertido en el psicótico, o sobreinvertido en el histérico, de las dos maneras el síntoma genera goce.

El cuerpo es la coartada del inconsciente, es decir, presentifica o simboliza lo que no puede ser dicho por las palabras. Lo que el enfermo somático expresa no es verbalizable. Es un signo, un llamado que huye cuando se lo aproxima. Parecería que expresarse con el cuerpo es menos peligroso que con las palabras, puesto que no se arriesga nada, ni la contradicción, ni la confrontación con su propia historia, con su identidad.

En la obra de Lacan, es posible encontrar una diferencia entre el concepto de organismo, que es el ser viviente y el cuerpo. Este último no está dado desde el comienzo, se nace ser viviente, luego se construye un cuerpo. En este sentido el cuerpo no es primario, es secundario. Para Lacan la idea que el viviente no es un

cuerpo, es una afirmación constante en su obra, aunque existen variaciones en esta constancia. En un primer tiempo, anterior al Discurso de Roma, el cuerpo se construye a partir de la imagen. Lacan considera que para hacer un cuerpo se necesita un organismo más una imagen, la unidad de la imagen da unidad al cuerpo, ya que el organismo es un conjunto de órganos, dispersos, que aislados forman el cuerpo despedazado. Es la imagen que recibe desde el espejo, la que otorga al sujeto una ilusión de unidad corporal. En este concepto encontramos, entonces, una oposición entre el organismo desunido y despedazado y el cuerpo unificado por la imagen.

Pero Lacan no se quedó allí, a partir de Función y campo de la palabra y del lenguaje, introduce también un principio descifrador de las funciones del inconsciente, a saber el trabajo de los mecanismos significantes. Afirma que es el significante el que introduce el discurso en el organismo. En este segundo período, el autor asegura que el organismo es una unidad en sí, es una cohesión. Sin embargo, esta unidad no es suficiente para otorgar un cuerpo al sujeto. Para que la individualidad orgánica sea un cuerpo hace falta el significante que hace unidad. Esta nueva conceptualización nos da una fórmula del cuerpo: se define por una imagen más el significante que hace uno. La disyunción se establece entonces entre el organismo, la imagen del cuerpo y el cuerpo en tanto que es tomado por el significante.

Para darle mayor consistencia a estas afirmaciones, propongo reflexionar sobre el cuerpo de los enfermos que llamamos esquizofrénicos y de aquellos que consideramos histéricos. Para esto voy a tomar un ejemplo de un paciente psicótico que observé en un hospital psiquiátrico. El enfermo se paseaba por los jardines del hospital, gesticulando y diciendo de viva voz que una de sus piernas “caminaba” delante de él, no podía controlar que ésta decidiera irse en contra de su voluntad. Ahora bien, esto no impide observar que su organismo conserva su unidad y que sus piernas continúan en el lugar habitual. Esta pierna que se pasea sola, podemos decir que es a nivel de la imagen especular que aparece desprendida del cuerpo. O bien, a nivel del significante. Para decidirse por alguna de las dos alternativas es necesario saber si para el paciente, es una sensación que nos indicaría que su imagen especular ha sido alterada, o bien son solo palabras que pronuncia: “una pierna se pasea”, es decir a nivel de lo dicho. En este ejemplo se puede observar con claridad, la disyunción entre organismo, imagen especular y cuerpo tomado por el significante, es decir en tanto que es verbalizado.

En las somatizaciones histéricas en cambio, observamos una paciente que tiene un brazo paralizado, para tomar un ejemplo freudiano. La imagen de su cuerpo no está perturbada, en cambio, su organismo está realmente alterado. Es por esto mismo que los médicos se asombran sin encontrar una causa que justifique dicha parálisis. Para la histérica que tiene el brazo paralizado, su imagen especular está intacta, en cambio su organismo y su cuerpo en tanto dicho, están ambos alterados.

