

El fenómeno psicossomático en la clínica psicoanalítica

Facundo Schink

¿Qué es lo psicossomático?

Cuando nos referimos al fenómeno psicossomático no nos referimos a una enfermedad o a un grupo de enfermedades. No hay enfermedades que sean psicossomáticas y otras que no lo sean. Las enfermedades usualmente se consideran psicossomáticas porque la medicina no encontró la etiología o el tratamiento adecuado, más que por los factores psíquicos que se encuentran relacionados con éstas.

Existe un consenso implícito que se origina en la Escuela de Chicago (1948), y que de algún modo persiste, que describe las enfermedades psicossomáticas y busca en ellas conflictos específicos. Considera la psicossomática, en primer lugar, como aquella enfermedad donde la medicina no ha podido demostrar una etiología orgánica o una terapéutica eficaz; en segundo lugar, bajo un criterio fenomenológico o psicogenético: Psicossomáticas son aquellas enfermedades en las cuales es evidente una causa psíquica o en las que ciertas manifestaciones mórbidas se producen como consecuencia del estrés de una forma evidente.

No obstante, sería un error para el psicoanalista considerar como “psicossomática” una entidad por el hecho de no haber encontrado causa orgánica que la explique, como también es un error considerar

que las afecciones que la medicina rechaza en tanto entidades clínicas mal definidas, son inmediatamente aceptables en el campo del psicoanálisis.

El término psicósomática o somatización no forma parte del vocabulario freudiano, pero aunque Freud no se haya ocupado especialmente de la psicósomática, introduce la temática cuando plantea la necesidad de distinguir la neurastenia y la neurosis de angustia de aquellas otras neurosis cuyo origen se encuentra en los cimientos infantiles y presentan un carácter simbólico de los síntomas.

Es decir, Freud marca una delimitación clara entre las denominadas neurosis actuales (neurastenia y neurosis de angustia) y las psiconeurosis (histeria, fobia y neurosis obsesiva), pues los síntomas de las primeras no tienen su origen en el pasado, en los conflictos infantiles edípicos, ni constituyen una expresión simbólica. Los síntomas actuales tienen su origen en el presente; son de índole somática y no están vinculados a representaciones mentales ligadas a afectos (no constituyen una expresión simbólica del conflicto). El término “actuales”, también significa, en este caso, la falta de una mediación psíquica en donde prevalece el acto. La etiología es somática, o sea que la fuente de excitación y el factor desencadenante del trastorno se encuentra en la esfera somática.

Abordaje de lo psicósomático desde la teoría de Lacan

La enseñanza de Lacan ha permitido delimitar el campo clínico de los fenómenos psicósomáticos. Al denominarlos “fenómenos” permite subrayar su carácter “transestructural”, es decir, que es posible encontrarlos en distintas “estructuras clínicas”

Al igual que el síntoma conversivo, los fenómenos psicósomáticos involucran al cuerpo de un modo específico, ya que se manifiesta corporalmente. ¿Qué los diferencia?

En el caso del síntoma conversivo, el organismo permanece intacto, sin lesiones. El síntoma está en relación con la “retórica del inconsciente”, que implica, según la conocida fórmula freudiana,

que el síntoma histérico se constituye por una soldadura entre cuerpo y sentido. Es interpretable.

En contraste, el fenómeno psicossomático involucra la aparición (o no) de lesiones físicas que no remitirían a nada en la historia del sujeto. No habría metáfora y no podría ser abordado mediante una interpretación (como sucedería en la conversión histérica).

Lacan relaciona el fenómeno psicossomático con la holofrase, en tanto frase tomada como una unidad. Ya no se trata de la estructura del significante sino de un signo.

La estructura simbólica está ordenada por el significante del Nombre del Padre. Este ordenamiento permite pensar la estructura relacionada a una cadena significativa compuesta por el significante uno, dos, tres, S1, S2, S3... (Hasta el infinito).

La holofrase supone un borramiento del intervalo entre S1 y S2, no permitiendo la barradura del sujeto y por ende no dando lugar a las formaciones del inconsciente. Tampoco sería posible interrogar el deseo del Otro y, en consecuencia, dar una respuesta fantasmática. No sería posible la afánisis del sujeto. En la cadena significativa holofraseada no hay intervalo entre significantes ya que estos están petrificados, no hay hiancia a partir de la cual pueda ponerse en juego la falta fundante de la cadena que se repite y que posibilita la aparición del sujeto en el intervalo.

