

# Los psicopsomatistas con Freud

JORGE IVÁN ZAPATA

## LO PSICOSOMÁTICO DE LA MEDICINA AL PSICOANÁLISIS

Si se abordan los avatares que el término “psicosomático” tiene, lo esencial que ha de señalarse es la división en la cual la palabra misma se expresa. La *psiquis* y el *soma*, el alma y el cuerpo, el significante y el significado, el adentro y el afuera, etc., son los referentes epistémicos de la partición que el pensamiento de la modernidad ha instaurado para dar cuenta de las partes con las cuales presentifica al ser hablante. En efecto, la separación metafísica que la medicina acoge entre lo psíquico y lo somático, tratándolos separadamente como si fuesen cada una de estas partes unidades distintas, busca ahora reunir las bajo la denominación de “Enfermedad Psicosomática”. La operación semántica con la cual hace su práctica el discurso médico se asemeja a la omnipotencia del tratamiento animista al dotar a lo real de un alma que todo lo unifica. Paradójicamente, si se rastrea un poco en la prehistoria del concepto, se encuentra que el sistema unificante del animismo explica igualmente los desórdenes somáticos y psíquicos por la causalidad eficiente de la posesión de los espíritus. Construir, entonces, una teoría unificada de lo psicosomático es una tarea que tanto la ciencia médica como el saber animista han puesto en el horizonte de su terapéutica. El término “psicosomático”, que ha rebasado los estrados de la clínica médica y que puede verse circular en la cultura popular corriente como explicación de todos los trastornos del cuerpo, adquiere paulatinamente la potencia significativa que tiene el animismo como representación totalizante del hombre, la naturaleza y sus afecciones.

Que el discurso de la medicina coexista con el discurso del animismo pone en evidencia que no es la lógica de las ciencias llamadas fuertes, como la física y la biología, la que los hace consistentes como sistemas teóricos y terapéuticos en la

modernidad. De ello se colige que la eficacia simbólica del animismo, de la cual está investido el médico y el chamán en el acto terapéutico, es lo que determina la coexistencia de estas dos prácticas humanas. En efecto, es éste el sentido que puede dársele al señalamiento de M. Balint cuando afirma que hay dos tipos de médicos: “Aquellos que gustan trabajar con el concepto de enfermedades orgánicas y quienes prefieren hablar de conflictos y problemas humanos, que provocan trastornos psicossomáticos”<sup>1</sup>. Decir como una vez lo planteó Alexander: “Toda afección humana en esencia es psicossomática”, poniendo esta última en el horizonte de la causa, provoca dos sentidos a la vez: de un lado, la división entre la sustancia extensa (el soma) y la sustancia pensante (lo psíquico), y del otro lado, el intento de suturar o unificar estos dos atributos del ser hablante.

Si, en efecto, a la representación animista, donde el mundo del hombre y la naturaleza están dotados de símbolos o espíritus, le aunamos la omnipotencia de las ideas con las cuales el sujeto vuelve el todo cognoscible, se puede afirmar que la certidumbre con la que este sistema interpreta lo resuelve todo. La duda está, pues, por fuera de tal sistema, dado que si ésta se introdujese resquebrajaría su unidad patologizándose. La exclusión de la duda que hace el sistema animista tiene la misma afinidad con el saber médico, en la medida que este último pone como causa de la queja del paciente lo psicossomático. ¿Qué otra función, fuera de la ya señalada en el animismo, es la que pudiera adscribirse a la frecuente afirmación que reza: en el origen de toda patología hay una determinación bio-psico-social que explica el fenómeno subjetivo del dolor? En otras palabras, convertir el fenómeno subjetivo del dolor en enfermedad psicossomática es la tarea que la estrategia clínica del saber médico ha ido desplegando desde sus inicios. Si se piensa la queja o el grito como la prehistoria donde el discurso sobre la enfermedad se yergue, se puede entender aún más el artificio unificante que el quehacer médico ha ido dejando caer sobre dicho fenómeno.

Cabe anotar, igualmente, que el saber médico hace un giro fundamental cuando en el sendero del método causal ingresa la potencia del signo para englobar con éste la división que la entidad psicossomática plantea.

El intento de suturar la herida bipartita entre alma y cuerpo, que el discurso médico intenta, sólo puede conservarse sacrificando al sujeto que porta el síntoma o grito somático. El modo merced al cual el fenómeno de displacer somático es llevado como objeto a enfermedad, por el trabajo taxonómico que despliega el signo en la

El fenómeno psicossomático es una afección que siempre está involucrando dos órdenes esenciales de la existencia del sujeto: el alma y el cuerpo. El siguiente trabajo versa sobre esas lesiones que, al no ser tramitadas por el psiquismo del ser hablante, irrumpen en el cuerpo orgánico destruyendo su funcionalidad. El FPS. es la expresión de un trauma que no está inscrito en el inconsciente del sujeto, a diferencia de la conversión histérica que es la formulación de un conflicto inconsciente y que paraliza la función del órgano. En consecuencia, el presente escrito pone en tensión, de un lado, la medicina psicossomática y, del otro lado, las formulaciones de la clínica psicoanalítica, generando de este modo un análisis diferencial de esta afección general del ser humano.

<sup>1</sup> MICHAEL BALINT, en BORIS LUBAN-PLOZZA *El enfermo psicossomático en la práctica*, Barcelona, Heder, 1995, pág. VII.

clínica médica, da cuenta de la manera como la fisura psico-somática reduce la alteridad del sujeto, que problematiza la clínica de dicha afección. Nada más patético, y por ello paradójico, que el agrietamiento singular del sujeto en el ordenamiento lógico causal de la enfermedad. Tal situación paradójica, que puede concebir una enfermedad sin sujeto portador, dado que no se deja alterar por la particularidad subjetiva del paciente, nos denuncia el por qué el médico siempre va al encuentro del signo, mas no a la búsqueda de aquello que la consistencia de la semiología médica corta.

Es pertinente hablar, entonces, del método del saber médico en lo concerniente a la enfermedad psicósomática, dado que ello tiene consecuencias en el estado de la cuestión y su práctica.