Ahora bien, para Lacan el primer cuerpo es el lenguaje, es decir lo que él llama el cuerpo de lo simbólico. Lo simbólico es un cuerpo en tanto que es un sistema de relaciones internas; es un cuerpo incorporal, que al incorporarse al sujeto le da un cuerpo. Dicho de otra manera, este cuerpo que decimos nuestro es el lenguaje que lo discierne. La noción de despedazamiento del cuerpo, implica que es el lenguaje que aísla los órganos y les da nombres, el cuerpo funcionando es un cuerpo despedazado. Lacan insiste sobre este hecho: es porque el cuerpo habita el lenguaje que existen los órganos. (L’etourdit). Esta tesis lacaniana, implica en el fondo que somos cuerpo por el hecho de ser dicho. El sujeto preexiste a este cuerpo y lo supera después de la muerte. El cuerpo muere, pero del sujeto se sigue hablando. La duración del sujeto en tanto que es alcanzada por el significante, excede la duración del cuerpo. En este sentido, podemos afirmar la disyunción del significante y del cuerpo.

EL CUERPO REPRESENTADO

El concepto de proyección permite pensar una dialéctica entre el cuerpo real, fisiológico y el cuerpo imaginario. Este concepto de proyección, que para Freud tenía un alcance defensivo, ha sido retomado por Sami-Ali, para comprender la noción de lo somático. La teoría de este autor se resume en estos términos: la proyección no es sólo un mecanismo psicológico, sino que coincide con lo imaginario. En efecto, la función de lo imaginario corresponde a la transformación de lo vivido corporal en representaciones. La subjetividad

es así mediatizada por el cuerpo propio que la constituye, proyectando un espacio, un tiempo, un objeto. A partir de la constitución del cuerpo propio, se construye una estructura que es más esencial aún que el Edipo mismo. La subjetividad y la identidad se definen, para este autor, por la capacidad de tomar su cuerpo como esquema de representación. En el sueño, espacio proyectivo por excelencia, la disociación fragmenta el sujeto en imágenes del cuerpo, representando los núcleos de identificación alrededor de los cuales el sujeto se constituyó históricamente. De esta manera, es introducida una dialéctica entre lo real y lo imaginario, que pasa por la experiencia del cuerpo erigida como superficie de representación. Para este autor, “lo imaginario determina positiva y negativamente todo el funcionamiento psicosomático” (Pensar lo somático pág. 13).

LA PSICOSOMÁTICA PSICOANALÍTICA

En toda la obra de Freud no figura ningún trabajo de investigación específico asociado a la psicosomática. Sin embargo, un cierto número de artículos y de conceptos formulados por él en otros campos de la psicopatología, van a servir de base para elaboraciones futuras de los psicoanalistas interesados en la psicosomática. Freud no abordó directamente las enfermedades somáticas tal como las entendemos hoy en día, pero en cambio, estudió profundamente los diferentes estados del cuerpo. El conjunto de sus trabajos concernientes a los síntomas expresados por el cuerpo, se inscriben en las preocupaciones teóricas relativas a la economía pulsional. Un recorrido por las fases conversivos histéricos, los síntomas somáticos de la neurosis actual, los síntomas hipocondríacos y las enfermedades orgánicas constituidas. Por otro lado Freud ha destacado las relaciones paradójales y enigmáticas entre los estados patológicos del cuerpo y los estados psicopatológicos. Estas relaciones entre los estados psíquicos y los corporales parecen poner de relieve la calidad de la organización masoquista del sujeto.

Es alrededor de los años 50 que un grupo de psicoanalistas comenzaron a interesarse por las enfermedades somáticas. Sus debates se iniciaron con la pregunta sobre el sentido del síntoma somático. Los primeros autores que se ocuparon de este tema en Francia fueron: Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M^Uzan, Christian David, entre otros. Los enfermos concernidos eran los que padecían cefaleas, los asmáticos, los alérgicos y los hipertensos. Estos autores ponían el acento en una debilidad de los mecanismos defensivos y le otorgaban a los síntomas somáticos un valor de sustitutivo pero desprovisto de dimensión simbólica, tal como lo conocemos en la conversión histérica. La enfermedad somática fue situada en el registro de lo “actual”. Pierre Marty en los años 1950-60, desarrolló una teoría según la cual la enfermedad somática grave está ligada a un estado de depresión llamada “esencial”. En oposición al neurótico bien mentalizado, el neurótico “mal mentalizado” es incapaz de hacer regresiones, debido a una falla del preconsciente ligado a una carencia fantasmática real. Frente al conflicto, la organización psíquica no puede mantenerse. Las excitaciones se acumulan en un aparato mental inepto para elaborarlas, desembocando en una desorganización progresiva de los aparatos somáticos pudiendo llegar hasta el cáncer. La noción de desorganización reposa sobre una concepción energética a la que está sometida la pulsión de muerte. Esta desorganización marca, en el canceroso, una estructura fundamental inamovible, sin síntoma neurótico o psicótico, es decir sin sistema defensivo.

