

Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica

HÉCTOR GALLO

El psicoanálisis distingue entre organismo humano, organismo viviente y cuerpo, distinción necesaria para hacer comprender la dialéctica en la cual puede introducirse la noción de enfermedad a partir de la clínica psicoanalítica.

Con el concepto de cuerpo no se hace referencia a un organismo compuesto de órganos internos y externos que tienen funciones fisiológicas específicas y desarrollan habilidades indispensables para la adaptación a la vida en sociedad. Tampoco se evoca a un viviente externo al linaje, a la raza, esencialmente relacionado con la *fisis* –la naturaleza–, como es el caso del organismo animal que se acomoda a su medio natural a partir de un esquema de comportamiento heredado genéticamente y que varía muy poco entre los miembros de la misma especie. El cuerpo en la clínica analítica se define en relación con un más allá de los órganos y de la necesidad; se trata de una trascendencia en la que son ubicados los ordenamientos simbólicos que le dan existencia como representación imaginaria asociada a impulsos sexuales y agresivos.

La exigencia cultural de reprimir aquellos impulsos regularmente contrarios al vínculo social, pero ajustados en el organismo animal a ritmos y condiciones naturales impuestos por un saber ancestral, es lo que introduce las condiciones necesarias, aunque todavía no suficientes, para que las enfermedades del cuerpo también se constituyan, sobre todo en nuestro tiempo, en enfermedades del ser causadas por el lenguaje y al mismo tiempo susceptibles de ser curadas por éste, como sucede en algunas enfermedades denominadas crónicas.

¿Qué estatuto darle a ciertas enfermedades del cuerpo en donde lo más relevante, sin duda, no es de ningún modo su referencia biológica, sino una enigmática referencia a la subjetividad?

Hay enfermedades en las que un seguimiento cuidadoso de su evolución por parte del médico tratante le permite establecer que no sólo emergen, sino que se intensifican, cuando el ser tiene contratiempos que lo angustian. Se trata de ciertas enfermedades en donde el médico, pese a la evidencia de un daño físico y de un dolor real por alteración del órgano, difícilmente logra establecer un compromiso orgánico que no admita discusión ni reserva en términos etiológicos. Esas enfermedades, a las que enseguida se hará referencia, suelen ceder ante lo mítico, es decir, ante intervenciones de tipo simbólico inscritas en la comunidad como tradición, o ante cambios importantes en el modo de vivir y de relacionarse.

El caso de las conversiones histéricas –donde la alteración del órgano es real pero la causa es imaginaria–, de la hipocondría esquizofrénica –donde la enfermedad del órgano da cuenta de un intento de localización del goce invasor–, de los fenómenos psicósomáticos –donde el daño y la causa pueden ser reales, pero siempre queda la sensación de una misteriosa implicación del ser– y, por último, los malestares del cuerpo atribuidos al estrés, son los ejemplos más inmediatos que pueden invocarse para hacer entender en qué sentido la clínica psicoanalítica habla de enfermedades del cuerpo que comprometen fuertemente al sujeto.

En las instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S.) es inocultable la preocupación por un tipo de enfermo denominado crónico, no propiamente por razones humanitarias, sino por cuestiones de presupuesto. Dentro de la llamada “Ley cien” los enfermos crónicos representan un gasto que afecta seriamente la rentabilidad en las contrataciones que realizan las I.P.S.; se trata de un enfermo que no es bienvenido a la consulta porque es sinónimo de desfalco, de intervención inútil y además implica para el médico un aburridor retorno de lo igual, porque siempre habla de la misma manera cuando se refiere a su enfermedad.

