

# ¿ES POSIBLE UNA DIALECTICA INTERDISCIPLINAR? A PROPOSITO DEL SINTOMA PSICOGENO

*Primera reunión sobre Planificación Familiar. Alicante 5, 6, 7 abril 1990*

José Luis Serra  
Psicoanalista

**A** menudo los esfuerzos por establecer una dialéctica interdisciplinar, es decir, una comunicación, una transmisión, de conocimientos entre distintos saberes, necesaria en ocasiones para abordar por ejemplo el hecho de la enfermedad, tropieza con diversas dificultades.

Ya en algunos textos del corpus Hipocrático se puede constatar la intención de los clásicos en definir criterios que dieran cuenta de dos conceptos fundamentales: phisis y nomos, naturaleza y convenciones, lo natural y lo artificial, el cuerpo y el lenguaje en sentido lato, ello para la aplicación de la *tekhne iatrike*, o lo que es lo mismo el arte de curar.

A mi modo de ver, la dificultad central se sitúa en el orden de la certeza de saber si ésta existe. No hay dialéctica, la dialéctica interdisciplinar surge con la posibilidad de un intercambio de preguntas y respuestas, si los saberes que concurren frente a un hecho, en este caso como decía la enfermedad, lo que no marcha en el ser humano, se interrogan entre sí, o sea, si estos saberes no son sistemas de conocimiento cerrados sino que cierto tipo de

investigación puede introducir resignificación de conceptos, o cuando menos un cambio de posición del médico del terapeuta en relación al paciente.

Es de todos sabido que la objetividad del positivismo científico ha impulsado el desarrollo espectacular de la técnica hasta la alta sofisticación en la que en estos momentos nos encontramos, ello ha contribuido de forma radical al avance del saber en cuanto al funcionamiento del organismo vivo.

Así, es a partir del estatuto científico del saber médico que ha fundado una clínica experimental desde la anatomía patológica, que se ha podido definir el cuerpo desde dos modelos: primero el que lo asemejaba a la máquina termodinámica de Denis Papin, es decir, una máquina donde su equilibrio está asegurado por el empleo de fuerzas de tensión compensadoras y reguladoras, cuya energía es suministrada por complejas reacciones físico-químicas. En este sentido Bichat, a principios del XIX, presenta la siguiente definición: «la vida es el conjunto de fuerzas que resisten a la muerte».<sup>1</sup> Segundo, en estos momentos la tendencia actual es a definirlo siguiendo el modelo de la máquina cibernética, el cuerpo como una máquina donde la interrelación entre los sistemas inmunitarios, genéticos, hormonales, etc., queda asegurada por redes de

comunicación a través de los cuales circulan mensajes que transportan la cuota de información necesaria al funcionamiento de la máquina en su conjunto.<sup>2</sup> La alteración en la comunicación entre estos sistemas produce la rotura de homeostasis y la manifestación de síntomas.

Pero, me parece que, cuando hallamos en el hecho de la enfermedad una sintomatología, que ya hoy podemos definir, de carácter psicógeno debemos de tomar esta comparación del cuerpo a la máquina cibernética como una metáfora. Ya que, el lenguaje biológico, en esta clase de alteraciones donde lo subjetivo está en juego no es el único registro de información que tenemos para definir y diagnosticar esta alteración. El lenguaje máquina no es El Lenguaje. En el ser hablante el lenguaje se caracteriza por la polisemia, por la multiplicidad de sentidos que puede tener su mensaje. Es este carácter polisémico de la palabra lo que ya Leibniz consideró como un obstáculo para el pensamiento científico, pero aquí nos encontramos con una paradoja: ¿cómo eliminar el registro del sentido, es decir, cómo eliminar al sujeto cuando los síntomas psicógenos nos muestran su presencia?

Es este un primer punto de dificultad que pienso requiere dialéctica interdisciplinar. Ya que si bien la ciencia deja fuera, en aras de la objetividad, el campo del sentido, el sujeto. Es el sujeto y en el sujeto donde se producen los síntomas, no en las máquinas.

No es extraño por tanto que el saber de la ciencia sea refractario, en ocasiones, ante trastornos donde lo subjetivo del paciente está en primer término. Trastornos de los cuales el avance tecnológico, nos puede dar cuenta precisa de dónde se interrumpe la comunicación entre sistemas pero que sin embargo son resistentes a menudo, como podemos comprobar en la clínica, al restablecimiento de la comunicación a partir de métodos mecánicos o químicos.

Esto que digo no excluye por ejemplo que «la fecundación "in vitro"», solución de forma exitosa un problema de esterilidad; sin embargo no acaba con el posible conflicto neurótico que la causó. Un síntoma psicógeno, la misma palabra lo indica, es la expresión de la no adecuación entre la phisis y el nomós, es la inadecua-

ción del paciente con la realidad que lo circunscribe, de ahí que sólo tomar en cuenta uno de estos términos para la resolución de síntomas sea quizá eficaz, el avance tecnológico puede realizar la demanda consciente: tener hijos, pero poco práctico ya que si ese síntoma de expresión de un conflicto psíquico su resolución, sin tener en cuenta el orden del sentido, será momentánea y nos encontraremos nuevamente con el síntoma aunque desplazado.