Cuando M. Balint señala que la preocupación de los médicos emerge “ante los numerosos pacientes cuya historia clínica no comprenden por completo y cuyas dolencias no pueden curar con la ayuda de los conocimientos médicos adquiridos”<sup>2</sup>, la recurrencia al espectro bio-psico-social como causa etiológica de la enfermedad suma los factores necesarios para su comprensión terapéutica. La estrategia que tiene la orden médica de sumar saberes para ponerlos al servicio de su práctica establece el por qué ésta se presenta como si estuviera completa siendo sólo comparable con el sistema animista. En efecto, la enfermedad como expresión en el cuerpo del estado emocional del paciente, “de sus conflictos personales no resueltos y sus dificultades para la adaptación social”<sup>3</sup>, es un intento, en esta perspectiva, de alcanzar con el significativo amo del signo la objetivación de un sujeto sin división.

El afán manifiesto de cerrar la brecha entre la *res cogitans* y la *res extensa* con el significativo amo de la semiología clínica, lo encontramos en la siguiente definición: “La medicina psicósomática se dedica al estudio de las interrelaciones entre la mente y el cuerpo, es decir, a responder las preguntas sobre cómo los procesos mentales afectan el cuerpo o de qué forma los procesos fisiológicos se manifiestan a nivel mental”<sup>4</sup>. Quizás valdría en este caso responderle a los psicósomatistas lo que Freud le contestó a Groddeck, fascinado con la cura psicoanalítica de las enfermedades orgánicas: “A mí me parece tan arbitrario animar la naturaleza siempre y en todas partes como desespiritualizarla radicalmente. Dejémosle su infinita variedad, la que la eleva de lo inanimado a lo orgánicamente animado, de la vida somática a la vida psíquica”<sup>5</sup>.

La forma contundente como Freud terció en las consideraciones que psicósomatistas de la talla de Groddeck, Alexander, E. Weiss y Weiszaecker hacen en su práctica médica, operando con el “psicoanálisis”, pone de manifiesto un asunto central como es el de o bien dotar de alma a la enfermedad o por el contrario



■ Xia.

<sup>2</sup> *Ibid.*, pág. VII.

<sup>3</sup> *Ibid.*, pág. VII.

<sup>4</sup> *Ibid.*, pág. 16.

<sup>5</sup> SIGMUND FREUD, citado por PIERRE STÉRLISKY, *La signatura, el fenómeno psicósomático*, en *El síntoma charlatán*, Barcelona, Paidós, 1998, pág. 220.

desespiritualizarla. Caer en el exceso animista o en su defecto, en el objetivismo englobante de la ciencia, cuando del tratamiento de lo real se trata, se paga con la forclusión del sujeto que porta el fenómeno somático.

A propósito de la infinita variabilidad de la naturaleza, que se eleva como dice Freud de lo somático a lo psíquico, es importante enfatizar sobre la magnitud variable, dado que este concepto abre el límite ahí donde lo psicossomático lo cierra. La definición que lo variable tiene en matemáticas es la siguiente: "Magnitud indeterminada que, en una relación o función, puede ser sustituida por diversos términos o valores numéricos constantes"<sup>6</sup>. Si la especificidad de lo real es su indeterminación, dada su variabilidad, se puede decir que en lo real de la naturaleza el límite no es posible. En oposición a este planteamiento, el imperio de la medicina psicossomática, que erige su territorio en los límites del signo, opera con el corte semiológico que determina su práctica y plantea dos preguntas: "¿Cuáles son los límites entre las reacciones psíquicas normales y las psicossomáticas?" y "¿Cómo se puede distinguir y comprender sin género de dudas los factores psíquicos y somáticos?"<sup>7</sup>.

Estas preguntas lo que hacen es calar en la fisura entre la representación psíquica y lo real del soma, rechazan la posibilidad de advenir a un modelo donde la magnitud variable de lo real, en la cual se muestra el fenómeno, pueda ser pensado. Si la variable es una magnitud indeterminada que puede ser sustituida por diversos factores para hacerla operar, se ha de entender entonces la manera como Freud despliega su práctica investigativa, asignándole a la representación inconsciente un valor o factor causa que se inerva en el territorio somático generando la conversión histérica. Se tiene, pues, que una magnitud nominada "factor inconsciente" se instala como causa de un síntoma llamado histérico, síntoma que el saber epistémico de la medicina no había resuelto. La lógica de la discusión que Freud plantea a los psicossomatistas (si lo real es una magnitud y sólo una, con una infinitud de variables expresivas, donde lo psíquico y lo somático no son más que factores de ésta) advierte que es difícil avanzar el asunto que los ocupa si se aborda éste con el preguntar psicossomatista que piensa el fenómeno como poseyendo dos magnitudes: *la res cogitans* y *la res extensa*.

En algunas ocasiones se ha referido que Freud se mantuvo distanciado de la consideración en torno a la causación psicógena de las enfermedades orgánicas. Valga decir sobre este particular que si bien Freud recomendaba a sus discípulos mantener

#### Psychosomaticists with Freud

Psychosomatic phenomena are affections that always involve two essential orders in the existence of the subject: body and soul. This article deals with these lesions that, not being processed by the psyche of the speaking being, appear in the body disrupting its functionality. Psychosomatic phenomena are the expression of a trauma not inscribed in the subject's unconscious, unlike hysterical conversion which is the expression of an unconscious conflict that paralyzes the function of an organ. As a consequence, this article creates tension between, on the one hand, psychosomatic medicine, and on the other, the formulations of clinical psychoanalysis, by this means generating a differential analysis of this general disorder of human beings.

<sup>6</sup> REAL ACADEMIA DE LA LENGUA, *Diccionario de la lengua Española*, Madrid, Espasa-Calpe, 1970.

<sup>7</sup> BORIS LUBAN-PLOZZA, *op.cit.*, pág. 16.

prudente distancia, no por ello puede afirmarse que él mismo no tuviera una posición avanzada en la reflexión del asunto. Paradójicamente, es sobre todo en su relación epistolar con sus discípulos donde se puede apreciar con mayor fortaleza la preocupación que el tema le suscitaba. En este sentido, por ejemplo, Freud le hace notar a W. Weiszaecker que:

Nos llamaron la atención factores psicógenos de enfermedades orgánicas. Así hemos podido comprender que una neurosis podía ser reemplazada por una enfermedad, como también la peculiar inmunidad de ciertos neuróticos con respecto a infecciones y resfríos y a la pérdida de esta inmunidad después de un mejoramiento psíquico, no pasó inadvertida por nosotros<sup>8</sup>.



※ Teirei, homólogo japonés de los silenos griegos.