Hay una misteriosa presencia de la subjetividad en los enfermos crónicos, presencia que determina un no saber cómo responder a la queja permanente que los caracteriza. Al no saber qué hacer con ellos, las instituciones prestadoras de servicios de salud implementan diversas estrategias para contrarrestar su compulsión a consultar: la cuota moderadora, los consejos médicos, la remisión al psiquiatra, los placebos, la agrupación en conjuntos que llevan el nombre de la enfermedad con el objetivo de motivar su participación en actividades educativas que se espera actúen como antídoto contra la consulta, etc. Pero como la promoción de la salud, la educación y la información preventiva suponen un yo autónomo-racional capacitado para el auto-cuidado y con un buen nivel de autoestima, pronto

Se tratará de mostrar por qué es ingrato el lugar que actualmente ocupa el “enfermo crónico” en el discurso médico. También se hace una elaboración crítica de la prevención de cronicidad de la enfermedad y de los modelos de intervención en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

la institución médica se da cuenta de que con los enfermos crónicos esas suposiciones son falsas, porque la eficacia preventiva y terapéutica de esos programas no es la esperada, además de que el interés por consolidarlos es mínimo al no ser rentables.

LOS SIGNOS DEL RETORNO DEL SUJETO EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA

En el lenguaje asistencial de la salud pública, una persona, una enfermedad o un dolor, y en general todo aquello que se vuelve largo, habitual y molesto, merece ser calificado con el adjetivo “crónico”. La palabra crónico se relaciona, en consecuencia, con un malestar que dura mucho tiempo, un cuerpo que lo resiste, una queja que se prolonga, una solución que falta, una pulsión que goza, un sujeto que es forcluido y un chantaje que no para.

Dado que el enfermo crónico se caracteriza, si cuenta con los medios, por visitar asiduamente el consultorio de los médicos, y que la finalidad básica de éstos es curar empleando el saber y los aparatos que tengan a su alcance, una y otra vez el enfermo será auscultado para tratar por fin de localizar una verdad visible, pero en esos casos esta verdad siempre se esfuma y el saber médico toca así el límite de un real imposible. Cuando este imposible por fin revela una falta en el saber, el recorrido del paciente habrá sido largo, fatigoso y de múltiples consecuencias psíquicas y físicas.

Al lado de la falta en el saber, surge lo incurable como expresión solidaria de la cronicidad. Lo incurable sella la impotencia del médico y, a la vez, pone un límite a su obse-

sión de sanar. Cuando por fin el médico se detiene en su imperativo ético de sanar a costa de lo que sea, queda un cuerpo maltrecho y una desconfianza básica en el quehacer de la medicina, pues el enfermo ha sufrido un maltrato de la ciencia que en no pocas ocasiones resulta ser innecesario, donde se expresa que una de las consecuencias del furor médico de sanar es el establecimiento de una relación sadomasoquista entre la ciencia y el enfermo.

En los casos en que se verifica la conformación de una pareja pulsional entre el superyo sádico de la ciencia “que goza interviniendo el cuerpo” y el yo masoquista del enfermo “que goza ofreciéndose para ser intervenido”, el resultado es un dolor alrededor del cual girará el circuito pulsional que se establece entre el enfermo y el Otro científico, del cual el médico es su instrumento.

¿Cuándo deja un médico de intervenir el cuerpo a nombre del furor científico de sanar? Cuando su experiencia fallida le impone la certidumbre de un “no hay nada que hacer”, frase que para el Otro de la medicina significa un detente de gozar, resignate a la impotencia y deja de obedecer a tu imperativo salvador.

Pero acerca de ese límite en donde uno –como cuerpo enfermo– deja de ser gozado, el médico de nuestro tiempo, que es el de la omnipotencia tecnológica y el de la atribución de un poder ilimitado al medicamento, no quiere saber nada. Es como si no soportara la impotencia de no poder curar, por eso no parece tener una idea muy clara de cuáles son los límites éticos de su acción, pues una y otra intervención mecánica o farmacológica estarán justificadas a nombre del noble objetivo de sanar al enfermo y del paradigma médico del cuerpo como idéntico al organismo.

Digamos que el enfermo crónico es tratado médicamente como un “incurable”, es decir, como un ser que siempre reclama una intervención en su cuerpo a pesar de ser informado de su posible inutilidad. Esta posición de hacerse hacer todo cuanto al Otro de la medicina se le antoje es muy semejante a la de hacerse pegar del masoquista y a la de hacerse mirar del exhibicionista, hecho que permite arriesgar la siguiente hipótesis clínica: hay una dimensión pulsional que se constituye en la esencia de la posición del sujeto crónico, la cual se expresa como instrumentación del exceso del Otro-científico sobre el cuerpo.

