

¿Qué es la psicósomática para el psicoanálisis?

M. S. FARRÉ, C. MARCET Y M. RIGO

*Pronto descubrí el habla. Otro algo dijo
¡y lo entendí! Oh la visitación del habla dulce
que un labio dice y un oído escucha.
Era en principio el verbo, y fue la luz.
Por él vi claridad, vi las estrellas,
su inescrutable signo palpitando
como otros labios sobre mi mejilla.
Grité. Y sentí un beso. Y desperté. Era el día.*

VICENTE ALEXANDRE

■ Evolución histórica del concepto de psicósomática

Al ir rastreando la definición del término psicósomática, nos hemos dado cuenta que ha sido, y puede ser que aún lo sea, fuente de confusión entre las múltiples elaboraciones de teorías y escuelas. Podemos encontrar un principio común: la relación entre la aparición del fenómeno corporal y lo emocional.

En los orígenes de la historia de la medicina se perfilan varias ideas fundamentales, que van a incidir en su misma práctica. Aparecen ya dos líneas diferentes de conceptualización.

Una de ellas, parte de la Escuela Hipocrática del cuerpo, con su concepción dinámica, humoral y espiritual y establece qué es el paciente, que en su conjunto está enfermo.

Otra corriente, representada por la Escuela Knidos, de orientación materialista y organicista, piensa que el paciente tiene una enfermedad.

Frente a esta alternancia, también nos encontramos otros conceptos que igualmente hoy en día tienen su práctica. Las ideas que tienen sus orígenes en el "Libro de Job" y en Platón: "la imposibilidad de disociar el alma de la salud del cuerpo".

En el artículo de Josep Monseny "La psicósomática, generalidades y especificidad" (2) explica tres formas de entender el concepto de lo psicósomático:

1ª. La medicina psicósomática: Intenta enfocar la medicina en su conjunto. Es decir, vuelve a introducir sus aspectos subjetivos y surge como reacción ante la científica que excluye al sujeto.

2ª. La psicósomática como ciencia autónoma: Corriente impulsada por Pierre Marty, presenta la psicósomática como una ciencia fundamental, e incluye la medicina psicósomática dentro de ella (3).

3ª. El fenómeno psicósomático: Tiene un sentido más restringido, son trastornos orgánicos cuya causalidad o evolución no responden a la lógica de las enfermedades orgánicas y tienen relación con los factores psíquicos, trastornos que no encuadrarían dentro del campo de los síntomas neuróticos.

Habría que añadir, en el momento actual, la introducción de la psicología clínica en la medicina, que trata de los problemas psíquicos, asociados a las enfermedades orgánicas. Esta concepción es solidaria con la creencia que los factores psíquicos contribuyen al equilibrio natural físico y emocional, pero a la vez diluye la diferencia entre síntoma y fenómeno.

■ Síntoma psicósomático y fenómeno psicósomático

Estas dos nociones, síntoma psicósomático y fenómeno psicósomático, presentan hoy en día bastante confusión, ya que partimos de la base de que en ambos nos encontramos con un trastorno orgánico en el cuerpo, cuya causa es psíquica. Dentro del mundo médico la diferencia se diluye y en el mundo psicoanalítico se manifiesta la gran confusión de los conceptos. Así, tanto el síntoma como el fenómeno (que en adelante llamaremos FPS) ponen de manifiesto estas dos dimensiones: por una parte el lenguaje (la psique) y por otra el goce (el organismo).

Estos dos conceptos responden para el psicoanálisis a dos realidades clínicas distintas y para poder diferenciarlas vamos a intentar clarificar entre estos dos: el cuerpo y el goce.

■ Cuerpo y goce

Para el humano, el cuerpo no coincide con su organismo. El cuerpo aparece como un esquema mental. Es algo que se construye a través del len-

guaje y precisará de un organismo vivo y de una imagen, Gestalt visual, que le dará la unidad.

El infans para poder tener una imagen de sí mismo debe recurrir, sin saberlo, al trámite simbólico. Necesita la presencia de personas a su alrededor. Éstos le nutren con palabras y significantes ya mucho antes de nacer, y es este circuito el que le permitirá construir una imagen de su cuerpo unificado.