El significante del Nombre del Padre es lo que posibilita la transmisión de la ley que ordena el mundo simbólico de un sujeto. Es el significante que posibilita la metáfora paterna, que metaforiza el deseo del Otro encarnado en la madre y produce una nueva significación: la significación fálica.

Szapiro, L. (2011) dirá que en los pacientes que poseen una afección psicossomática se encuentra una modalidad especial del “fracaso de la escritura del Nombre del Padre” que propicia la ausencia del tope para la inscripción de un goce que por momentos aparece como no acotado. Este fracaso de la escritura del Nombre del Padre tiene como consecuencia cierto predominio del registro imaginario en su realidad psíquica y en algunos aspectos podemos constatar labilidad en la elaboración simbólica.

Por lo tanto, en situaciones donde la operación del Nombre del Padre pudiera verse dificultada, por ejemplo ante la pérdida de un individuo cercano, podría surgir la afección psicósomática.

Viñeta clínica

Cuando Josefina, de 43 años, fue derivada a consulta psicológica, se encontraba realizando su quimioterapia y se preparaba para su mastectomía.

En su primera entrevista dirá: *“Mi médico me recomendó iniciar terapia, dado que por mi enfermedad, voy a tener muchos cambios corporales y él considera que podría llegar a deprimirme”*. Con el pasar de las entrevistas la paciente irá perdiendo el cabello, su médico oncólogo le habría sugerido iniciar un tratamiento psicológico para que pudiera elaborar las secuelas físicas de su operación quirúrgica, la cual podría llevar a que se le extirpe parte o la totalidad de uno de sus senos.

Al consultarle qué conocimientos posee sobre su cáncer de mama, brinda su diagnóstico, tratamiento y las expectativas que posee, siendo estos significantes aprendidos del discurso médico.

Se le pregunta acerca de las teorías que tiene sobre el origen de su enfermedad: *“Quizás pueda deberse a mi mamá. Inició meses después de la muerte de ella, aún no he podido hacer el duelo, dado que no la sé llorar. Mi madre siempre me empobreció comparándome con mi hermana, ella era la linda y yo la pobrecita, la que jamás podría cuidarse sola”*.

En los siguientes encuentros, vuelve a dar más detalles de la relación con su madre: *“mi mamá estaba en todo, nunca pude decidir lo que yo quería, siempre estaba presente (...) incluso me despojó de mi identidad, mi nombre era en realidad para un varón, no me quería tener a mí, para ellos siempre debí ser José (...) Mi mamá ni siquiera me dio el pecho, quizás por ello es que siento hambre de madre”*. Josefina confiesa que cuando buscaban el embarazo, espe-

rabán tener un hijo varón. Interrogando la relación con su padre menciona: “*a mi papá le daba todo igual, creo que era para no pelear con ella (su madre), entonces la dejaba tomar todas las decisiones*”.

La paciente no presenta déficit en el eje simbólico, pero tiene dificultades para poder elaborar el duelo de su madre, ya que no habría podido inscribir del todo satisfactoriamente la ausencia de la figura materna. Por tanto, enferma físicamente: la presencia de la enfermedad en su cuerpo le ha ahorrado el sufrimiento psíquico. Si bien menciona que siente que su madre no la ha querido, la habrá sentido muy presente en su vida. Podría decirse que la presencia de la figura materna es, inclusive, aún mayor después de muerta.

Se acuerda un corte, dado que se aproximaba su intervención quirúrgica.

Luego de la mastectomía, el humor de Josefina cambió. Se le pregunta si es por el tratamiento (que fue favorable), y menciona: “*Sí, pero más allá de eso, estoy experimentando una libertad que nunca he tenido, decidí mudarme a un nuevo departamento y dejar algunas cosas atrás*”.

El duelo en psicossomática

En “Duelo y Melancolía” Freud define al duelo como: “La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917 [1915], p. 241).