En el contexto de la polémica que desde su origen ha suscitado la cuestión psicósomática, desarrolladora con prudencia ora con ardor, conviene abordar, para el sentido del estado de la cuestión, la forma como los psicósomatistas respondieron con la taxonomía médica las preguntas fundamentales que se hacen y que anteriormente registramos. Tomemos para tal efecto la clasificación del doctor K. Laederach-Hofmann, médico de la “Unidad de psicósomática y medicina psicosocial”, que aparece en el libro *El enfermo psicósomático en la práctica*. Su exposición taxonómica se inicia con lo que él llama “reacciones psicósomáticas”. La definición abarcativa con la cual describe tal fenómeno es la siguiente: esta reacción “puede manifestarse en casi todas las personas en relación con situaciones vitales especialmente preocupantes”<sup>9</sup>. Dichas reacciones son de naturaleza pasajera, siendo la expresión de reflejos fisiológicos o psicósomáticos. Ejemplos clínicos de ello son las palpitaciones frente a la persona amada, el vértigo después de un accidente, la pérdida del apetito en un estado de tristeza; pero Laederach-Hofmann sostiene seguidamente que estos síntomas psicósomáticos desaparecen cuando el agente externo deja de influir en la causación de dicho estado, observando que en ningún caso indican una predisposición a sufrir problemas mentales graves.

A continuación formulará el grupo de enfermedades llamado “trastornos psicósomáticos” donde incluye los efectos somatopsíquicos y psicósomáticos propiamente dichos. Para ello divide en tres subgrupos el concepto de enfermedad psicósomática, en su orden: síntomas conversivos, síndromes funcionales o somatomórficos, y enfermedades psicósomáticas en sentido estricto o psicósomatosis. El primer subgrupo, denominado “síntomas conversivos”, se registra en aquellos casos en los cuales hay un conflicto neurótico que por razones de la defensa queda excluido del campo de la consciencia o de las vivencias psíquicas.

<sup>8</sup> SIGMUND FREUD, *Carta a W. Weiszaecker*, en VERA GORALI (Comp.), *Estudios de psicósomática*, vol. 1, Buenos Aires, Atuel-Cap, 1994, pág. 45.

<sup>9</sup> BORIS LUBAN-PLOZA, *op. cit.*, pag. 17.

El síntoma adquiere un carácter simbólico que no es comprendido por el paciente: intento de resolución del conflicto. Las áreas de somatización del síntoma son la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales. Las formas expresivas del síntoma conversivo son las parálisis histéricas, las paresias, la ceguera, la mudez psicógena y los fenómenos dolorosos.

En el segundo subgrupo, llamado “síndromes funcionales o somatomórficos”, el síntoma concreto no tiene una importancia particular en la vida del paciente, sino que se trata de una consecuencia no específica de un trastorno funcional o corporal. Se les nombra “pacientes problemáticos”. El territorio somático de afectación es cambiante y difuso: el sistema cardío-circulatorio, el tracto gastrointestinal, el aparato locomotor, los órganos del aparato respiratorio o el sistema urogenital. Se trata de trastornos de la percepción o del funcionamiento de determinados órganos; Alexander los nomina como signos que acompañan a las emociones sin carácter expresivo, llamándolos “neurosis orgánicas”.

En el tercer subgrupo, clasificado como “enfermedades psicósomáticas en sentido estricto o psicósomatosi”, las enfermedades están producidas por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva acompañada de transformaciones morfológicas objetivables y una enfermedad orgánica. La reacción física puede recaer sobre uno o varios órganos determinados. En el paciente existe una predisposición de la psicósomatosi (un *locus minoris resistentiae*) inscrita en su historia personal. Hay siete cuadros dentro de la historia de la medicina: asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoidea y úlcera duodenal.

En resumen, el cuadro clínico de la enfermedad psicósomática se plantea eminentemente descriptivo. El factor desencadenante se sitúa, casi siempre, en la vivencia conflictiva acaecida en la actualidad del paciente o por predisposición psicógena. En consecuencia, si el paciente es extraído de tal situación, la afección somática debe suspenderse. La enfermedad psicósomática se localiza en el territorio somático y es un asunto de la mentalidad del paciente frente a las situaciones de *estrés* que la vida en comunidad le genera. Es una enfermedad somática de la mentalidad que el paciente le presenta al médico, quien debe detectar los signos somatopsíquicos y psicósomáticos con el objeto de introducirlos en la posología pertinente, para delimitar así el campo de los fenómenos somáticos y psicógenos.

#### Les psychosomatistes avec Freud

Le phénomène psychosomatique est une affection qui comporte toujours deux ordres essentiels de l'existence du sujet: le corps et l'esprit. Ce travail-ci porte sur ces lésions qui, n'ayant pas suivi le cours du psychisme de l'être parlant, font irruption au corps organique en détruisant sa fonctionnalité. Il s'agit de l'expression d'un trauma qui ne trouve pas d'inscription dans l'inconscient du sujet, contrairement à la conversion hystérique qui est la formulation d'un conflit inconscient qui paralyse la fonction de l'organe. Par conséquent, ce texte met en tension d'un côté la médecine psychosomatique et, de l'autre, les formulations de la clinique psychanalytique, de façon à concevoir une analyse différentielle de cette affection de l'être humain.

Lo psicósomático, como formación previa al cuadro nosológico de la enfermedad, queda de esa manera cubierto con el signo patognomónico de la clínica médica. La taxonomía nocional que sostiene el *corpus* teórico clínico de la enfermedad psicósomática (E.P.S.) proviene del conflicto biosocial que el territorio somático del paciente debe enfrentar con la comunidad cultural donde está inserto. El impacto de la mentalidad en el soma halla en la E.P.S. su comprensión terapéutica. Hablar de lo psicósomático como una enfermedad de la mente que incide en el cuerpo-organismo abre la puerta a la práctica de la medicina animista. Ello porque la noción de conflicto mental y soma excluye toda posibilidad de introducir la variable singular del sujeto que porta la afección; desliza que, por lo demás, Freud introduce en la discusión con los psicósomatistas.

A continuación se aborda otro autor que, por su importancia en la formulación teórica y clínica de la psicósomática, es pertinente tomarlo en consideración. Se trata de F. Alexander, quien en su escrito titulado *Principios fundamentales del abordaje psicósomático*, introduce, como su título lo dice, los lineamientos generales en los cuales se ha inspirado una tendencia terapéutica que ha influido de manera enorme en la orientación del saber médico. A propósito, Alexander plantea que

cuando hablamos de psicogénesis nos referimos a procesos psicológicos que consisten en excitaciones centrales en el sistema nervioso que pueden ser estudiados por métodos psicológicos porque son percibidos subjetivamente en forma de emociones, ideas o deseos<sup>10</sup>.

