
Psicosomática: Anatomía y metáfora

Jorge C. Ulnik*

Abstract

In this paper the author begins by exposing the differences in settings required for the treatments of neurotic and psychosomatic patients'. He then proposes a technical sequence in order to make psychosomatic patients' analysis possible: first, the "confession"; then, the construction; and finally, the interpretation. In this sequence, the anatomy undergoes a process by which it becomes a metaphor, and the body pain and symptoms can come into the language area and become part of a story; thus starting the process of elaboration.

Los pacientes con alteración somática llegan a nuestros consultorios – ya sea en el ámbito privado u hospitalario –, como reproduciendo el drama de un film que se llama "Los dioses deben estar locos". En él, a un norteamericano que va en una avioneta tomando una coca-cola

descartable, con envase de vidrio, se le ocurre tirar la garrafa en el medio de la selva. Ésta cae en un sitio donde vivía una tribu que no conocía la civilización, y mucho menos los envases descartables de coca-cola. Cuando cae "eso" del cielo creen que es algo que enviaron los dioses. Como no poseen significantes para manipularla y no se dan ni la menor idea de lo que puede hacerse con el recipiente, comienzan a darle distintos usos, sin ponerse de acuerdo sobre cuál es el más adecuado. Para un indígena una botella descartable de coca-cola no significa nada.

Como era la única que había, se pelean por su posesión y se generan todo tipo de problemas. Finalmente deciden arrojarla por un precipicio, pretendiendo que así vuelva a los dioses, que seguramente estaban locos.

Efectivamente, el paciente psicosomático "cae" en el consultorio del psicoanalista como un producto descartable de la medicina, y nos encuentra a nosotros, – psicoanalistas – sin la teoría y la técnica necesarias para saber qué hacer. Como consecuencia es frecuente que el paciente sea reenviado a quien lo derivó.

En algunos casos – especialmente interconsultas hospitalarias – somos

* Miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Presidente del Centro de Estudios Psicosomáticos de la Argentina. Director Médico de Psoriahue Medicina Interdisciplinaria. Santa Fe 4990 9° F - Cap.Fed. (1425). Buenos Aires. Argentina

nosotros los que aparecemos como "caídos del cielo" y nuestra intervención es desechada o no tenida en cuenta.

Entonces ocurre la siguiente paradoja: en Argentina los pacientes con patología somática son enviados al psicoanalista con inusitada frecuencia, y existen hospitales generales que reciben con los brazos abiertos a los psicoanalistas ofreciéndoles acceso a salas de internamiento de distintas especialidades con el fin de favorecer tanto el tratamiento como la investigación analítica de los pacientes.

¿Y con qué se encuentran?

Con que a las dificultades implícitas de la propia patología que sin dudarlo, es siempre difícil de tratar – se suman los "vicios" de formación que los propios analistas tenemos y que terminan configurando verdaderos prejuicios a la hora de comenzar a trabajar.

Enumeraré algunos de ellos:

1) El intento de manejarse en un campo epistemológico diferente al de la medicina es confundido con el considerar que la enfermedad somática es asunto exclusivo de los médicos clínicos. Por lo cual muchos colegas consideran lo somático como algo que no es de interés del psicoanálisis.

2) Nuestra identidad de psicoanalistas, siempre cuestionada, hace que

se nos haga aún más difícil adecuar-nos a las irregularidades del encuadre que estos pacientes nos plantean, como por ejemplo el ir a verlos a la casa o al hospital cuando peoran, estar en contacto con el clínico que los atiende, saber qué medicamentos toman, etc.

3) El paciente recurre porque tiene dolor, o porque su enfermedad no evoluciona según lo esperado, o simplemente porque lo mandan, pero siempre con el denominador común de un intenso sufrimiento. "Del otro lado" se encuentra con una respuesta silenciosa: un analista que, luego del fracaso dirá que "lo que pasa es que no había una demanda de análisis".

4) El tipo de fenómenos clínicos que estos pacientes presentan, hace que frente al peso del discurso médico y de la anatomía, se nos haga muy difícil descentrar la escucha, pensar que hay un contenido latente. Cuando un paciente nos dice que tiene una otitis perforada, escuchamos "otitis perforada". Nos cuesta pensar que eso lo podemos "equivocar" o interpretar de alguna otra manera, porque nos parece una falta de sentido común frente a un fenómeno "real".