La semiología negativa del enfermo somático revela un hipercontrol de la vida emocional, pobreza de la vida fantasmática, un discurso sobre los hechos concretos desprovisto de asociaciones de ideas, de lapsus y digresiones.

Las investigaciones sobre los fenómenos psicosomáticos realizadas por Sami-Ali, desembocan en resultados divergentes respecto de estas afirmaciones. En efecto, según este autor todos estos rasgos negativos no corresponden a una carencia real de la elaboración psíquica sino que derivan de un funcionamiento que se apoya, de manera exclusiva, sobre la represión de la dimensión imaginaria. Generado por los procesos proyectivos, el imaginario, en su oposición a lo real, comprende por un lado el sueño, y por otro lado sus equivalentes diurnos: la alucinación, el delirio, el fantasma, la ilusión, el juego, el afecto, la transferencia. La represión de la actividad imaginaria es una represión lograda, de la actividad consciente, del sueño y del fantasma, de allí que no se observa retorno de lo reprimido en forma de síntoma. La ausencia de sueños, de los cuales la memoria no conserva ningún recuerdo, es la prueba del éxito total de la represión de la

actividad inconsciente, que es la auténtica subjetividad. Este es el cuadro que se observa en el fenómeno psicossomático: represión de lo imaginario y, en consecuencia, carencia de subjetividad.

La concepción de la proyección en la teoría de Sami-Ali es un instrumento metodológico para elaborar una estrategia terapéutica. Permite recentrar la dimensión del cuerpo real lesionado por la enfermedad somática, sobre los “efectos de cuerpo”, es decir sobre la dimensión imaginaria del acontecimiento somático. Estos efectos de cuerpo presentes en los sueños o en sus equivalentes diurnos, se vuelven el soporte privilegiado de la terapia. Esta busca favorecer la emergencia de este imaginario constitutivo de los procesos de identidad del sujeto en crisis, aportándole la posibilidad de reconstituirse a partir del reconocimiento de esta dimensión.

Tomada igualmente de Sami-Ali, la noción de impasse provee la segunda clave terapéutica. Concebida la enfermedad somática como una situación conflictiva sin compromiso, es decir sin solución, su ubicación en la situación actual o pasada constituye un verdadero dilema terapéutico, por lo tanto es muy arriesgado construir una relación terapéutica sobre el modelo de un impasse relacional primitiva.

Con frecuencia se observa que el funcionamiento mental de estos pacientes ha dado pruebas de una represión de lo imaginario antes de que la enfermedad somática se declare. La represión, dice el autor, “permite al sujeto adaptarse socialmente adoptando las exigencias del medio familiar y hacer abstracción de lo que él es en tanto subjetividad” (Pág. 32).