¿Por qué el saber médico de nuestro tiempo se acoge tan fácilmente a una demanda pulsional de instrumentación? Entre un sujeto que dice: “nada me vale porque sigo igual, pero aun así quiero que me den o que me hagan alguna cosa para este dolor, que me miren a ver qué tengo”, y el Otro de la medicina, hay una demanda pulsional, una demanda silenciosa que ya no es de curación sino de goce, una demanda que obliga al médico especialista a desplegar su saber en función de satisfacer el silencio de esa pulsión en juego.

Allí donde el Otro coloca el saber en el puesto de comando, es fácilmente alcanzado por la voluntad pulsional; de ahí que si ahora el matrimonio entre el crónico y el Otro del saber médico no es perfecto, ello no se debe a que falte entre los dos un engranaje pulsional que los una en función del goce, sino a que no es rentable institucionalmente. Lacan muestra que la pulsión evoluciona en circuito, y que en el movimiento de retorno introduce al gran Otro; siendo el cuerpo el que está al comienzo como apuntalamiento de aquella, y al final como lugar de un goce en el que sin duda participa el Otro demandado a partir del hacerse hacer de la pulsión. Es tal vez por esto que el crónico nunca quiere irse sin hacerse hacer algo del médico, sin que le digan o le den algo concreto: es alguien que, por un lado, representa para el Otro una tentación pulsional de goce y, por otro lado, sanciona un suspenso en el saber ya que se constituye en el mensajero de una impotencia que causa displacer y deja sin piso el anhelo narcisista de vencer la enfermedad.

Las políticas de atención imperantes en este momento en el plano de la salud pública reducen al enfermo crónico a un lugar ingrato; ser crónico es más un estigma que una designación que particularice un modo de intervención, por eso ahora la pregunta básica no es cómo atenderlo de la forma más adecuada, sino cómo alejarlo de la manera más humana posible, cómo evitar que venga a confrontar el saber médico y a poner en jaque el presupuesto de la institución de salud.

La educación y la prevención en salud surgen hoy en este contexto, y son empleadas por los administradores de la salud y de la enfermedad como el medio más apropiado para vacunar al crónico contra su hábito de consultar. Que quienes estén predispuestos a un mal crónico sean informados para que se protejan de exponerse a ciertos riesgos, y que quienes ya padecen el mal sean educados para que las consecuencias no sean más graves, parecen ser hoy las consignas en el orden preventivo.

Pero hay un problema fundamental que en la dimensión preventiva no se tiene en cuenta: es el hecho de que discurso médico cree que el enfermo es siempre un ser racional y consciente de sus actos; por eso dentro de su lógica no es muy claro el lugar que tendrían el psicoanálisis y la psicología en los procesos de atención al enfermo y a las enfermedades de su cuerpo.

Los médicos están formados para creer que los pacientes se relacionan con su cuerpo y con la enfermedad de acuerdo a la información que poseen o a la ignorancia que los afecta. Esto es verdad hasta cierto punto, pero no deben olvidarse que no solamente la razón domina el cuerpo, pues hay una alta dosis de sinrazón que también nos

Body and illness: a psychoanalytic approach

We shall attempt to show why it is so painful to occupy the position of the "chronic patient" in medical discourse. We also examine critically prevention of chronic illness and the models of intervention used by medical care institutions.



empuja hacia lo peor independientemente de la información que poseamos para prevenir el mal que nos acecha.

Los adolescentes de hoy, por ejemplo, conocen perfectamente los métodos de planificación, les falta poca información a este respecto; sin embargo, hay alarma general por la proliferación de embarazos y de abortos entre ellos, hasta el punto que el Otro regulador ha convertido esta explosión en un problema de salud pública. Hay un orden que se está perturbando y el Otro no sabe cómo hacer para inventar un escenario que les permita a los jóvenes tomarle a la pulsión la justa medida de su satisfacción corporal. No hay correspondencia entre la programación de la pulsión y lo que quiere el Otro de la salud pública. Mientras la pulsión se programa para gozar por fuera del amor, el Otro de la salud pública quiere que no existan malentendidos con el comercio sexual, que eso sea programado en su momento y en su justo lugar.