5) El campo de la medicina es, entre otras cosas, el campo del poder sobre el semejante. Cuando este poder queda cuestionado por la enfermedad que no se cura, puede ocurrir que el médico nos pida ayuda.

Si bien lo más usual es que sea poco lo que podamos hacer, a veces obtenemos resultados que, como se evidencian en el cuerpo (los analistas

no estamos acostumbrados a las evidencias tangibles) nos parecen espectaculares. La consecuencia es pensar: "Yo puedo hacer con este paciente lo que los médicos no pueden; tengo más poder que ellos". Este es uno de los efectos adversos más dañinos, dado que genera la creencia en la interpretación como un saber absoluto que puede conducir a un dominio o adoctrinamiento del paciente.

Otro riesgo es justamente lo contrario: tratar de disimular ese vacío de poder, brindando un supuesto "confort" al paciente – la famosa psicoterapia de apoyo – para que todo siga como está, sin poner en evidencia que el cuerpo teórico de la medicina no contempla al sujeto psíquico, sino por el contrario, tratando de sostener al médico y su institución como una garantía de la verdad y poseedor de un saber omnipotente.

Este tipo de actitud lleva a encontrar "inanalizables" a casi todos los pacientes y atribuye a la interpretación un efecto potencial terrible y nocivo cuando se trata del empeoramiento del paciente y una inocuidad absoluta cuando se trata de su mejoría¹.

6) Pensar que el síntoma somático es histérico cuando no hay lesión, llamarlo somatización cuando se trata de un trastorno funcional y enfermedad psicosomática cuando se

evidencian lesiones orgánicas, es la consecuencia de pensar la clínica psicosomática dentro del campo epistemológico de la medicina y no del psicoanálisis, ya que según las definiciones anteriores, el diagnóstico diferencial se fundamenta en evidencias que se obtienen mediante exámenes médicos y no por la experiencia psicoanalítica. Si en cambio la diferencia entre una categoría y otra se establece por la "capacidad de simbolización" implícita en la formación del síntoma, es menester aclarar perfectamente qué se entiende por simbolizar, dado que las diferentes corrientes en medicina psicosomática no utilizan el mismo criterio acerca de lo que significa "simbolizar".

En efecto, el concepto del símbolo para Liberman⁽¹⁵⁾, Marty⁽¹⁷⁾ o McDougall⁽¹⁸⁾ es diferente al que utiliza Chiozza⁽¹⁾, y todos ellos no tienen nada que ver con el registro de "lo simbólico" en Lacan⁽¹²⁾.

Mientras tanto, en la clínica, lo que se puede observar es que cuanto más desprejuiciadamente nos acercamos a los pacientes, más posibilidades tenemos de observar fenómenos que nos sorprenden y nos hacen abandonar creencias establecidas a priori, que resultan el fundamento de nosografías superfluas.

Citaré un caso a modo de ejemplo:

Una señora con una otitis crónica y perforada que era de origen polaco y había vivido la guerra mundial, no hablaba nunca de sus tristes experiencias en la guerra. Había hecho varios

¹ Hecho ya señalado por Freud en sus "*Leciones introductorias*" cuando se refería a los prejuicios contra el psicoanálisis⁽⁸⁾

tratamientos por su otitis, llegando incluso a operarse pero sin resultados.

Un día se desata la guerra de las Malvinas (conocidas en Europa como "Falkland Islands"). La paciente había llegado a la sesión y afuera, en la calle, estaba todo el mundo convulsionado. En el consultorio no había paciente que no hablara de eso, y sin embargo, ella se puso a hablar de cualquier otra cosa.

Entonces el analista hizo una intervención muy original, diciéndole: – "Quiero informarle que estamos en guerra con Gran Bretaña". Lo cual era efectivamente lo que esta paciente vivió cuando estaba en Europa, mientras sufría la persecución nazi.