Como resultado de la represión de lo imaginario, el conflicto psíquico desaparece, dejando, a nivel consciente, un funcionamiento en pugna con la realidad exterior; el sujeto está, de esta manera, preparado para hacer frente a las dificultades externas y neutraliza sus efectos internos. El funcionamiento adaptativo sustituye a la subjetividad. En consecuencia, ni neurosis, ni psicosis, sino los más diversos rasgos de carácter que crea, paralelamente a esta “vida sin misterios” (Sami-Ali) las condiciones de una patología que no puede ser sino orgánica. A esta salida hacia los órganos, el autor lo llama impasse, es decir es un estado sin salida hacia el conflicto, sino una vuelta hacia la dimensión corporal, sin mediación de la palabra ni del otro semejante. El conformismo social reemplaza a la subjetividad y el órgano enfermo al síntoma. El cuerpo real es afectado a través de una somatización que no tiene nada de simbólico; el impasse, este camino sin salida, crea una situación de riesgo mayor, cerrado e insuperable. Esta situación se acentúa también debido al manejo de la angustia que es igualmente reprimida junto con todos los afectos. De este hecho se instala una “depresión” que tiene la particularidad de pasar desapercibida, debido a la ausencia de queja, de demanda. Este déficit se debe a que la represión masiva de la dinámica imaginaria, es decir de la subjetividad, permite al sujeto adaptarse a las estructuras exteriores a él y, de este hecho, no sentir el sufrimiento. El dolor experimentado en el cuerpo físico sustituye al sufrimiento psíquico, a la queja neurótica.

Al abordar la enfermedad psicossomática, se nos impone también hacer la distinción esencial entre la conversión histérica y el fenómeno psicossomático. Esta distinción nos introduce a la teoría de Lacan.

El síntoma histérico es un trastorno, o para decirlo con los términos que estamos tratando, una somatización funcional que no deja ninguna lesión observable en el cuerpo. La enfermedad psicossomática, en cambio, es una somatización con lesión del órgano. Sobre el plano de la cura analítica, el síntoma histérico puede desaparecer luego de una interpretación, es decir, trabajando sobre la dimensión de la palabra. El goce del síntoma de conversión se sitúa del lado del goce fálico, es decir del deseo del Otro en el orden simbólico. La enfermedad psicossomática, en cambio, pertenece al campo de lo real del cuerpo y la interpretación, aún llegando a tocar el centro de la lesión, no produce el efecto de liberar la palabra. El goce que destila este fenómeno es el que Lacan denomina el goce del Otro, más precisamente, del cuerpo del Otro, este gran Otro, definido como el tesoro de significantes, es el cuerpo. Aún más preciso, el cuerpo del lenguaje.

Ahora bien, ¿cómo podemos articular el cuerpo lesionado con los tres registros: real, simbólico e imaginario inventados por Lacan? El cuerpo se sitúa como aquello que consiste, es decir en lo imaginario, es de otro orden que el significante que es de lo simbólico. Situado en lo imaginario, entra en la perspectiva analítica en tanto que posee orificios que delimitan un exterior de un interior. Desde estos bordes se anuda a los otros dos registros. Las pulsiones se originan alrededor de estos orificios (boca, oreja, ojos, ano) y permite que el decir resuene en el cuerpo. En esta medida, el cuerpo está en la raíz misma de lo imaginario. Creemos que poseemos un cuerpo, pero en realidad, no tenemos un cuerpo. Es una bolsa vacía, de la cual

nos creamos la ilusión de su unidad. Es esta bolsa que nos da la idea de la consistencia y sus orificios son agujeros reales y no falsos como en la dupla simbólico-síntoma. Si bien no tenemos un cuerpo, poseemos, en cambio, un saber sobre él. Dicho saber es inconsciente y pasa por la dimensión significante.

El fenómeno psicossomático se define por la lesión en el cuerpo, marca el efecto del inconsciente sobre el cuerpo. Es el efecto que el significante produce a nivel corporal, en el lugar de la raíz misma del lenguaje. Ahora bien, los fenómenos psicossomáticos pertenecen al orden de la realidad sensible, no a la realidad inteligible. Conciernen directamente a lo real, implicando evidentemente el cuerpo. Lacan los sitúa en la función imaginario-real, a nivel del agujero verdadero. Es entonces el cuerpo, en su consistencia imaginaria, que se signa de la existencia de una lesión en lo real.

