

Es común encontrar en la literatura psicoanalítica la tendencia a considerar los fenómenos psicosomáticos (FPS) como síntomas en el sentido clásico del término, de la misma manera que hablamos de síntomas fóbicos, obsesivos o histéricos. La adjetivación del síntoma se hace en referencia a su frecuencia de aparición en la estructura correspondiente. Aquí debemos hacer la aclaración de que no existe una estructura psicosomática. En otras palabras no existe un discurso psicosomático. El FPS no tiene una estructura de lenguaje y por lo tanto no es metafórico, no siendo una producción del inconsciente. Estrictamente hablando no podríamos hablar de síntoma psicosomático aunque muchas veces lo hacemos por un reduccionismo operativo.

El FPS a diferencia de los síntomas con que trabajamos habitualmente, hiere al cuerpo produciendo una lesión orgánica determinando alteraciones comprobables tanto anatómicas como funcionales. De ellas se encarga tradicionalmente la medicina a través de su clínica de la mirada.

Sin embargo los psicoanalistas u otros profesionales de la salud mental ensayan a veces, interpretaciones de dichos fenómenos como si de verdaderos síntomas se tratara. El asma es la asfixia producida por la madre, las dificultades en la deglución, vómitos o gastritis significan algo que no se puede tragar y que no tiene precisamente relación con los alimentos.

Incluso los pacientes cuando hablan de algún padecimiento orgánico tienden a veces a ensayar una interpretación analítica de los mismos. Una paciente en un momento de su análisis me comunica que le descubrieron un cáncer de cuello uterino. Ya venía con su interpretación sintomática: era producto de su dolor ante la infidelidad de su esposo. El sujeto siempre está sediento de significados y en estos casos estamos ante los intentos del

sujeto de hacer algo con goces no fálicos o Goces del Otro que irrumpen en algún momento.

El síntoma en el sentido analítico del término tiene estructura de lenguaje y es por lo tanto una producción del inconsciente donde está comprometido el sujeto. En este sentido Lacan es muy preciso en su definición cuando establece en la clase X del Seminario 11 que “El inconsciente es la suma de los efectos de la palabra sobre un sujeto, en el nivel en que el sujeto se constituye por los efectos del significante –por lo que recordé inicialmente- no designamos el sustrato viviente necesario para el fenómeno subjetivo, ni ninguna especie de sustancia (...) sino el sujeto cartesiano...”. En suma el sujeto no es el organismo. Esto lo debemos tener claro pues el FPS, se manifiesta justamente ahí, en el real orgánico por fuera del registro simbólico, no existiendo registro psíquico del mismo.

Una paciente con una tiroiditis autoinmune no sabía muy bien donde estaba situada su tiroides y menos aún cuales eran las funciones que dicho órgano cumple en el concierto metabólico. El registro de nuestro organismo es totalmente imaginario. Tenemos una idea general de los grandes órganos componen nuestro cuerpo en su sentido orgánico pero poco y nada sabemos de las funciones finas de los mismos. ¿Qué podemos decir de nuestro músculo de Brücke o de los ganglios nerviosos situados en la pared muscular intestinal?

El registro imaginario de nuestro organismo es lo que habitualmente llamamos nuestro cuerpo y se conforma en el estadio del espejo estando del lado del narcisismo. Este cuerpo es la sede de los llamados síntomas con los cuales habitualmente trabajamos. Este cuerpo será el que expresa los síntomas histéricos. Es el cuerpo que habla, el cuerpo fálico tomado por el lenguaje. Expresa pero no es lesionado.

Los FPS por el contrario hieren el cuerpo en lo real, produciendo lesiones que son objetivables, signos comprobados y con los que trabajan los médicos. Como lo expresa Lacan, están del lado de lo más animal que tenemos, están del lado del autoerotismo. No ha actuado lo fálico regulando el goce de órgano, habiendo entonces allí una ausencia de significantes o tal vez mejor decirlos de significantes que representen al sujeto ante otro significante. Sin embargo Lacan dirá según mi lectura, que esta falta de significantes es justamente la relación de los FPS con el lenguaje. Es justamente la no acción de la metáfora paterna, que actuando como forclusión parcial deja una parte del cuerpo, un órgano, librado a su propio goce pervirtiendo su función normal. El mecanismo propuesto por Lacan será el de la holofrase, gelificación o pegoteo significativo (S1S2) donde no se produce la afanisis del sujeto, quedando ahí a ser gozado por el Goce del Otro. Por eso los FPS son vistos como fenómenos más del lado de la psicosis o de la debilidad mental. La ausencia de pérdida de goce impide la búsqueda de objetos exteriores no estableciéndose el derrotero normal de la pulsión. Algunos autores hablan de los FPS como enfermedades del objeto a. Dado que dichos fenómenos enferman un órgano o sistema corporal en un momento de la vida del sujeto con una historia previa de funcionamiento normal de los mismos, podríamos pensar justamente que es la introducción o invasión de objetos a lo que produce la lesión. Dos objetos a son los privilegiados para esto: la voz y la mirada.

En mi experiencia he podido notar que aquellos pacientes que sufren una enfermedad de las llamadas psicósomáticas, en especial las autoinmunes, tienen una relación especial que llamaría excesiva con el otro, en especial en lo relativo a su mirada y su voz que podemos resumir en “el que dirán”. Y esta dependencia se manifiesta siempre en miedo al otro el cual reviste algo de lo insoportable. Tal vez por algo de esto, Miller hablará del FPS como un intento de esquivar al Otro del Lenguaje pero no al Otro del Cuerpo, poniendo el sujeto su

propio organismo en esta acción. Este cuerpo quedaría marcado como por un sello en su propia carnalidad. Esta marca tendría que ver con el rasgo unario, un S1 que no remite a otro significante S2 y que quedaría pegado o unido al objeto a intrusivo (S1a).

Lo arriba expresado tiene como fin iluminar alguna respuesta a una pregunta:

¿Cómo trabajar con pacientes que adolecen de un FPS?

Diversos autores han expresado de la gran dificultad que existe de trabajar desde la clínica psicoanalítica, con pacientes que presentan este tipo de fenómenos, muchas veces sin resultados claros o inciertos. En ellos se nos hace evidente aquello que el trabajo del analista está en lo imposible a soportar. Trabajar en el sentido de la holofrase implicaría su desarticulación, es decir la separación de significantes que permitan la afanisis del sujeto. De todas maneras primero tenemos que encontrarla lo que quiere decir escucharla. Por otro lado si pensamos en objetos a intrusivos (S1a) implicaría extraer esos objetos para habilitar algo del orden de lo narcisístico y el correcto derrotero de la pulsión. Tal vez un camino es comenzar justamente por lo que el paciente nos trae, en tanto trata de sintomatizar algo buscando significados a su padecer.

Eduardo López de León.

Si desea enviar un comentario sobre el texto al autor, puede dirigirlo a [eldeleo@internet.com.uy](mailto:eldeleo@internet.com.uy)