La paciente se conmovió profundamente y por primera vez, después de largo tiempo de análisis, comenzó a hablar del tema. Relató entonces que tuvo que pasar mucho tiempo encerrada en un sótano para que no la descubrieran y que la única manera de comunicarse con el mundo (había muchas familias en la misma situación, en casas vecinas – era la época de Anna Frank –) era perforando la pared de las habitaciones y hablando y escuchándose a través de los agujeritos.

Como puede verse, aquí hay una relación difícil de poner en duda entre estos episodios de su historia y su otitis, que dicho sea de paso curó "espontáneamente" después de elaborar ese tema.

Dadas las consideraciones anteriores, y teniendo en cuenta que ejemplos como este son frecuentes, debemos intentar encontrar cuál es

nuestro lugar en este campo y desarrollar conceptos que no nos conduzcan a "descartar" estos pacientes del psicoanálisis.

Una buena manera de empezar es a través de formular preguntas y esbozar respuestas

¿Por qué somos llamados?

¿Por qué los médicos envían un paciente con patología somática a que lo vea un psicoanalista?

En principio, los médicos nos llaman porque el aumento de la tecnología y el dominio que la medicina ha logrado sobre el cuerpo de los enfermos, pone más en el tapete el malestar, el sufrimiento, el sujeto que habla. Como este "sujeto que habla" pone un límite al poder médico, lo que este va a esperar de nosotros es un añadido de poder⁽²⁰⁾: que intervinamos con una técnica, o que lo dotemos al médico de una técnica que complete el poder faltante.

Pero frente a esta demanda de un añadido de poder, nuestra propuesta será completamente distinta: no vamos a proponer un aumento del saber, sino al contrario, un aumento de la ignorancia⁽²⁰⁾. Pero no de la ignorancia del que no sabe nada sino de la ignorancia de aquel que para poder decir algo tiene que escuchar antes.

Y esto tiene que ver con lo mencionado acerca de la "demanda de análisis". A mi entender, la demanda de análisis hay que facilitarla, y para

eso dependemos de las entrevistas preliminares. Es verdad – como afirman muchos – que estos pacientes muchas veces no hablan. Pero no se trata de un fenómeno de represión, sino como dice Green de "supresión del afecto"⁽¹³⁾. Por lo tanto en un primer momento, más que levantar represiones o interpretar defensas, a estos pacientes hay que ayudarlos a confesar sus secretos, a hablar de aquellas cosas que no han podido hablar jamás con nadie.

En "*El hombre de las ratas*" hay un diálogo entre el paciente y Freud que me parece paradigmático de como se puede ayudar a hablar al psicossomático que – que sin duda cuando dice: "A mi no me pasa nada, lo mío es físico", nos está ocultando algo.

El diálogo es el siguiente: "El hombre de las ratas" está por relatar la tortura de las ratas y de pronto le pide a Freud que lo dispense de los detalles.

Freud le contesta que él no tiene ninguna inclinación por la crueldad, que no le gustaría martirizarlo, y le dice que si no cuenta todo es por resistencias.

Sin embargo es el mismo Freud quien, para ayudarlo a seguir le sugiere representaciones, hasta que el paciente por sí mismo comienza a relatar el tormento, y en medio de una gran conmoción afectiva, Freud debe agregar la palabra final "en el ano" para completar el relato definitivo⁽⁵⁾.

Cuando mediante una posición más activa, logramos que el paciente nos diga sus secretos, a veces nos sentimos mal, como si estuviéramos

martirizándolo con nuestras preguntas. Seguramente eso fue lo que llevó a Freud a explicarle al "hombre de las ratas", que él no tenía ninguna inclinación por la crueldad.

Esta es una de nuestras garantías éticas: G.Raimbault⁽²⁰⁾, propone (en el análisis de niños con patología somática grave) que el desagrado que necesariamente tiene que sentir el pediatra cuando hace una maniobra, es uno de los motivos por los cuales ese niño no devendrá psicótico más tarde, ya que no es objeto de una tortura perversa sino de algo que se hace por su bien. Del mismo modo, que a veces nos sentimos mal porque hacemos hablar al paciente de algo que lo hace sufrir, no es más que la consecuencia de que más que evitar el dolor, nuestra función es tratar de que el dolor no transcurra en vano. Por otra parte, como sabemos, cuando invocamos a los espíritus del Averno, no los despediremos sin haberlos interrogado⁽⁶⁾.