Freud (1917 [1915]) afirma que el duelo es un trabajo que consiste en quitar, de a poco, la libido enlazada a ese objeto y se pregunta por qué este proceso es tan doloroso. También sostiene que este trabajo opera cuando el examen de realidad muestra que el objeto amado ya no existe más y que a esto se opone una renuncia por parte del sujeto que duela, ya que le cuesta abandonar sus objetos.

“Decir que el duelo es un trabajo, refiere a que duelar requiere un proceso a lo largo del tiempo, y es un proceso que requiere esfuerzo

para su elaboración. El duelo no es agradable sino un proceso sufrido”. (Ulnik, 2002, p. 2)

Nasio (1998, p. 31) diferenciará el dolor corporal, causado por una herida, del dolor psíquico. En el primero la causa se localiza en una lesión tisular en la carne, mientras que en el segundo hay una ruptura entre el que ama y el objeto amado; sin embargo, destaca que la ruptura de un vínculo amoroso podría provocar en el sujeto un impacto semejante al que causa una violenta agresión física que sumerge al yo en desdicha dada la pérdida, súbita e irreversible, del amado¹. Esto es lo que ocurre cuando la muerte alcanza a las personas más cercanas (para Josefina su madre).

Para que un duelo se produzca tiene que funcionar el examen de realidad. Es por el examen de realidad que el sujeto siente la demanda de quitar todos los enlaces que la libido tiene con el objeto. Dicha demanda se ve perturbada si funcionan defensas que alteran el examen de realidad.

Nasio (1998) afirma que: “El duelo es un largo camino que comienza con el dolor vivo de la pérdida de un ser querido y que declina con la aceptación serena de su ausencia. Hacer un duelo significa aprender a vivir con la ausencia” (p.80). Según el autor, el duelo sería un trabajo en el cual el yo necesita deshacer paciente y lentamente lo que se cuajó precipitadamente.

Dado que el golpe que significó la pérdida implicó una investidura excesiva de la representación del ser amado desaparecido, durante el duelo, el yo desinviste y desanuda poco a poco esta representación hasta que pierde su vivacidad en lo psíquico. Nasio sostiene que, en un principio, el yo está ocupado por completo en mantener viva la imagen mental de la persona desaparecida, como si de esta manera pudiera compensar la ausencia real de este otro perdido.

¹Nasio (1998, p. 31) aclara que también en el duelo estamos habitados no solo por el dolor, sino también por el odio contra el muerto y también por la culpa de sentir ese odio a modo de reproche.

El dolor del duelo no es el dolor de perder, sino el dolor de reencontrar lo que se perdió sabiéndolo uno irremediamente perdido. Lo que duele es amar de nuevo, sí, pero sin que esté la persona imaginaria que sostiene ese amor (...) Cuando alguien muere perdemos la armazón imaginaria que nos permitía amarlo mientras vivía, o sea que el otro actuará como sostén imaginario devolviéndonos nuestra propia imagen. (Nasio, 1998, p. 39)

La madre, para Josefina, era este espejo que le permitía construir su “empobrecida” imagen, más allá de lo negativa que ésta podría ser, le daba a Josefina una identidad, la posibilidad de decir yo soy, *la pobrecita*, pero finalmente soy. “Hacemos el duelo de la persona que compartió con nosotros nuestros fantasmas. Fuimos la fuente de su felicidad y su infelicidad e, inversamente, ella fue la fuente de nuestras dichas y nuestras penas.” (Nasio, 1998, p.126)

En el duelo hay una sobreinvestidura de las representaciones del objeto amado, sin el sostén de aquella imagen de sí mismo que el otro era capaz de devolverme. Entre ellas, la más importante es haber ocupado para la persona perdida el lugar de objeto de su deseo.

Esto falla en Josefina, dado que ella es el discurso de su madre, la frase “*no vas a poder cuidarte sola*” toma mucha más fuerza. Ahora que no tiene a su madre para que su voz le diga qué hacer, pareciera que la lleva en sí como una afección psicossomática.

Para que el duelo normal se pueda producir hace falta que el sujeto tenga instalada:

- La dialéctica presencia-ausencia.
- La separación entre el objeto amado y su sostén imaginario.
- La separación entre la imagen que tengo de mí mismo y la

que me devuelve el otro.