¿Cómo se explica en el discurso oficial de la salud la paradoja consistente en que a mayor información mayor es el crecimiento del mal que se quiere evitar? Se cree que ya los valores no logran sofocar a la pulsión, que ya no hay buena comunicación entre el ideal y lo real de la tendencia, así que se programan campañas educativas para restablecer eso que se cree se ha perdido. Pero de lo que no quiere darse cuenta el discurso oficial es que no es lo mismo educar para el cuidado de los dientes que educar para prevenir la disfunción de la sexualidad y la emergencia de la agresividad, donde no se trata simplemente de aprender hábitos de limpieza y de cumplirlos mecánicamente para no tener caries, porque

la pulsión no se deja ajustar al hábito debido a que ahí el ser humano es "autista": no escucha, no ve, no entiende y no habla.

La información preventiva se funda en una consigna propia del principio del placer: el ser humano siempre quiere el bien para sí y para el otro. Esta mentira piadosa conviene sostenerla, pues de otra manera no sería posible para el discurso de la salud pública operar a partir de ideas como "a mente sana, cuerpo sano", que es el presupuesto encargado de conducir la elaboración de las estrategias de promoción en salud y prevención de la enfermedad.

Si los médicos optan por colectivizar a quienes padecen un mal crónico para tratarlos en masa, es porque suponen que cada mal da cuenta de un goce homogéneo y no singular, por eso dicen "hipertensos", "cancerosos", "asmáticos", "asfixiados", "diabéticos", etc. Se cree que en cada una de esas categorías se reúnen seres homogéneos, seres para quienes la enfermedad significa la misma cosa, así que se proponen reunirlos en programas donde todos los clasificados en determinada enfermedad reciben las mismas consignas para evitar su cronicidad, les son recetados los mismos medicamentos y propuesta la misma dieta (si es que se presume que con una adecuada alimentación puede contribuirse a la recuperación del equilibrio perdido por el organismo).

Pero resulta que no todos reaccionan de igual manera frente a las consignas médicas: unos se conducen como si no hubieran escuchado, otros siguen disciplinadamente las indicaciones y no mejoran, y también se encuentran aquellos que resultan aliviados de su mal sin que medie ningún tratamiento especial ni explicación definida. El crónico más insoportable para el discurso médico es aquel que viene a preguntar siempre las mismas cosas, pues hay que repetirle hasta el cansancio las mismas recomendaciones, cuyos resultados son comúnmente desalentadores. Los médicos suelen explicar esta necesidad de preguntar sobre lo mismo y de quejarse como un signo de ignorancia y como efecto de una supuesta terquedad del usuario, hecho que revela el rechazo a darle algún estatuto a la enfermedad en la vida del sujeto.

ESTAR Y CRONICIDAD

Estar enfermo es algo que para cada hombre tiene una significación muy particular, por eso la educación-prevención debe tener en cuenta dos dimensiones: una real-orgánica y otra virtual, correspondiente a los imaginarios individuales y colectivos que circulan en el discurso corriente a propósito de la enfermedad de la cual se trate. La magnitud de estos dos registros en la emergencia, evolución y consolidación o debilitamiento de la enfermedad, sobre todo si es de índole psicósomática, debe ser evaluada por un proceso serio de prevención, educación e intervención asistencial y terapéutica.

Digamos que la cronicidad tiene dos aspectos, uno orgánico que se puede localizar y otro correspondiente a un malestar de vida generalizado en los hombres de esta época denominado por los médicos estrés. Antes se decía “estoy nervioso”, ahora se dice “estoy deprimido o estresado”.

Depresión y estrés son dos síntomas contemporáneos de moda; mientras el primero, como dice Miller, “está claramente sobre la vertiente de la separación”¹, pues implica una identificación del ser del sujeto “al a como desecho, como resto”, el segundo, o sea el estrés, “afecta al sujeto que está arrastrado en el funcionamiento de la cadena significante y en su aceleración”².