Todos conocemos los casos de los "niños lobo". Niños, cuyo organismo ha sobrevivido, pero que en "su medio", en el bosque, fuera de las leyes sociales y el lenguaje, no han podido construirse como sujetos humanos. Niños, que han sufrido transtornos muy graves en la imagen de su cuerpo y en su personalidad.

Es, por lo tanto, necesario el mundo simbólico. Para poder llegar a la asunción de la vivencia del propio cuerpo, el sujeto-niño tiene que ser hablado por sus predecesores, formar parte del contexto familiar, de sus ideales o rechazos, de su medio social histórico, etc. Es a partir de este lugar simbólico a donde el niño llegará, rodeado de palabras, que su cuerpo tendrá un lugar en la humanidad, será nombrado e identificado con un nombre y persistirá después de su muerte en la memoria de los otros.

Será pues el lenguaje el que nos atribuirá un cuerpo y después nos lo otorgará al unificarlo.

Jacques Lacan, psiquiatra y psicoanalista francés (1901-1981), da un giro a la teoría psicoanalítica y va mucho más allá de Freud, con la ayuda multidisciplinaria de otras ciencias y de su avance teórico.

Para Lacan ese cuerpo unificado (cuerpo de la imagen), del que hablábamos anteriormente, surge como un efecto de lo simbólico (lenguaje) sobre lo real del cuerpo (organismo vivo).

Habría en el cuerpo alguna parte resistente a la simbolización, algo no afectado por el lenguaje, fuera de la simbolización, a la que Lacan llama goce, y es en relación a él donde sitúa la psicósomática.

Freud ubica el goce más allá del principio del placer, lo llama "el placer del displacer" (3). Todos conocemos cómo se puede disfrutar del dolor, por ejemplo en el sado-masochismo, y cómo en algunos pacientes sus enfermedades no remiten, pues representan la pérdida de beneficios añadidos por la enfermedad, como son: el ser escuchados y bien atendidos en un mundo marcado por el estrés y la soledad.

Pero del goce del cuerpo no podemos hablar. Sólo podemos quejarnos, hablar de nuestro cuerpo, pero no sabemos nada de él.

En los animales, el goce y el cuerpo coinciden. Su cuerpo no está atravesado por el mundo simbólico de las palabras, no tienen una representación de su cuerpo, ni pueden imaginar sus órganos a través de un esquema mental. Sin embargo, los animales domésticos, que viven en estrecho contacto con el

hombre y son hablados por ellos, a veces como si fueran verdaderos hijos, desarrollan también enfermedades psicósomáticas (recordemos que el perro que Paulov utilizó, para construir su teoría del reflejo condicionado desarrolló poco después una úlcera de estómago).

Este clivaje entre cuerpo y goce es un efecto necesario de la operación que engendra al sujeto.

El cuerpo se brinda a recibir marcas y señales inscritas en él. Algunas han simbolizado cualidades diferentes en la historia de la humanidad: los tatuajes, marcas simbólicas ya utilizadas por los pueblos primitivos en sus rituales iniciáticos, y hoy muy utilizados por los jóvenes como distintivo diferencial. Las cicatrices de guerra (orgullo de muchos militares y guerreros de la historia), marcas que identifican su pertenencia a una identidad o referencia. Y la circuncisión, marca necesaria en el cuerpo para diferenciar e identificar al pueblo judío y otra tribu africanas.

Constatamos así la necesidad del hombre de simbolizar en su cuerpo a través de señales e inscripciones las referencias a un grupo, con signos alejados de sus significados, pero que remiten a ellos.

Otras marcas del cuerpo no han pasado por el proceso de la simbolización. Son marcas de goce: úlceras, eccemas, memoria de algo que sucedió, que no es del sujeto, sino del cuerpo y que no ha sido simbolizado. Dan cuenta de un acontecimiento anterior. Una memoria de algo que sucedió, que no es del sujeto, sino del cuerpo y que no ha pasado por lo simbólico.

■ Síntoma

En medicina, los síntomas son manifestaciones perceptibles de una enfermedad subyacente. El concepto de síntoma se afirma entonces sobre una distinción entre los fenómenos (objetos que se pueden experimentar directamente) y sus causas ocultas, que no se pueden experimentar, sino que hay que inferir. Es un índice.