Siguiendo siempre la teoría de Lacan, vemos que la causa de las manifestaciones lesionales se ubica en la ausencia de afanisis, que no permite el pasaje de un significante a otro. En ese momento se detiene la dialéctica del sujeto, ya que éste está definido como representando un significante para otro significante. Si esta dialéctica se detiene, el sujeto desaparece, lo que implica que desaparece la subjetividad, dejando lugar a una suerte de congelamiento del significante. A los fines que nos ocupa, entiendo que es conveniente diferenciar el “ efecto “ afanisis –en tanto efecto de la alienación significante, y definido por Lacan como la desaparición del Sujeto bajo los significantes que lo representan– de la “ función “ afanisis, que sería un tiempo posterior y que consistiría en la puesta en juego de esa desaparición. Un significante es definido por la distancia, por el intervalo que lo separa de otro significante. Si no hay esa distancia, los significantes se pegotean, se congelan. Si no hay intervalo, no hay significante, con lo cual tampoco podrá haber formaciones del inconsciente..

Esta fijación significante deja al sujeto a merced del goce del Otro, sea bajo un modo sádico, o masoquista, es decir, experimenta en su cuerpo propio lo real del goce. La diferencia con la psicosis consiste en que no es el cuerpo entero del niño que es entregado al goce del otro maternal, sino un órgano del cuerpo que ocupa el lugar del objeto a. Este órgano puede ser respiratorio y tenemos el asma, intestinal y aparece la diarrea a repetición.

Estos dos significantes pegados, solidificados, Lacan lo llama holofrase, tiene la particularidad de borrar el intervalo entre S1 y S2, es decir no representa la duplicidad del símbolo. No hay, entonces en ese punto, emergencia del síntoma ni del objeto a, no hay represión primaria y retorno de lo reprimido como consecuencia de la represión. En el lugar de la lesión psicossomática S1 se pega a S2 y no hay espacio para que surja un sujeto en su división cuyo resto es el objeto a. Este objeto a se ubica en el lugar del órgano lesionado. Ambos significantes unidos, holofraseados, pueden ser tomados en una cadena significante como nuevo significante. Ahora bien, holofrase es un término que Lacan toma de la lingüística, se utiliza para designar una palabra que adquiere el valor de una frase, por ejemplo socorro, fuego, auxilio... Con una palabra como esa no hace falta preguntar nada más, solamente cabe responder, salir corriendo, llamar a los bomberos, etc.

El ejemplo clásico es el de las señales de los barcos. Según el color, el dibujo, etc., significan algo en particular. Esas señales por definición no pueden ser interrogadas, no funcionan entonces como significantes que representan al sujeto para otro significante, sino que funcionan como un signo que significa algo para alguien.

Cuando la demanda del Otro funciona como una holofrase, como un signo y no como un significante, no hay malentendido posible. El significante por definición es equívoco. El signo, por el contrario, no admite condensación ni desplazamiento, porque su significado es unívoco - no equívoco. El signo deja fuera de juego las formaciones del inconsciente, y al interferir con una función biológica puede producir en el organismo una respuesta inadecuada. Efectivamente, creo que se puede afirmar que la particularidad del FPS se inicia con el fracaso de la interrogación del deseo del Otro, que al no ser interrogado, no funciona como deseo enigmático a ser respondido fantasmáticamente. Cuando, además, esta inducción significante que se ha vuelto holofrásica apunta a una función biológica, ésta puede dislocar su funcionamiento.

En el Seminario XI, Lacan compara el fenómeno psicossomático con lo que opera en el reflejo pavloviano, dando tal vez una pista que nos permitiría pensar la psicossomática como más cercana al reflejo condicionado

que a las formaciones del inconsciente. Los significantes holofraseados inducen una suerte de equivalencia entre ellos mismos y el cuerpo. Reaccionan como signos, es decir significantes que han perdido su función significativa, salvo para otro para quien siguen siendo significantes. En el reflejo pavloviano es el experimentador y en los fenómenos psicósomáticos la madre.

Al igual que en el caso de los perros de Pavlov, también en el sujeto el goce del Otro puede ser vehiculizado por una demanda que, lejos de recortar un objeto pulsional cesible, apunta a lo real del cuerpo, desencadenando una respuesta que puede ser perjudicial para el organismo.