“Llamamos duelo en psicossomática al proceso de enfermar que se produce luego de la muerte de un ser querido” (Ulnik, 2002, p.3). El dolor del duelo en estos casos es el dolor por la ausencia de algo que nunca se había dado por perdido antes.

Quiere decir que falta algo que el sujeto se había acostumbrado a percibir, pero cuya ausencia no había sido nunca simbolizada, como para que su percepción fuera un reencuentro. Lo que significa que el sujeto tiene siempre presente y actual la pérdida porque el objeto nunca se constituyó como perdido. Irremediamente, cada vez que falta, provoca en el sujeto la noticia simultánea de su presencia y de su ausencia:

Ausencia porque ya no está más, y presencia porque como su huella mnémica no ha sido categorizada como tal (para ello haría falta la aceptación y simbolización de una ausencia primaria), su recuerdo insiste como si fuera una percepción; y no la percepción del objeto, sino la percepción de un dolor que lo eterniza. Ese dolor es el dolor del cuerpo, de la enfermedad, una enfermedad que es el producto de un desplazamiento del dolor, y que ocurre, como consecuencia de una retracción narcisista y un intento rudimentario de simbolización. (Ulnik, 2002, p.3)

Josefina sostiene que desde su enfermedad ha podido, sorprendentemente, vivir una nueva libertad. Aún más, cuando se extirpó esa mama, ¿la operación se habrá llevado también algo del orden negativo de lo materno? ¿Tan importante era esa madre, para que haya tenido que pagar con su carne esa supuesta “libertad”? Lacan (1963) dirá: “El objeto por el que hacemos el duelo es aquel que se había hecho (y a quien habíamos hecho) el soporte de nuestra castración”. (p. 125)

Dadas las cualidades de la paciente y la forma en que no puede asociar su enfermedad con esta figura materna, podría decirse que la expresión “hambre de madre” no sería una demanda de amor sino una necesidad casi del orden animal e instintivo. ¿Por qué una necesidad? Porque en la operación de la alienación-separación quedó del lado del “ser”, subordinada a ser el falo de esa progenitora, que no le dio un lugar de hija-ideal, sino más bien el lugar de “la pobrecita”.

Josefina pagó con su cuerpo los estragos que generó la relación con su madre; llevó en sí aquello que no podía decir, no por falta de recursos simbólicos, sino más bien porque no tuvo un lugar donde el sujeto pudiera advenir.

¿Qué lugar posee el analista frente al fenómeno psicósomático?

El psicoanalista tiene como una de sus principales motivaciones articular el cuerpo con el lenguaje, intentando así devolver la palabra al paciente que se encuentra en el lugar de un cuerpo que padece. El paciente no habla cuando se halla inmerso en su dolor, y si lo hace refiere a su sufrimiento físico, sus lesiones, medicamentos y análisis.

Es por ello que Jean Guir rescata el valor de la entrevista preliminar:

Las entrevistas preliminares constituyen un reconocimiento simbólico del sujeto en relación a la afección que con frecuencia lo invade totalmente. El paciente se encuentra absorbido completamente por la manifestación de las lesiones y a propósito de las cuales es importante que descubra las posibilidades de distanciarse simbólicamente de ellas (...) en el curso de las entrevistas preliminares proponemos al sujeto que intente explicar de manera natural su enfermedad. Lo disuadimos para que no repita la teoría forjada por el cuerpo médico, obligándolo a exponer su propia teoría aun cuando ésta pueda parecer delirante o ingenua. (1983, p.14).

El acento debe estar puesto en discernir lo que ocurre con cada sujeto singular en la experiencia analítica. Se trata de que pueda poner en palabras aquello que le acontece, no para dar con el origen de su enfermedad, sino más bien para dilucidar qué tiene que ver la lesión corporal con su propia historia.

La presencia de una afección psicósomática petrifica al sujeto, congela la cadena significante. Por lo tanto, el hecho de que pueda

historizar lo que le pasa permite que pese a atravesar esa experiencia dolorosa y sufrida, experimente, a su vez, una sensación liberadora.

Dependerá de la destreza del analista, y sus conocimientos sobre el campo de lo psicósomático descongelar esa cadena significativa.