Para el Psicoanálisis los síntomas neuróticos son formaciones del inconsciente. Siempre constituyen una solución de compromiso entre dos deseos conflictivos. La represión que actúa como barrera del inconsciente desconocido, se hace accesible a través de las formaciones del inconsciente: los sueños, los lapsus, los actos fallidos y los síntomas neuróticos. Estos son símbolos desplazados y condensados a través de asociaciones, que como en una cadena los alejan de sus orígenes y sólo pueden ser hallados a través de la asociación libre del tratamiento psicoanalítico. El síntoma, por lo tanto, radica en el retorno de lo reprimido.

Lacan reformula los síntomas neuróticos en términos lingüísticos. Al incluir las leyes del lenguaje, traduce la condensación y el desplazamiento freudianos, en metáfora y metonimia, donde el síntoma está estructurado como un lenguaje que preexiste al sujeto, como una metáfora subjetiva.

La metáfora, palabra que condensa y traslada a otro sentido figurado, y la metonimia, que designa una cosa con el nombre de otra que le sirve de signo, forman cadenas lingüísticas, que a través de asociaciones pueden conducirnos a descifrar el síntoma, metáfora desconocida en el inicio de la cura y accesible al final de ella.

■ FPS

Aquí encontramos la primera diferencia con el FPS. Éste no hace cadena metonímica, no es metafórico, ni tiene un sentido, por lo que no se podrá interpretar y tiene que ver con el goce. Su inexplicable presencia llama al lenguaje, pero de un modo distinto que evocaría algo del orden de la marca.

En "La conferencia de Ginebra" (5), Lacan piensa en lo Psicósomático como "un escrito en el cuerpo" que requiere ser descifrado como un jeroglífico. El jeroglífico (según el diccionario Casares) "es una escritura en que no se representan las palabras con signos fonéticos o alfabéticos". "Pasatiempo que consiste en substituir una palabra o frase con signos o figuras cuyo nombre tiene más o menos analogía con lo que quiere dar a entender".

En el síntoma neurótico, los pacientes se interrogan sobre su síntoma. Si acuden al psicoanalista, sus preguntas les conducen a producir cadenas lingüísticas, relacionadas con su historia y sus mitos, con efectos positivos para su cura.

Sin embargo, los pacientes con FPS no se preguntan sobre su sufrimiento, enmarcándolo en su cuerpo, aislándolo por completo de cualquier relación con lo psicológico. Es por esto que los enfermos psicósomáticos suelen recurrir, una y otra vez, al médico, pasando de una cura a otra y buscando de forma fiel alguien que entienda sobre su cuerpo.

¿Qué podemos hacer los psicoanalistas ante un enfermo con un FPS?, ¿Cómo y de qué modo podemos introducir de nuevo el psicoanálisis dentro del mundo de la medicina?

Lo que nos encontramos es que el enfermo FPS no llega generalmente a la consulta del psicoanalista.

Descubrimos el FPS en ciertas neurosis, cuya demanda es por otros síntomas o en psicosis, en donde pueden hacer cierta función estabilizadora. Son los médicos quienes se los encuentran, enfermos que también cuestionan el saber médico, o por un de-

sencadenamiento brutal de la enfermedad, brotes rebeldes al tratamiento, demandas peculiares, sujetos con discursos especiales...y como nos decían algunos doctores: "o te haces cargo de ellos o se pierden". ¿Qué entendemos de ese: "hacerse cargo de ellos?"

Podemos decir que se encuentran con pacientes que no se preguntan ni les cuestiona su enfermedad, que toleran al médico en el lugar del que sabe y a quienes les es difícil abrir un proceso de subjetivación.

El acto de transferir al PSI, por parte del médico, presenta sus dificultades, pero también para el psicoanalista es problemático crear una transferencia con dichos sujetos, los cuales no se interrogan por su dolor, donde no hay un otro del saber. Sin embargo, la tarea conjunta con el médico a quien acude permite que el paciente pueda crear una demanda y acceder a un trabajo de desciframiento que pueda ser sintomatizado. El jeroglífico, signos, que como dice Casares han sustituido las palabras, pero tienen analogía con ellas, pueden ser reconvertidos y descifrados, crear un síntoma y con ello producir las asociaciones de cadenas lingüísticas, necesarias para la cura.