Sin embargo, es importante señalar que no es el significativo holofrásico quien produce directamente la lesión, cosa que sería difícil de pensar, solamente tiene la capacidad incuestionable de alterar la función biológica. Por lo tanto, a los fines de pensar nuestra incidencia clínica desde el psicoanálisis, creo que es válido diferenciar un primer tiempo en el que la inducción significativa holofrásica puede alterar el ritmo y normal desempeño de una función biológica, y un segundo tiempo, en el que ese funcionamiento alterado, dislocado, puede lesionar lo real del tejido. Basta con pensar en las consecuencias que puede tener sobre el organismo, por ejemplo que la secreción gástrica –destinada a desintegrar un trozo de carne– actúe ante el solo sonido de una campana, erosionando las paredes del estómago.

Cuál será la función biológica elegida, dependerá seguramente de las modalidades del goce del Otro, sea sobre el aparato digestivo, respiratorio, la incidencia de la mirada del Otro sobre la piel, etc. Esta presencia del Otro sobre un cuerpo al que no permite funcionar solo, iniciada probablemente en un tiempo en el que el Sujeto no cuenta aún con recursos como para interrogar ese goce, hace que esa función biológica difícilmente pueda ser olvidada como para adoptar un funcionamiento autónomo.

EL IMPASSE: UNA ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Carina tenía 18 años cuando se le diagnosticó la enfermedad de Hodgkin, se trata de una linfogranulomatosis maligna, afecta a los ganglios linfáticos, al vaso y a las vísceras. Se manifiesta con una fiebre intensa, escaras en la piel y una disminución del estado general. La quimioterapia y la radioterapia pueden conducir a una curación completa. Después de seis meses de tratamiento con estas técnicas, la paciente quedó clínicamente curada.

A los 26 años, Carina me consulta presionada por su entorno. No expresa ninguna demanda, ningún pedido de ayuda, ningún sufrimiento aparente, salvo un ligero malestar ligado a un sentimiento de muerte inminente, puesto que, como dice ella, “el cáncer no se cura”. Su discurso sorprende por su pobreza afectiva y por su carencia de fantasías. Los comentarios son fríos, los razonamientos llegan a lo esencial, fuertemente adheridos a la realidad concreta. La vida de Carina no parece afectada por la falta combinada de placer y de conflicto.

Quedó muy impresionada, relata, por los efectos secundarios de la radioterapia, por la promiscuidad de la muerte en el servicio donde fue atendida, por la mirada de los otros vivida como persecutoria. Este estado de cosas la conduce a una tentativa de suicidio, antes de finalizar el tratamiento. Todos estos aspectos traumáticos de la enfermedad permanecen actuales, sin modificación después de 8 años de distancia. Al referirse a este período, la paciente se expresa de esta manera: “no es tanto la muerte que yo temo, sino la presencia insidiosa, silenciosa de una enfermedad mortal bajo una apariencia de salud”. De una manera casi transparente, Carina precisa el cuadro de la situación de impasse con la cual ella se debate.

Durante el período de las entrevistas preliminares, la paciente consulta varios especialistas debido a una bola de grasa que le apareció en la zona irradiada. Los médicos confirman el carácter benigno del quiste, para el cual no hace falta ningún tratamiento. Sin embargo, esto no calma a Carina que asegura que “solo una radiografía que entre al interior del quiste” podría aportar un diagnóstico certero. Insiste para obtener este diagnóstico, pero los médicos no aceptan. Cansada de deambular por los consultorios, me comenta: “si algún profesional, influenciado por mi presión y para darme seguridad, hubiera aceptado hacer esta radiografía, otra duda me hubiera asaltado: el médico, tomando como pretexto mi demanda, ¿no hubiera tratado de verificar sus dudas sobre el carácter maligno del quiste, sin decírmelo?”.

De esta manera, más allá de la evaluación objetiva, que la radiografía se realice o no, Carina se encuentra en una situación de permanente duda. Más precisamente, ella resume su situación actual, de esta doble manera:

O bien estoy enferma, pero no tengo la prueba.

O bien estoy sana, pero no estoy segura.

Lo que puede ser traducido bajo esta fórmula paradójica: estoy enferma, y al mismo tiempo no estoy enferma. Esta situación contradictoria, sin salida, en que se debate Carina, corresponde precisamente a la noción de impasse establecida por Sami-Ali. Dicha situación reenvía a una forma particular de razonamiento circular sin compromiso, es decir sin solución. Contrariamente al conflicto neurótico, cuya forma simple es la alternativa a o no a, la situación de impasse está estructurada por la contradicción: a o no a y ni a ni no a, lo que excluye toda solución neurótica, puesto que cierra todas las salidas.