Ahora bien, estas emociones, ideas y deseos que constituyen la subjetividad, tienen la función de transmitir el movimiento intraorgánico del paciente. La percepción intersubjetiva del organismo se traduce en formas emocionales. Las excitaciones del sistema nervioso central causan reacciones en cadena que el paciente expresa en las series fenoménicas de la emoción, siendo los deseos y las ideas sus representantes fundamentales. Lo psicósomático, como somato-psico-patogénesis, estudia el enlace de ciertas cadenas que han entrado en disfuncionalidad excitativa con el encadenamiento causal homeostático del organismo. Es importante hacer notar que para Alexander existe el concepto de armonía homeostática, y que la psicogénesis es una parte de este diálogo armonioso entre la *res extensa* y la *res cogitans*. El soma se excita y la psiquis se emociona. De este modo, el autor dirá que hay tres tipos o formas de influencias generales sobre el funcionamiento fisiológico, a saber: el comportamiento voluntario, las inervaciones expresivas y las respuestas vegetativas a estados emocionales.

<sup>10</sup> FRANZ ALEXANDER, *Principios fundamentales del abordaje psicósomático*, en VERA GORALI (Comp.), *Estudios de psicósomática*, vol. 1, Buenos Aires, Atuel-Cap, 1994, pág. 51.

En relación con el “comportamiento voluntario”, Alexander va a afirmar que la influencia que éste ejerce sobre el ordenamiento fisiológico del cuerpo genera una “descompletud” del sistema intraorgánico. El trabajo psíquico de la voluntad, que media entre la necesidad y la satisfacción de ésta, implica una labor por parte del sujeto cuyo objeto es el de poner fin al aplazamiento del pedido intraorgánico. “La historia de la vida de cada uno puede ser considerada por lo tanto un complejo proceso psicosomático, un comportamiento voluntario dirigido a una meta”<sup>11</sup>. El destino del hombre estaría, entonces, decidido por las formas en que solucione sus necesidades. Dicho de otra manera, el yo como el centro que dirime los pedidos intraorgánicos es el lugar de operaciones que va a decidir qué tipo de averno le corresponde a cada uno.

En efecto, el yo es el centro psicosomático que se encarga de la homeostasis intra y exo-orgánica del sujeto. Es el centro intra-orgánico porque se encarga de tramitar la excitación del sistema nervioso central en emociones, y es al mismo tiempo centro exo-orgánico dado que él se encargaría de desencadenar la respuesta, en el mundo circundante, de la acción específica pertinente a la tensión apremiante de la vida. El soberano yo de Alexander es el centro universal de las operaciones del soma. Incluso se podría establecer en la lógica de su reflexión la siguiente proporción: el yo de la armonía es al cuerpo sano como el yo en conflicto es al cuerpo enfermo.

Las “inervaciones expresivas”, el segundo grupo, están ingresadas en la gran categoría de la emoción, pero su especificidad está relacionada con el alivio de una tensión, como por ejemplo sollozar, suspirar, reír, sonrojarse y hacer muecas que aliviarían en su orden las tensiones provenientes de la tristeza, la lastima de sí mismo o el humor. A partir de lo cual podría construirse el siguiente orden proporcional: sollozar es a estar triste como suspirar es a tener lastima de sí; y reír, sonrojarse, gesticular y hacer muecas es al humor.

De lo anteriormente referido, se sigue que en este caso asistimos a conversiones somato-psíquicas, donde una forma de tensión causa una pasión que habla del estado del ser. En efecto, un estado del ser que es la tristeza, por ejemplo, tiene su correlato somático en el sollozar. La inervación expresiva llamada sollozar/tristeza, no es para Alexander propiamente psicosomática, sino la manifestación de un síntoma conversivo, nombrando el síntoma histérico como una formación eminentemente somato-psíquica. La expresión inervada del sollozar es una categoría universal que generaliza, a su vez, la idea de un estado pasional del alma o del yo del paciente que es la tristeza. “El paciente tiene que inventar sus propias



■ Deformación mítica de las hormigas. (Brasil).

<sup>11</sup> *Ibid.*, pág. 52.

inervaciones expresivas en la forma de síntoma de conversión, que sirve parcialmente para descargar las emociones reprimidas y parcialmente como defensa contra su expresión directa”<sup>12</sup>.

Con relación al último grupo, clasificado como “respuestas vegetativas a estados emocionales”, Alexander dirá: “Este tercer grupo de respuestas consiste en reacciones viscerales al estímulo emocional y es de particular significación para la medicina interna y otras especialidades médicas”<sup>13</sup>. A propósito, conviene recordar que para el autor existe el ideal homeostático del funcionamiento del organismo con su comando central: el yo que responde con la acción específica o emocional adecuada.

Es importante marcar el énfasis en la homeostasis somato-psicogenética, ya que es con relación a este ideal vital del ser humano que Alexander va a introducir la disarmonía o patología psicósomática. El mítico: “había una vez la armonía perfecta” es un axioma categórico que se instala en el centro de la causa, en el cual la teoría fenoménica de la clínica psicósomática se funda. Es por ello que la psicogénesis estará organizada de la siguiente manera:

El sistema nervioso logrará su tarea por el principio de la división del trabajo. Donde el sistema nervioso central voluntario es puesto al cuidado de la regulación de las relaciones con el mundo exterior, el sistema nervioso controla los asuntos internos del organismo i.e. los procesos vegetativos<sup>14</sup>.

Abordemos, siguiendo el texto del autor, el devenir que toma la guerra cuando el factor psico-neurótico perturba la homeostasis funcional que hay entre el yo y el soma. La tesis fundamental con la cual Alexander marca las patogénesis orgánicas, que surgen a causa de esta actividad del yo neurótico, se caracterizan por la inhibición o represión de impulsos defensivos u hostiles, generando de esta manera la cronicidad patológica del órgano. Dicho en otros términos, el refrenamiento continuo, por medio del mecanismo de la represión, de los impulsos de autoconservación homeostáticos del yo, hacen fallar el sistema de regulación vegetativa hasta volverlos crónicos. Esta cronicidad deviene nueva forma de funcionamiento vegetativo, reemplazando el antiguo modo donde lo psíquico y lo somático dialogaban con una operatividad perfecta o sana. “En otras palabras—dice Alexander—, aunque los procesos vegetativos han sido movilizados para una actividad concentradamente agresiva, no son puestas en acción en todo el sentido de la palabra”<sup>15</sup>. Construyendo una ecuación que pudiera aproximarnos a la teoría expuesta por Alexander, tal ecuación sería la siguiente: preparación vegetativa más



<sup>12</sup> *Ibid.*, págs. 52-53.