Freud le daba un lugar importante a la confesión. Ya en 1895 destaca que no debemos conformarnos con lo que el enfermo quiere revelarnos: "Si los especialistas en sífilis dependieran todavía de la declaración del paciente para reconducir al contagio sexual una infección inicial de los genitales, podrían atribuir a un enfriamiento un número grandísimo de chancros en individuos supuestamente vírgenes, y los ginecólogos no hallarían difícil confirmar el milagro de la partenogénesis en sus clientes solteras"⁽⁴⁾ (p. 129).

Recordemos que cuando se trata

de cosas que se han vuelto patógenas por su afán de ocultarse, no es lícito esperar que los enfermos las exhiban a su médico, y tampoco lo es amilarnarse ante el primer "no" que se opone a la búsqueda⁽³⁾.

En "*Pegan a un niño*" aprendemos como es a partir de la confesión de las fases conscientes de la fantasía "pegan a un niño" que Freud puede construir la fantasía masoquista de ser azotado⁽⁹⁾.

Por otra parte la confesión obra produciendo una legitimación: el sólo hecho de que el analista la pueda oír le hace sentir al paciente que lo que a él le pasa o lo que sucede en su hogar, si puede ser escuchado es porque - como dice la gente - "pasa en las mejores familias".

No se sentirá un delincuente porque el analista no está para juzgarlo y no verá en éste a un sacerdote porque aunque la sola confesión genera una fantasía de absolución, el analista usará la confesión para reconstruir un pedazo de historia y elaborar una construcción.

La construcción - dice Freud - es una labor preliminar que consiste en armar, a partir de fragmentos, una historia⁽¹⁰⁾.

Los pacientes con trastornos somáticos no nos cuentan su historia, nos cuentan sus enfermedades.

A veces, la gravedad de la situación hace que nuestra búsqueda de historia no parezca pertinente. Sin embargo, en los momentos en los que ronda la muerte, nunca como entonces, se juega la verdad de cada sujeto. La muerte inminente o aún fantasea-

da, presiona definiciones: viejas deudas que deben ser resueltas, demandas insatisfechas, declaraciones de odio y de amor... en fin, temas que aparecen imperiosamente, justamente porque el paciente siente que se puede morir.

El tema a hablar no es necesariamente la muerte, no nos olvidemos que cuando al condenado se le dice: "Expresa su última voluntad", no contesta: "No morir".

Además, aunque creamos estar hablando de la muerte, nunca estamos hablando de ella. He ahí un verdadero límite a la interpretación.

Si el paciente finalmente habla, comenzará a distanciarse de su lesión. Para lograrlo es importante conocer el contexto histórico de la aparición de la lesión y solicitarle que explique su enfermedad con sus propias palabras. De este modo surgirá en el paciente una construcción, que nos será de mucha utilidad.

En "*La eficacia simbólica*" Levy-Strauss nos da una clave del lugar que ocupa la construcción psicoanalítica en el tratamiento de pacientes somáticos⁽¹⁴⁾. Allí explica cómo frente a un enfermo, el canto de un shamán constituye una "manipulación psicológica" del órgano lesionado. El shamán crea un mito en el que los dolores son personificados y pasan a formar parte de un sistema coherente, homólogo al del cuerpo del paciente, con la intención de volver pensable una situación de enfermedad que siempre se presenta como un elemento incoherente y arbitrario, ajeno al sistema significante⁽¹⁴⁾.

La creación de una construcción armada con palabras, homóloga al proceso patológico que el paciente está sufriendo, permitiría algún tipo de influencia debida quizás al "pasaje de nivel" que implicaría el procesamiento en el campo de lo simbólico de aquello que se manifestaba sólo en el campo del goce.

Esta "metodología" la podemos ver en la vida cotidiana cuando se recurre a una personificación de los órganos genitales en el momento del acto sexual: basta que empiecen a aparecer dificultades, que los órganos no respondan como cada uno espera, para que "nominando" a los genitales y atribuyéndoles pereza, cansancio, bronca, entusiasmo, etc. se desarrolle una escena llena de personajes con la expectativa de hacer ingresar al órgano que no responde a la voluntad, dentro de una cadena de sentido. Pero no un sentido absoluto como si se tratara de un saber sobre los órganos, sino un sentido abierto a la significación.