Así, una línea de actuación que objetiva al paciente condena en muchas ocasiones sus resultados. Este tipo de síntomas es un mensaje que además de indicarnos a nivel orgánico su combinatoria binaria tiene la estructura de una metáfora, el síntoma aquí es la inadecuación de una respuesta del paciente donde su sentido se le escapa por estar desplazado, obviar esto, a mi modo de ver, requiere un replanteamiento ya que influye directamente sobre la dirección de la cura.

Los etólogos nos han demostrado que el cuerpo de un animal no se limita a su envoltura corporal, por el contrario abarca también su territorio con el que está en armonía. En el ser humano esto resulta un poco más complejo, ya que su cuerpo es también su organismo pero éste se definirá a partir de la incorporación de la estructura del lenguaje, hay un hecho que es fácilmente constatable y es la disimilitud que existe entre lo real del cuerpo, lo real biológico y lo que para un ser humano es este cuerpo, para un paciente su cuerpo es primero su cuerpo porque lo puede nombrar y segundo su cuerpo es la percepción subjetiva que tiene de él.

No es extraño por tanto escuchar en una paciente con una esterilidad psicológica situar la causa de su padecimiento en un «es que yo tengo ovarios polimixticos» frase que conjuga, que condensa por una parte el saber de la ciencia: son los ovarios poliquísticos una posible causa de esterilidad, y por otra algo de una verdad del sujeto y sus fantasmas. En esta paciente, como el transcurso del tratamiento ha dejado translucir, sexualidad como goce del cuerpo y reproducción se prohibían mutuamente.

Plantear así las cosas no es del orden de la especulación sino únicamente añadir una articulación posible, necesaria, para el tratamiento de lo psicógeno, es entre lo neutral y lo artificioso de la historia que hay en el ser humano que nos encontramos con esta clase de trastornos. Tratar lo psicógeno por lo artificial, es decir, por

la estructura del lenguaje y las leyes que lo rigen, metáfora y metonimia o lo que es lo mismo y Freud definió como mecanismo del sueño y de los trastornos neuróticos condensación y desplazamiento, tiene su razón de ser.

Es a partir de estas consideraciones que expongo muy resumidamente, que desde hace un par de años, en el Hospital General de Elche, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia venimos trabajando las manifestaciones psicógenas de las pacientes que acuden a la consulta de psicósomática. Utilizaré más la letra y la lógica que el número y la estadística para señalar algunas observaciones sobre esta experiencia.

1. Tomemos el síntoma médico con el que vienen estas pacientes: amenorrea, metrorragia, esterilidad, menopausia praecox, etc., como un signo de aquello que no marcha como la expresión en el cuerpo de algo que no funciona.

Si bien la definición clínica de este signo concreto universaliza, para cada paciente ese universal presenta una significación propia que lo singulariza como sujeto y lo separa de las demás personas que padecen el mismo síntoma. Para una paciente que «le falte la regla» puede significar la imposibilidad de tener relaciones sexuales, para otra se trata de la manifestación en forma de queja de la imposible asunción de su cuerpo de mujer, «si yo tuviera un cuerpo normal, fíjese qué cuerpo tan complicado y molesto; los hombres esos sí tienen suerte», o en otra el enigma oculto y angustiante de que es una mujer.

Así, a poco que se vaya desplegando el discurso del paciente podemos comprobar no sólo lo que conoce, la significación que para ella tiene el padecimiento que sufre, sino también lo que desconoce en su propio decir y que está en la fuente de su sufrimiento. Un sufrimiento que, como todo síntoma psicógeno, tendrá un beneficio secundario. El síntoma psicógeno no es otra cosa que una satisfacción sustitutiva que se impone al sujeto más allá de su bienestar.

2. En el tratamiento de estas pacientes se ha puesto de manifiesto la interesante equivalencia que se

produce entre las alteraciones funcionales y la dificultad de mantener relaciones satisfactorias heterosexuales, sin embargo sí existe un nivel de satisfacción auto-erótica asociado en la mayoría de casos a un fuerte sentimiento culposo. La generalidad que aporta esta observación, si bien con lo que acabo de exponer más arriba no aporta mucho para una clínica del caso, por caso si empeora sirve para producir hipótesis que pudieran ser verificables utilizando la metodología que más prefieran.

3. El desencadenamiento de un síntoma en el cuerpo es siempre casual, expresivo para el paciente pero en una detallada investigación lo vamos a encontrar asociado a hechos cargados de significación más o menos traumática, la muerte próxima de un ser cercano, un suspenso en la selectividad, quedarse sin trabajo, un intento de violación, etc., acontecimientos de la historia que nos dan la evidencia de la actualización de una situación pretérita no resuelta o reprimida.
4. El último punto que quería señalar es la necesidad de separar en un trabajo multidisciplinar la asimetría que existe en el paciente entre su demanda y el deseo que lo anima, ya que si bien el paciente demanda la curación no es eso evidente desde el registro del deseo, como muchas veces se pone de manifiesto en la reacción terapéutica negativa.

Para el abordaje de este tipo de síntomas hace falta una labor previa que genere un deseo de saber en el paciente sobre lo que le acontece, es decir, un paso necesario donde más que una objetivación se produzca una subjetivación del paciente en relación a su síntoma:

Para terminar diré que hay lugares en donde la dialéctica cuando menos se intenta, en otros es evidente que no, todos lo sabemos, pero lo que me parece claro, y es lo que he intentado mostrar es su pertinencia.

(1) y (2). Referencias tomadas del número 4-5, Especial sobre Psicósomática, de la revista: «Vectores del acontecer analítico». Alicante, abril 1990.