<sup>13</sup> *Ibid.*, pág. 55.

<sup>14</sup> *Ibid.*, pag. 56.

<sup>15</sup> *Ibid.*, pág. 56.

acción específica da por resultado que el organismo reposa y los procesos vuelven a la normalidad.

Ahora bien, de este modo ocurriría en la patología psicósomática: preparación vegetativa para la huida o la lucha más represión o inhibición para la acción específica del yo, da fijación en la cronicidad vegetativa del órgano excitado.

Miremos la segunda vía, o vía de la paz, que, como el autor afirma, es la del apartamiento de la actividad dirigida hacia el exterior. En este caso el paciente, en lugar de enfrentar la emergencia, su primer impulso es pedir ayuda como lo hacía cuando era un niño indefenso; ante la acción específica éste no utiliza el mecanismo de la represión, sino que se fija al pedido del amparo materno. Esta retirada de la acción hacia una conducta que es característica del organismo durante el estado de relajación es denominada “retirada vegetativa”.

Un ejemplo clínico de esta vía es el de un hombre que en lugar de actuar de una manera “adecuada” ante el peligro, tiene diarrea. Es decir, el paciente frente a una situación de peligro retornará a una fijación arcaica donde éste era gratificado por la madre ante el logro vegetativo de la defecación. El individuo responde con la diarrea recordando, por medio de esta actuación neurovegetativa, la escena de recompensa y cuidado de la madre; en lugar de prepararse para una acción dirigida hacia el afuera (huida o ataque) se retira a una acción vegetativa, que es justo el reverso de lo apropiado. “Justo cuando él tenía que luchar, su estómago comenzaba a sobre funcionar y se preparaba para la incorporación de alimentos”, y concluye formulando el cuadro clínico siguiente:

Estas respuestas gastrointestinales al *stress* emocional pueden considerarse como basadas en “modelos regresivos”, porque ellos representan un revivir de respuestas corporales a tensiones emocionales que son características del infante<sup>16</sup>.

Este tipo de mecanismo emocional pervierte la respuesta específica del paciente adquiriendo el significado etiológico de cambios morfológicos gruesos que desarrollarán úlceras pépticas y colitis ulcerosa, acota finalmente el autor.

Por último, la teoría general de la clínica psicósomática de Alexander plantea en primer término la noción de “división del trabajo” definida en los siguientes términos:

Cada desarreglo neurótico de la función vegetativa consiste en un disturbio de la división del trabajo dentro del sistema nervioso, la acción dirigida hacia afuera es omitida y la tensión emocional no liberada induce cambios vegetativos internos crónicos<sup>17</sup>.



<sup>16</sup> *Ibid.*, pág. 54.

<sup>17</sup> *Ibid.*, pág. 57.



‡ Diosa Camunda.

La otra noción importante es la de “síntomas vegetativos”. Como ya hemos entendido, se trata de aquellos trastornos orgánicos que son la respuesta a la acción específica por la vía de la represión o inhibición de la acción, lucha-huida, o bien el destino del abandono total de la respuesta a la acción adecuada. “La división de los síntomas vegetativos en estos dos grupos es sólo un paso preliminar hacia la solución de la cuestión de la especificidad emocional en las neurosis de órgano”<sup>18</sup>.

Vale la pena hacer notar la expresión “especificidad emocional de la neurosis de órgano”. El síntoma es en el campo de la clínica psicósomática de Alexander no otra cosa que la especificidad de la fantasía como fijación inervada en el órgano. Trabaja, como puede notarse, con el concepto de “síntoma” heredado del psicoanálisis, usándolo como mecanismo general en la causación de las enfermedades psicósomáticas. Para Alexander sólo existen dos formas del síntoma, transformando así éste último en signo. En efecto,

la secreción estomacal aumentada puede ser una respuesta regresiva a una emergencia. Los ataques de asma están correlacionados con un impulso inconsciente suprimido de gritar por la ayuda materna<sup>19</sup>.

Cabe decir, entonces, que en la clínica psicósomática de Alexander todo tiene significación.

En el concierto general del asunto que nos ocupa (el de establecer el estado de la cuestión psicósomática después de Freud) conviene igualmente incluir las elaboraciones que el Dr. Jean Delay realizó para el primer congreso de medicina psicósomática en lengua francesa, efectuado en Vittel en el año de 1960. En su artículo, publicado un año después, titulado *De la emoción a la lesión*, el autor centra su reflexión en la novedad que constituye el saber la localización somática de la función psíquica. Si se asimila la función psíquica al lenguaje emocional y al lenguaje verbal como mecanismos cerebrales, puede decirse que el estado de la cosa ha cambiado en la modernidad con relación a la forma, pero no a la esencia misma de la división en dos lenguas.

En efecto, Delay afirma que los desórdenes derivados de la emoción tienen una eficacia expresiva llamada “desarreglo de los centros reguladores del equilibrio neurovegetativo y hemostático”. Es decir, coloca el lenguaje emocional en el centro de la causa como agente desordenador de la armonía intraorgánica; la lengua emocional, esto es, el miedo, la angustia y la cólera, son semejantes, dirá Delay, al síndrome causado por una agresión cerebral, de donde la emoción es el efecto de un encuentro agresivo que se realiza ente los mecanismos cerebrales o neurogénesis y

<sup>18</sup> *Ibid.*, pág. 58.

<sup>19</sup> *Ibid.*, pág. 33

el medio etiológico, generándose desarreglos en los centros homeostáticos del organismo. Así, “la patogenia es la misma pero las etiologías son diferentes, y esta patogénesis es una neurogénesis”<sup>20</sup>.

La agresión como emoción provoca señales de alarma en el organismo. La emoción, la agresión, el *shock*, el estrés, los traumas, las toxico-infecciones, desatan la defensa orgánica proveniente de situaciones amenazadoras. La relación entre el organismo y la situación del otro como amenaza hace emerger la emoción como señal, frente a la cual la regulación homeostática se pone en función de defensa. Como consecuencia de lo anterior se generan modificaciones somáticas de hipertrofias, atrofas y ulceraciones. El *shock* o agresión emocional desencadena, y esto es importante, una señal o alarma en el organismo que es inespecífica. Su carácter inespecífico se cumple al igual que una irritación neurovegetativa, por ejemplo, produciendo tanto en ésta como en el *shock* emocional una hipertensión arterial, una úlcera o un glaucoma. La emoción y la irritación neurovegetativa son semejantes en tanto no específicas; de donde se puede pensar que aunque el agente etiológico eficiente sea psíquico u orgánico, la lesión resultante es la misma.