Como decía Marlet, psicoanalista del Hospital de San Pelegrin de Bourdeaux, en las primeras jornadas de Gresaïm (Grup, recerca, psicoanàlisi i medicina) (6) hay que inventar.

A raíz de esas Jornadas, del 2º Encuentro de "La Asociación de Dermatología y Psiquiatría" y de nuestro interés sobre la psicósomática, decidimos intentar hacer un trabajo de investigación sobre enfermos dermatológicos.

Nos llamó la atención la idea de Marlet que dice: En la cura de enfermos se encuentra a menudo con sujetos que han tenido un trauma que les ha dejado sin defensa. Hay un Otro que goza, un goce ilícito, al cual el FPS haría barrera. Un goce fuera de lo simbólico, pero no fuera del cuerpo. Habría una respuesta del sujeto en forma de FPS al goce perverso del Otro.

Por otra parte, los dermatólogos nos han informado de que "en ciertos enfermos dermatológicos aparecen trastornos depresivos que son somatizados por ellos en la piel."

Nuestra experiencia nos confirmaba la idea del trauma que aportaba Marlet.

Nos pusimos a trabajar y decidimos investigar "in situ" sobre casos de FPS relacionados con la piel por varios motivos.

Uno, por ser los pacientes que más se acercan a la demanda PSI. Creemos que por este motivo, los dermatólogos son profesionales de la medicina que están muy sensibilizados en este aspecto. Y tercero, la piel, lugar prioritario de la mirada de los demás y zona implicada íntimamente con la imagen del pro-

pio cuerpo, conlleva una relación intrínseca con los transtornos de personalidad.

Nuestra hipótesis: ¿Hay en el enfermo FPS algo que no se puede decir, relacionado con un hecho traumático, pero que ha dejado una marca en lo real del cuerpo? Es decir, ¿hay un hecho real que al ser traumático estará fuera del discurso de la palabra?. El hecho traumático siempre es subjetivo. Hay que investigar sobre el estatuto de ese goce fuera de lo simbólico, pero no fuera del cuerpo. Marlet nos habla de un goce del Otro, a quien el FPS habría hecho barrera.

Mediante nuestro trabajo de investigación queremos poder llegar a confirmar o denegar la hipótesis planteada y poder delimitar, si es posible, si el síntoma médico puede relacionarse con el concepto laciano de FPS.

Si hay posibilidad de trabajar el FPS en otros campos. Poder dilucidar si los enfermos de piel se diferencian en alguna cosa específica, respecto a otros FPS situados en otros órganos. Y poder hacer un intercambio con el saber médico, enriquecedor para las dos partes.

Bibliografía

- Alexandre V. "Diálogos del conocimiento". Obras Completas. Volumen II. Aguilar.
- Monseny J. Salud Mental, nº 11. Doma.
- Marty P. y cols. La investigación psicósomática. Ed. Luis Miracle. Barcelona 1967.
- Freud S. Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva.
- Lacan Intervenciones y textos II. "Conferencia de Ginebra". Ed. Manantial. Argentina 1995.
- Diversos autores. Se interpreta el FPS? I Jornadas de GRESAIM. Barcelona 1997.
- VV. AA. Medicina y psicoanálisis. II Jornadas de relación médico paciente. Edit. Cepyp. 1997.
- Luban B -Plozza y Pöldinger W. El enfermo psicósomático y el médico práctico. Ed. Roche. Basilea, Suiza.
- Foulques E. El saber de lo Real. De Groderek a Lacan. Ed. Nueva Vision. Buenos Aires 1993.
- Kaufman P. Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte freudiano. Ed. Paidós 1996.
- Gorali V. Estudios de psicósomática. Ed. Atuel-CAP. Buenos Aires 1995; 1,2,3.
- Gorali V. Psicoanálisis y medicina. Ed. Atuel-CAP.
- Lacan J. La psicosis. Seminario III. "FPS, distintos en la neurosis". "FPS, conflictos directamente inscritos sobre el cuerpo". Ed. Paidós. 1955.