En efecto, en estas "escenas de alcoba", siempre hay un medio decir, un terreno de insinuaciones, nunca se dice nada que no pueda conducir a una significación distinta.

Ahora bien, dado que nosotros no somos shamanes sino psicoanalistas, no hacemos construcciones para comunicarlas al paciente como un saber revelador. Más bien "...como regla posponemos el comunicar una construcción, dar un esclarecimiento, hasta que el paciente mismo se haya aproximado tanto a éste que sólo le reste un paso, aunque este paso sea la síntesis definitiva"⁽¹⁰⁾.

Lo que ocurre es que el paciente somático suele presentar intensas resistencias a aproximarse a su verdad, debidas a lo que Freud llamó "necesidad de estar enfermo o de padecer"⁽¹¹⁾ como consecuencia de una resistencia del superyo. "El individuo no debe sanar, sino permanecer enfermo, pues no merece nada mejor. Es cierto que esta resistencia no perturba nuestro trabajo intelectual, pero sí lo vuelve ineficaz, y aún suele consentir que nosotros cancelemos una forma del padecer neurótico pero está pronta a sustituirla enseguida por otra; llegado el caso, por una enfermedad somática"⁽¹¹⁾ (p.180)".

Por ello se hace necesario hasta ese sugestivo poder absolutorio que posee la confesión previa a la construcción.

Aún así nuestra tarea en estos casos se parece más a la del arqueólogo que la tarea que realizamos con los neuróticos, dado que mientras en estos últimos "todo lo esencial se ha conservado"⁽¹¹⁾, en la enfermedad somática "grandes e importantes fragmentos quizás se hayan perdido irremediablemente"⁽¹¹⁾ tanto más cuanto más avanzada está la enfermedad.

De allí la importancia de la construcción que, en un paciente que ha logrado una suerte de nominación e identidad a través del discurso médico, deberá intentar "equivocar" dicho discurso transformando la anatomía en metáfora, utilizando esas expresiones en las que el lenguaje es tan rico, para hablar de las sensaciones⁽⁷⁾.

Este modo de lenguaje se puede conceptualizar metapsicológicamente siguiendo el rumbo del "*Proyecto de psicología para neurólogos*" (conceptos de juicio primario y pensamiento judicativo), la epicrisis del historial de Isabel de R., y "*Lo Inconsciente*" (concepto de lenguaje de órgano) ^(2,3,7).

El riesgo de que de nuestra construcción devenga un exceso de sentido cuyo fin resulte una influencia arbitraria sobre el paciente, a mi entender queda salvado por un hecho destacado por el mismo Freud: "...para que una construcción logre descaminar a un paciente por medio de la sugestión el analista tendría que no haber concedido la palabra al paciente" ⁽¹¹⁾.

Por otra parte, mientras que para el arqueólogo la construcción es su meta final, para el analista, como decíamos, es una labor preliminar.

En una obra de F. de Quevedo llamada "*La hora de todos*" (citada por Miller para desarrollar este tema ⁽¹⁹⁾), los dioses del Olimpo citan a la diosa Fortuna y le critican sus locuras. Su

hija, la Ocasión, afirma "Soy Sansona femenina porque tengo fuerza en el cabello. Quien sabe asirse a mis crines sabe defenderse de los corcoveos de mi ama". Es decir que "el que toma la Ocasión no está tan a merced a la Fortuna". Pero ocurre que la Ocasión está representada pelada por atrás, con el pelo todo por delante. Efectivamente, la fortuna parece muy caprichosa para satisfacernos.

Esto quiere decir que a la Ocasión hay que aprovecharla por delante, de frente en el momento en que se nos aparece y no correrla por detrás, porque si se persigue la Ocasión por detrás, como por atrás es pelada, nunca la vamos a poder coger.

Entonces, la secuencia¹ sería: primero lograr la confesión, porque en ella se producirá una primera catarsis en el verdadero sentido de la palabra catarsis, que implica cierta "purificación" del material⁽¹⁶⁾, obtenida gracias a la liberación de un afecto cuya supresión – lograda o no – impedía la elaboración de un importante caudal de asociaciones.