Ahora bien, “el pasaje de la emoción a la lesión no es más que un caso particular de una ley muy general, a saber, que un desorden en el sistema neurovegetativo provoca manifestaciones funcionales que por su intensidad o repetición se organizan, y, por lo mismo, se organizan”<sup>21</sup>. La experiencia clínica de Leriche, que con la repetición de fenómenos espasmódicos produjo lesiones arteriales y esclerosis vasculares, y Reilly, que con irritaciones no específicas del sistema simpático causó lesiones intestinales hasta el infarto y sus efectos (ulceraciones y necrosis), ponen al descubierto cómo el trastorno de la función por repetición e intensidad irritativa causan la lesión. La investigación psicosomática de la emoción pone a ésta en el lugar etiológico de las irritaciones neurovegetativas, viscerales, humorales y hormonales.

De otro lado, la investigación psicosomática que utiliza el método de clasificación en relación con la causa, consistente en definir las correlaciones entre ciertos tipos de reacciones en los órganos y ciertos tipos de conflictos emocionales, queda atrapada en dicha taxonomía sin hacer avances en la singularidad del sujeto que porta la emoción. Cuando se habla de “tipos de conflictos emocionales” se corre el riesgo de la generalización del signo; el estereotipo órgano emocional o neurosis orgánica va a ser, en adelante, la herencia que Alexander dejará a la investigación psicosomática en su intento por medicalizar los trastornos psicosomáticos y somatopsíquicos.



‡ Blemmyes. Siglos XIII a XVI.

<sup>20</sup> JEAN DELAY, *De la emoción a la lesión*, en VERA GORALI (Comp.), *Estudios de psicosomática*, op. cit. pág. 34.

<sup>21</sup> *Ibid.*, pág. 36.

El profesor Jean Delay, en esta lógica reflexiva, introduce a continuación un planteamiento que por sus consecuencias en la clínica de la enfermedad no debe dejarse pasar inadvertido. Se trata de lo que pudiera denominarse “el mecanismo psicósomático”, al cual Delay empieza a referirse de la siguiente manera:

La represión de las mímicas expresivas posibles en los músculos sometidos a la acción de la voluntad es imposible en los órganos viscerales y todo pasó, entonces, como si la barrera opuesta a la liberación normal de la descarga emocional hacia el sistema neuro-muscular de la vida de relación tuviera por corolario una derivación tanto más potente hacia el sistema neurovisceral de la vida vegetativa<sup>22</sup>.

La anterior digresión introduce dos sistemas interrelacionados: el sistema neuromuscular, sometido al control de la voluntad, y el sistema neurovisceral, sometido a las derivaciones que escapan al control voluntario, con un funcionamiento de recurrencia circular intersistémico, de donde emerge el mecanismo siguiente: si la barrera se opone a la liberación voluntaria en el sistema neuromuscular, tal reacción no liberada hallará por derivación en el sistema neurovegetativo la respuesta concomitante anteriormente inhibida.

La inhibición de una emoción, dirá el autor, no quiere decir que ha sido sofocada. Es por esto que sujetos inhibidos estarían más propensos que los otros a los problemas psicósomáticos. Cuanto menos se manifieste una emoción, más perturba internamente. El neurótico impasible en apariencia, que reprime los gestos de la agresión o de la huida con voluntad de controlarlos, es el más expuesto a los desórdenes internos. La utilidad que el mecanismo psicósomático aporta al esquema teórico clínico de la medicina permite entender el juicio siguiente:

Este ensayo de caracterización presenta al menos un interés real, no solamente teórico, sino práctico, en la medida que los comportamientos psicológicos evocados a propósito de cierto tipo de neurosis vegetativas no son innatos y, en cierto modo, dados en una constitución, sino adquiridos en el curso de la evolución de un individuo bajo la presión de hechos casuales y de hechos institucionales<sup>23</sup>.

Finalmente, si, como sostiene el autor, cierto tipo de neurosis vegetativas son adquiridas (y por ello mutables), es entonces admisible que en la etiología de la E.P.S. lo psicobiológico se establezca en directa dependencia con el grupo cultural que determina al paciente. La emoción y la lesión que se conjugan en el enfermo podrán ser abordadas con el dispositivo psico-farmacoterapéutico, mezcla que conjugada habrá de generar la modificación de la patología que el paciente porta. Como consecuencia de lo anterior, el equilibrio psicósomático retornará a la integración homeostática perdida.



☞ Cinocéfalo.

<sup>22</sup> *Ibid.*, pág. 37.

<sup>23</sup> *Ibid.*, pág. 38.

#### EL LUGAR DEL SIGNO Y EL SÍNTOMA MÉDICO EN RELACIÓN CON LO PSICOSOMÁTICO

Trazar los límites desde donde se puede abordar lo psicosomático implica, de entrada, ubicar el concepto nosológico a partir del cual la medicina piensa esta enfermedad. Si la enfermedad es el efecto causado por el agente único y constante que opera sobre la armonía homeostática del organismo, se puede afirmar, en esta lógica, a lo psíquico como el agente generador de un conflicto en lo somático. Que un conflicto psíquico se constituya en el agente de un re-ordenamiento en lo somático, como siendo el uno el reverso del otro, es la proposición elemental con la cual opera y se sostiene la medicina psicosomática. El re-ordenamiento que lo psíquico impone a la otrora armonía somática introduce el *pathos* psicosomático como una entidad nosológica compacta que permite entender dicha organicidad dentro de la clínica del signo.

Ahora bien, al entrar la afección psicosomática en el campo englobante de la clasificación médica, la queja o síntoma del sujeto de la demanda queda excluida, dado que el signo va a cubrir con su "potencia" al portador de la lesión orgánica. Es importante anotar que esta exclusión, practicada por la semiología médica, va a reforzar igualmente la posición de corte o desconocimiento que el sujeto mismo tiene con la lesión que porta. Esta particular forma de presentar el paciente su afección, que la lleva como si "brotara" de su cuerpo, queda escindida de la práctica terapéutica del médico, siendo el valor de enfermedad aquello que circula como signo en la relación.

El signo psíquico, en tanto agente de la enfermedad psicosomática, se establece como vínculo entre el médico y el paciente, desapareciendo de la escena terapéutica los sujetos que paradójicamente la ponen en movimiento.