La pregunta no será si el dispositivo psicoanalítico puede abordar el fenómeno psicósomático dado que ya ha demostrado tanto con la psicosis como en el psicoanálisis con niños, ser una praxis permeable y eficaz.

La pregunta caerá sobre si el analista será capaz de soportar lo real del cuerpo del paciente, de lo incómodo que puede ser una sala de hospital, los olores nauseabundos que pudiera haber. Como así también los obstáculos que se presentan en la dirección de la cura: “La introversión de la libido, la problemática de la transferencia y la resistencia” (Schink, 2018, p. 39), así como también poder hacer una lectura del fenómeno psicósomático, su modalidad de aparición manifiesta incluido en la trama discursiva del paciente y cuál es su posición subjetiva en cuanto a su enfermedad.

Conclusión

El hecho de que se hayan denominado como psicósomáticas aquellas enfermedades que excedan el conocimiento médico en tanto a su causa, no implica que la clínica psicoanalítica orientada hacia el fenómeno psicósomático proponga que una enfermedad posea un origen psicológico.

Tampoco sería adecuado que el analista tome en análisis pacientes con afecciones psicósomáticas por el solo hecho de que estas hayan sido derivadas por un médico. Estas enfermedades sólo podrían ser abordadas en el dispositivo analítico, con las dificultades que conllevan, en aquellos casos donde se presenten como fenómenos psicósomáticos.

Se puede decir que un fenómeno psicósomático es la respuesta de un sujeto frente a una situación donde el significativo del Nombre del

Padre hubiese sido convocado a operar y este falló; habría una dificultad simbólica para elaborar mediante la palabra, y el sujeto respondería con una enfermedad, ya sea esta funcional u orgánica.

Cuando aparece una afección psicossomática el sujeto nada puede decir respecto a su enfermedad, pareciera que esta no remite a nada, dado que ha quedado holofraseada una de las cadenas de significantes, puesto que en el proceso de separación-alienación el S1 queda pegado al S2, no permitiendo que ocurra la afánisis del sujeto.

Por lo tanto, la apuesta del psicoanálisis es devolverle la palabra al sujeto allí donde su enfermedad, que pareciera no remitir a nada, es un grito en el cuerpo que una vez descifrado, puede transformarse en un sentir liberador.



Resumen: La intención de este escrito es acercar al lector a una perspectiva psicoanalítica sobre el fenómeno psicossomático. En principio, eran consideradas como psicossomáticas aquellas enfermedades que escapan del conocimiento médico, por no tener una explicación biológica en su origen. No obstante, el concepto de soma o psicossomática no tuvo lugar en la obra de S. Freud, pero puede ubicarse a las neurosis actuales como un antecedente. Lacan permite distinguir el síntoma del fenómeno psicossomático, siendo el primero interpretable, mientras que en el segundo el sujeto nada puede decir respecto a su padecer, esto se debe a que el fenómeno psicossomático posee las características de la holofrase, y la cadena de significantes se encuentra congelada. Esta particularidad que presenta la cadena, podría indicar cierta inoperancia del significante del Nombre del Padre para poder ordenar la cadena asociativa. Autores como J. Guir, rescatan el valor de la entrevista preliminar, con el fin de que el paciente pueda correrse de aquel lugar donde fue colocado por su enfermedad, y propone al paciente que dé su versión sobre aquello que le sucede, puesto que la cadena significativa está holofraseada.

Descriptor: Fenómeno Psicossomático, Nombre del padre, Holofrase.

Psychosomatic phenomenon in the psychoanalytic clinic

Abstract: The intention of this paper is to bring the reader to a psychoanalytic perspective on the psychosomatic phenomenon. In principle, those diseases that escape medical knowledge were considered as psychosomatic, because they do not have a biological explanation for their origin. However, the concept of soma or psychosomatics did not take place in the work of S. Freud, but current neuroses can be located as an antecedent. Lacan, distinguishes the symptom of the psychosomatic phenomenon, being the first interpretable, while in the psychosomatic phenomenon the subject can say nothing about their suffering, this is because the psychosomatic phenomenon has the characteristics of the holofrase, and signifying chain is frozen. This particularity that the chain presents, could indicate some ineffectiveness of the signifier of the Name of the Father to be able to order the associative chain. Authors such as J. Guir, rescue the value of the preliminary interview, in order that the patient can run from the place where he was placed by his illness, and proposes to the patient that he is of his version on what happens to him, since the signifying chain is holofrased.