Una vez obtenida la confesión, haremos una construcción que no tenemos que verbalizar y que estaremos siempre dispuestos a modificar sobre la marcha, pero que – en tanto constituirá un trozo de la historia perdida – nos servirá para poder aprovechar la ocasión, al vuelo, en el momento en que se nos presente de frente, para poder hacer la interpretación².

De lo contrario, esperando de un modo menos activo que entre un dolor y otro aparezca en el relato algún indicio, quedaremos a merced

¹ De más está decir que esta secuencia es apenas un ordenamiento posible de nuestro quehacer y no pretende fijar parámetros inamovibles. En todo caso, si algo tiene de matemática, es que – como en la suma – el orden de los elementos no altera el producto.

² Interpretación entendida como el retorno en el analista de aquello dicho inconscientemente por el analizado, y que a veces se logra con una simple puntuación en la historia confesada.

de la Fortuna, cosa no muy prometedora para un psicoanalista que ya bastante tiene que vérselas con el inconsciente que, oh casualidad! también fue representado por Freud como un caballo que casi siempre quiere manejar a su jinete⁽⁸⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chiozza L. *"Trama y Figura del enfermar y el psicoanalizar"*. Cap I 9: El Problema de la simbolización en la enfermedad somática: Los conceptos de Freud sobre la Histeria. pag 294-300., Ed. Paidós, 1980.
2. Freud S [1950-(1855)]. *"Proyecto de Psicología"*. En Obras Completas T. I. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1980.
3. Freud S (1893-1895). *"Estudios sobre la histeria"*. En Obras Completas T. II Ed. Amorrortu. Bs. As. 1980.
4. Freud S (1895). *"A propósito de las críticas a la neurosis de angustia"*. En Obras Completas T. III Ed. Amorrortu. Bs. As. 1980.
5. Freud S (1909). *"A propósito de un caso de neurorisis obsesiva"*. En Obras Completas T. X. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1980.
6. Freud S [1915 (1914)]. *"Puntualizaciones sobre el amor de transferencia"*. En Obras Completas T. XII Ed. Amorrortu. Bs. As. 1980.
7. Freud S (1915). *"Lo Inconsciente"*. En Obras Completas T. XIV Ed. Amorrortu. Bs. As. 1980.
8. Freud S (1916-1917). *"Conferencias de introducción al psicoanálisis"*. En Obras Completas T. XVI Ed. Amorrortu. Bs. As. 1980.
9. Freud S (1919). *"Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales"*. En Obras Completas T. XVI Ed. Amorrortu. Bs. As. 1980.
10. Freud S (1937). *"Construcciones en el análisis"*. En Obras Completas T. XXIII Ed. Amorrortu. Bs. As. 1980.
11. Freud S [1940(1938)]. *"Esquema del psicoanálisis"*. En Obras Completas T. XXIII Ed. Amorrortu. Bs. As. 1980.
12. Lacan J (1955-1956). *Seminario III "La Psicosis"* Ed. Paidós. 1985.
13. Green A (1973). *"La concepción psicoanalista del afecto"*. Ed. Siglo XX Bs. As. 1975.
14. Levy-Strauss C (1958). *"La eficacia simbólica"*. En Antropología estructural. Ed. Eudeba Bs. As.
15. Liberman D (1980). *"Del Cuerpo al símbolo"*. Editorial Kargieman. Bs. As., 1982.
16. Martínez LE. Comentario sobre el valor de la catarsis como purificación hecho en el seminario *"De Freud a Lacan"*. Instituto de Psicoanálisis: Agosto 1990.
17. Marty P. *"Psicosomática del adulto"*. Ed. Amorrortu 1992.
18. Mc Dougall J. *"Teatros del cuerpo"*. Ed. Julián Yebenes. Madrid 1991.
19. Miller JA. *"Acerca de las interpretaciones"*. Revista Escansión Nro I, 1984.
20. Raimbault G. *"El psicoanálisis y las fronteras de la medicina"*. Ed. Ariel Barcelona, 1985.
21. Ulnik J. *"Los límites de la interpretación en psicosomática"*. En La Interpretación. Ed. estilos Bs. As. 1989.