Pues bien, es precisamente por esta falla, generada a partir de la operación que el signo hace sobre la afección que le "brota" al sujeto de su cuerpo, por donde el psicoanálisis habrá de tomar su abordaje. Es del residuo que deja la operación del signo, o sea la desaparición del sujeto, aquello que hace causa para que el psicoanálisis se interrogue. La diferencia que puede observarse entre estas dos formas de tratar el asunto (de un lado, el discurso de la medicina que subsume al sujeto en las categorías nosológicas de la etio-pato-semiología para entenderlo, y, del otro lado, el discurso del psicoanálisis que interroga al sujeto por aquello que "brota" en su soma, haciéndole construir así una teoría particular para comprenderse) es el punto central que habrá de interesarnos. Esta diferencia en el tratamiento del asunto psicosomático (que pone en tensión la enfermedad, el signo y el síntoma del lado del discurso de la medicina, y el



¶ Figura semejante a la de Melusina.



■ Astaroth.

fenómeno, el sujeto y el síntoma del lado del psicoanálisis) hace girar hacia posiciones distintas el entendimiento y la comprensión que estos discursos tienen sobre la misma afección.

En efecto, la medicina entiende el síntoma o queja con el cual el paciente se presenta bajo la hegemonía del signo, marcando todo el énfasis en las categorías ordenadas de su clínica. De tal operación ha de emerger el concepto de enfermedad. Se tiene, entonces, que el concepto de enfermedad es la nominación, en tanto conjunto de signos y síntomas, que abre el entendimiento sobre el cual se pone en acto el tratamiento de lo psicosomático, pero no del sujeto que gobierna al paciente. Esta exclusión del sujeto que tiene tal forma particular de gozar (que no solamente el discurso de la medicina lo forcluye, sino que igualmente se ve operar en el paciente mismo en tanto porta pero no asume la lesión) induce a pensar que en un principio tanto el médico como el paciente se comportan de idéntico modo cuando se trata de lo psicosomático. En otras palabras, la enfermedad es el lugar común donde el médico y el paciente logran entenderse.

Ahora bien, cuando el psicoanálisis señala la lesión somática como un fenómeno que ocurre en el sujeto y del cual no hay representación en el inconsciente, o más aun, que no es una de las formaciones de éste (como lo es el sueño, el *lapsus*, el síntoma o el chiste), empuja nuestra reflexión al campo de la comprensión. Que el fenómeno psicosomático no tenga la estructura de las formaciones del inconsciente implica que está por fuera de las cadenas de representaciones en las cuales el síntoma se estructura; es decir, lo psicosomático, en tanto fenómeno, es entendido la mayoría de las veces como enfermedad, no es comprendido en la singularidad de la fijación de goce que la lesión muestra.

Si, como lo ha descubierto la clínica psicoanalítica, hay una fijación de goce que sirve de núcleo a la envoltura formal del síntoma, lo que equivale a decir, un goce que determina al sujeto del inconsciente, no se puede con el mismo argumento teórico clínico afirmar que el fenómeno psicosomático es una metáfora del goce. El fenómeno psicosomático no es un goce fálico, es un goce a cielo abierto sin ninguna investidura formal. Esta forma de pensar dicha afección –o sea como una “cosa” no preconceptuada por el inconsciente– es una manera de sostener la propuesta psicoanalítica de abordar lo psicosomático como algo que está por fuera del inconsciente pero que, merced a la invención del acto psicoanalítico, puede entrar en las cadenas de representación del inconsciente para ser comprendido por el sujeto.

A propósito de “entender” y de “comprender”, en tanto significantes que emergen de estos dos discursos, conviene ponerlos a operar con el fin de observar la forma como ellos se definen en la práctica.

Usualmente, antes de llegar al diagnóstico, el médico investiga en el examen clínico los síntomas y signos que el paciente le da. Este dar del enfermo conviene detallarlo. En primer lugar, puede afirmarse que lo que el paciente ofrece es un cuerpo hecho para gozar que presenta una falla que le puede o no producir malestar. Esta falla, que se significa en el síntoma o manera como el sujeto narra el goce, introduce una dimensión importante en la operatividad del médico dándole a ésta un valor de signo. Las palabras que devienen signo, “me duele la oreja” por “presenta otitis en el oído medio”, “me duele aquí, en el cerebro”, por “presenta cefalea en región occipital”, nos ofrecen este modo de entendimiento. Atendamos a estos giros del lenguaje. El pronombre personal “me” introduce el sujeto de la dolencia, y predica con ello el sentimiento de pertenencia que el dolor le señala. El dolor de órgano tendría por lo menos dos dimensiones, la versión del sujeto que lo porta y la significación morfo-fisiológica que el gran signo nombra. El síntoma o la manera como el órgano emerge de su silencio, el dolor, obtiene de parte del paciente la primera operación significativa a través de la mímica y la palabra que lo acompaña. Esta manera de darse el órgano del sujeto a la mirada del signo médico de entrada genera una operación en la relación que es pertinente entender.

Ahora bien, ¿cómo entender esta relación que se opera entre el signo y el síntoma que se ofrece como objeto? Para que un objeto, en tanto enfermedad, se dé a la intuición de la mirada clínica es necesario que existan categorías *a priori*, que le den forma a lo ahí presentado. El signo es *a priori* y, en tanto tal, posibilitador de la noción de enfermedad; es decir, el signo produce la señal de un aparente comprender el síntoma con el cual se expresa el organismo del sujeto. En este sentido, esto es, en el de la comprensión aparente de la relación, es importante introducir lo que el filósofo Ludwig Wittgenstein dice en su *Gramática filosófica* con respecto al lugar del signo en la comprensión del fenómeno:

Consideremos la comprensión como lo esencial y los signos como algo secundario. Por lo demás, ¿para qué tener signos en absoluto? Si se piensa que es sólo para hacerse entender por otros, entonces es muy probable que el signo sea visto como una medicina que ha de producir en otras personas el mismo estado que en mi mismo<sup>24</sup>.

Lo primero que podemos afirmar, siguiendo el planteamiento de Wittgenstein, es que el signo por sí solo no produce el efecto de comprensión que el fenómeno



■ Tenaga (Japón).

<sup>24</sup> LUDWIG WITTGENSTEIN. *Gramática filosófica*, México, Instituto de investigaciones filosóficas, Universidad Autónoma de México, 1992. pág. 71.