La representación social de la enfermedad: “el cáncer no se cura”, se inscribe en una impasse psíquica, que a la luz de las entrevistas que tuve con ella, es bastante anterior a su enfermedad. En otras palabras, la enfermedad del cáncer y la angustia de muerte real que le es asociada, ha creado una situación conflictiva que hace explícito el malestar de la paciente, con respecto al cual ella no posee los medios para responder. Lo que parece característico de este caso es la relación que la paciente expresa respecto del tiempo y del espacio. La potencia de la representación mortal de la enfermedad, ocho años después, muestra que el tiempo no pasa, Carina vive en un actual intemporal. Por otro lado, la incapacidad para construir una representación subjetiva de su enfermedad, una representación que le sea propia, deriva del hecho de que ella no dispone de un espacio psíquico suficiente entre su cuerpo real lesionado y su subjetividad. Es como si ella coincidiera con su cuerpo enfermo. Se comprende entonces que si la representación social de la enfermedad se expresa con tal violencia, es porque toma el lugar de una representación imaginaria de su cuerpo que falta.

CONCLUSIÓN

Un recorrido por el pensamiento de estos dos autores: Lacan y Sami-Ali, me conduce a la siguiente conclusión: si bien entre estos dos autores hay muchas divergencias, es posible detectar algunas convergencias. En efecto, ambos afirman que en el fenómeno psicossomático la subjetividad y lo que este concepto implica, es decir el sujeto hablante, está anulada. Es la ausencia del sujeto que se revela a través del órgano enfermo. En el lugar del sujeto aparece el órgano que, no poseyendo la palabra, no habla, ya que tampoco posee la mediación del cuerpo simbólico. Es el órgano que funciona fuera del cuerpo, entendido éste como cuerpo simbólico, cuerpo del lenguaje, el órgano ubicado en el lugar del objeto a, queda separado del discurso. “El goce está fuera del cuerpo”, dice Lacan; en el fenómeno psicossomático, el órgano está impregnado de goce, y funciona fuera del cuerpo en tanto definido como desierto de goce. Es la lesión somática que concentra el goce expulsado del cuerpo.

Este funcionamiento fuera del cuerpo simbólico crea otra ausencia: la de un espacio psíquico interior que se traduce por una ausencia de distancia entre el interior y el exterior. Las representaciones del cuerpo se vuelven angustiantes, porque son tomadas al pie de la letra, tal como lo expresa Sami-Ali: “lo absolutamente subjetivo coexiste con lo absolutamente objetivo, lo cultural con lo corporal, lo estereotipado con lo inefable”. Más adelante agrega: “a fuerza de estar conforme, el sujeto desaparece en su funcionamiento” (Pensar lo somático, Pág. 34). El sujeto queda encerrado en un callejón sin salida y la única vía que le queda es lo real de su cuerpo, puerta de entrada a la que se le cierran todas las salidas.

El órgano enfermo se conduce con su propia lógica, la del silencio. Realidad muda a la que solo la técnica de la extirpación, del corte puede producir un alivio al dolor físico generado por la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

Lacan J. Le séminaire. Livre XI, Editions du Seuil, 1973 París.

Sami-Ali, Pensar lo somático, Paidós, 1994 Buenos Aires.

Fain M. Prélude à la vie fantasmatique Revue Française de Psychanalyse, n° 3-4, Puf, 1971.

Marty P. Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, Tome I . Paris, Payot, 1976.

Marty P. L'ordre psychosomatique, Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, Tome II . Paris, Payot, 1980.

de M'uzan M. Psychodynamic mechanism in psychosomatic symptom formation. Actes du IIème Congrès international de médecine psychosomatique, Amsterdam, 1973. in: sychotherapies and psychosomatic ball.

Smadja C. Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique Revue française de psychosomatique, 1998, n° 5, Puf .

En: http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=374

Volver a Bodyreaders
Volver a Newsletter 10-ex-36