Descriptors: Psychosomatic Phenomenon, Father's Name, Holofrase.

O fenômeno psicossomático em a clínica psicanalítica

Resumo: A intenção deste artigo é trazer o leitor para uma perspectiva psicanalítica sobre o fenômeno psicossomático. Em princípio, aquelas doenças que escapam ao conhecimento médico foram consideradas psicossomáticas, porque não possuem uma explicação biológica em sua origem. No entanto, o conceito de soma ou psicossomática não ocorreu no trabalho de S. Freud, mas as neuroses atuais podem ser localizadas como antecedentes. Lacan distingue sintoma de fenômeno psicossomático, sendo o primeiro interpretável, enquanto no segundo o sujeito não pode dizer nada sobre seu sofrimento, isso é porque o fenômeno psicossomático tem as características do holofrase e da cadeia significante está congelada. Essa particularidade que a cadeia apresenta, poderia indicar alguma inoperância do significante do Nome do Pai para poder ordenar a cadeia associativa. Autores como J. Guir, resgatam o valor da entrevista preliminar, a fim de que o paciente possa fugir do local em que ele foi colocado por sua doença, e propõe ao paciente que dê sua versão sobre o que acontece com ele, desde que a corda significante é holofraseada.

Descritores: Fenômeno Psicossomático, Nome do Pai, Holofrase.

Facundo Schink: Licenciado en Psicología UBA. Acompañante Terapéutico Centro psicología social. Intérprete sordo-mudos IQUILSA. Introducción a la Psicooncología Ce.Sa.Men.De. Introducción al Fenómeno Psicossomático desde el psicoanálisis UBA-EDI. Orientador Hospital Borda. Acompañante terapéutico Redat. facubsk@gmail.com.

Referencias

- Apolo, G. (2014). *El acto del duelo. La función paterna en la constitución del deseo*. Buenos Aires: Letra viva.
- Bauab, A. (2012). *Los tiempos del duelo*. Buenos Aires: Letra viva.
- Belucci, G. y Lutereau, L. (2016). *La época del psicoanálisis. Lo contemporáneo, lo actual*. Buenos Aires: Letra viva.
- Borelle, A. y Russo, S. (2017). *Clínica psicossomática. Su especificidad en la evaluación y el diagnóstico*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1914-1916). "Lo inconsciente", "Duelo y melancolía" y "De guerra y muerte. Temas de actualidad". En Obras Completas, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.
- Gatto, M (2017). *Pensar el cáncer: consideraciones desde la psicooncología*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Guir, J. (1983). *Psicossomática y cáncer*. Buenos Aires: Catálogos, 1999.
- Hernández, V. (2018). *La muerte como aquello imposible de soportar: un intento de elaboración*. Recuperado el 05 de diciembre de 2018 de: http://academica.psi.uba.ar/Psi/Ope1078_.php
- Lacan, J. (1999). *El Seminario V: Las formaciones del inconsciente*. Buenos aires: Paidós, 2013.
- Lacan, J. (2006). *El seminario X: La angustia*. Buenos Aires: Paidós, 2015.
- Lacan, J. (1987). *El seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2015.
- Lassalle, A. (2014). *Órgano, cuerpo, rasgo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Nasio, J. D (1998). *El dolor de amar*. Barcelona: Gedisa, 2007.
- Schink, F. (2018). *Carcino-MÁ: Cáncer y Fenómeno Psicossomático*. Recuperado el 21 de noviembre de 2018 de: http://academica.psi.uba.ar/Psi/Ope1078_.php
- Szapiro, L. (2006). *Elementos para una teoría y clínica lacaniana del fenómeno psicossomático*, 2da. Edición. Buenos Aires: Grama, 2011.
- Ulnik, J. (2002). *Duelo en psicossomática*. Ficha cátedra: Fisiopatología y enfermedades psicossomáticas (UBA). Buenos Aires.

Ulnik, J. (2002). *Psicosomática: Definiciones, la formación del médico y el lugar del psicoanalista*. En Monográfico de medicina psicosomática. Vol 8. Buenos aires.