¶ Cinocéfalos y otros monstruos.

intuido presenta. Si el signo sólo hace que se represente el fenómeno intuido para otro con el fin de entenderlo, la comprensión queda excluida. El signo como medicina “que ha de producir en otras personas el mismo estado que en mi mismo” funciona como un sistema de señales que comunica lo mismo independientemente de la comprensión, donde la subjetividad es el elemento esencial. El síntoma y el signo médicos se entienden pero no se comprenden dado que el paciente, como ser hablante, queda excluido.

La universalidad del signo y la singularidad del fenómeno deben ser comprendidas con lo que Kant llama “sentido interior”. El sentido interior no es más que lo que aporta el sujeto de la intuición, la forma espacio- tiempo, para que el objeto pueda emerger del campo de la experiencia. El fenómeno que guarda en sí tanto el *a priori* del signo como el *a posteriori* del objeto que se da –textura, color, morbidez, su forma singular– define la comprensión como algo que no puede ser del orden transindividual. Así, cuando las palabras del enfermo se vuelven signos pierden su dimensión operatoria, dado que no ingresan la vida sobre la cual el lenguaje actúa para darle sentido. Una palabra adquiere sentido por el lugar que ocupa en la cadena significante del lenguaje; si la palabra se aísla se convierte en signo, de donde el campo de la vida se objetiva por la forma o estructura *a priori* del lenguaje en el sujeto. “Ahora bien, el lenguaje interviene en mi vida. Y lo que se llama lenguaje es un ser que consiste de partes heterogéneas, y la manera en que interviene en la vida es infinitamente diversa”<sup>25</sup>.

En este momento de la reflexión conviene preguntarse: ¿entiende o comprende la medicina el fenómeno psicossomático? ♦

Anteriormente se había señalado que “el síntoma y el signo médico, se entienden pero no se comprenden”, para hacer notar con ello la separación que el alma, o vida de la palabra, sufre cuando se la aísla de aquel que la proclama. Comprender, entonces, es un acto más vasto, dado que, aunque el entender esté inmerso en éste, se necesita del alma que el hablante le imprime para que la función comunicativa adquiriera pleno sentido. Si el lenguaje es un ser es porque precisa de un ser hablante que lo haga operar; para ello utilizará signos universales que lo hacen simbolizar para otro que, a su vez, tenga la potencia del lenguaje y comprenda el mensaje.

Puede decirse que si una palabra particular puede alcanzar su efecto, no puede ser reemplazada por ninguna otra; de igual manera que un gesto no puede ser reemplazado por otro. (La palabra tiene un alma, no solamente un significado). Nadie creería que un

<sup>25</sup> *Ibid.*, pág. 123.

poema permanece esencialmente inalterado si sus palabras se reemplazan por otras según una convención adecuada<sup>26</sup>.

Parodiando al filósofo L. Wittgenstein, podríamos afirmar que el ser hablante es reemplazado, en la clínica médica, por una nosología médica establecida. La alteración de la comprensión, consistente en la sustitución de la palabra por un signo, reduce así el campo de la experiencia médica al imperativo del signo. Se puede comparar, como consecuencia de la lógica desarrollada, lo psicósomático con una enfermedad que, en tanto tal, es un conjunto de síntomas y signos. Pero, igualmente, puede afirmarse, para ser justos con el discurso médico, que es un conjunto de signos-síntomas que están más allá del sujeto que los porta.

En la perspectiva del entendimiento, para la medicina comprender no es lo esencial; lo psicósomático se inscribe dentro de lo que se llamaría una sintomatología, definiendo lo sintomatológico como aquella entidad nosológica compuesta por un conjunto de signos y síntomas que dan como resultado un cuadro clínico. Lo particular de lo psicósomático es que, a pesar de mostrar signos y síntomas reconocidos por la medicina, presenta otros fenómenos que están por fuera del reconocimiento clínico. Esta "X" o incógnita que se resiste a entrar al conjunto sintomático que da forma al cuadro clínico impidiendo el diagnóstico establecido, es lo que se ha dado en llamar "entidad somatomórfica o psicósomática".

Lo psicósomático, en esta perspectiva, se inscribe dentro de lo que ha de llamarse una sintomatología reacia al signo patognomónico médico. La fisiopatología clínica ha ido construyendo en su *praxis* signos que permiten nominar fenómenos de naturaleza etiológica antes desconocida con el fin de desarrollar un *corpus* teórico donde lo real del organismo es tomado por el signo. El organismo como laboratorio irá objetivando paulatinamente fenómenos o percepciones que siempre se cumplen para determinado tipo de conflictos intraorgánicos. El signo, entonces, se irá formalizando en la medida en que la objetivación del campo observado haga emerger imágenes constantes de la fisiología orgánica. El síntoma, por ejemplo, entendido como la mediación verbal que hace el enfermo de su trastorno fisiológico, no halla la categoría de signo clínico sino en la medida de la traducción que hace el médico con el código formalizado que porta.

Si continuamos en esta lógica, el paciente es una sintomatología de pre-signos que lleva donde un médico portador de un código que los convierte en signos universalmente aceptados. Si el síntoma cabe en el signo, el cuadro clínico empieza a articularse, siendo el diagnóstico diferencial el resultado final que nomina la patología



La Esfinge.

<sup>26</sup> *Ibid.*, pág. 131.



■ Anticristo.

específica. En efecto, en la sintomatología de origen inespecífico, donde se instala lo psicósomático, aunque buena parte de sus síntomas pueden ser traducidos al signo, hay otros que quedan por fuera de dicha marcación. Esta forma de desconexión que se opera entre el signo y el organismo produce una falla en la articulación del cuadro clínico que lleva al cuerpo médico y a las compañías farmacológicas a crear un límite que podría llamarse “entidad somatomórfica”. Este término de lo psicósomático o somatomórfico, inspirado como puede verse en la falla del signo, hace que la patología orgánica inespecífica abra una puerta al vacío de lo innombrable.

Por último, el rasgo innombrable de la cosa psicósomática, que retorna siempre al mismo lugar del cuerpo lesionado, es la constatación de un signo de goce que en su perseverancia cada vez se hace más resistente a las formas de tratamiento semiológicos de la medicina.

Este cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de su extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está excluida completamente de lo que llamé la relación epistemo-somática. Pues la ciencia no es incapaz de saber qué puede, pero ella, al igual que el sujeto que engendra, no puede saber qué quiere<sup>27</sup> ■■■

<sup>27</sup> JACQUES LACAN, *Psicoanálisis y medicina*, en *Intervenciones y textos*, Buenos Aires, Manantial, 1985, pág. 92.