Frente al sometimiento a los significantes capitalistas del máximo rendimiento en el menor tiempo posible, significantes a los que no se anuda el deseo sino el imperativo de la competencia, emerge el sujeto enfermado en su cuerpo sin diagnóstico de que exista nada orgánico que lo justifique. Ante este malestar, el médico responde con el diagnóstico de síndrome de estrés, colocando nuevamente la responsabilidad por fuera del sujeto, es decir, en algo que se supera con el simple hecho de tomar unas buenas vacaciones, descansar y divertirse sin pensar en nada más que en el placer. En la eventualidad de que el principio del rendimiento no permita el descanso ni la despreocupación respecto al deber, hay productos –las esencias florales por ejemplo–, a los que se les supone imaginariamente la capacidad de curar las tensiones de nuestro tiempo y las que son producto de las exigencias del trabajo.

Todo lo que el médico no comprende es atribuido hoy por hoy al estrés, palabra que se ha vuelto tan general que ya no se sabe qué designa. El estrés es una invención del capitalismo que se ha convertido en un malestar cultural crónico, cuya repercusión pronto se manifiesta en el cuerpo, registro que aparece como el más apropiado para su localización bajo la forma de un síntoma. El cuerpo es un poderoso auxiliar del llamado estrés, es un lugar que cada sujeto moderno emplea más o menos eficazmente como un refugio para escapar a un conflicto. Es más cómodo decir “me siento estresado, tengo gastritis, diarrea, migraña”, etc., que reconocer un conflicto específico en el modo de relacionarse con el ser, con la existencia o con su pareja. Por este motivo hay cuatro aspectos que un psicoanalista debe tener en cuenta cuando un enfermo crónico, por sugerencia de su médico, decide complementar su tratamiento de la enfermedad con un dispositivo de palabra. Esos cuatro aspectos son los siguientes:

- a) Su conducta ante la vida.
- b) El uso que hace de la enfermedad que lo afecta.

Corps et maladie: un point de vue psychanalytique

On essaiera de montrer en quoi elle ingrate la place du “malade chronique” dans le discours médical. Également, une élaboration critique de la prévention de la maladie chronique et des modèles d'intervention des institutions sanitaires est avancée.



‡ Cabeza de la Medusa. Bibl de Arts décoratifs, París.

¹ JACQUES ALAIN MILLER, *Goces sin Otro*, en VERA GORALI (Comp.), *Estudios de Anorexia y Bulimia*, Buenos Aires, Cap, 2000, pág. 23.

² *Ibid.*, pág. 23.

- c) Los sufrimientos psíquicos que su enfermedad le causa.
- d) La forma en que se defiende contra ella o su forma particular de adaptarse, y la manera como se representa psíquicamente el órgano enfermo, pues en no pocos casos se verifica una extraña erotización del dolor corporal expresada en la manera de hablar del órgano afectado.

El enfermo crónico es la versión sintomática de nuestra época, representa el colmo del llamado estrés, y se conduce por tanto como si solamente su mal mereciera ser atendido, como si la enfermedad fuera un objeto precioso, su carta de presentación, sobre todo en el caso de pacientes jubilados que han perdido su identidad de trabajadores.



IDENTIDAD, ENFERMEDAD Y SEGRIGACIÓN

Digamos que el enfermo crónico decidido no habla de los cuatro aspectos antes anotados, ellos están implícitos en su discurso sobre la enfermedad, de la cual es un erudito, a tal punto que puede llegar a saber muy bien cuáles medicamentos resultan benéficos y cuáles no. El verdadero enfermo crónico ha realizado una extensa carrera por la farmacopea existente, llega al consultorio psicoanalítico con la historia de sus dolores bajo el brazo, es lo primero que quiere exhibir, la muestra con inocultable orgullo derrotado, quiere dar cuenta punto por punto de toda su excursión inútil por la ciencia médica, y cuando se le escucha consintiendo en que se trata de un verdadero enfermo, se muestra agradecido y complaciente. Es un alivio para él que se lo reconozca enfermo de algo, por eso, si por alguna razón va donde el psicoanalista, quiere dejarle la historia de su enfermedad como un regalo precioso para ser estudiado.

El enfermo crónico parece enamorado de su mal; a pesar de quejarse no está dispuesto a renunciar a su enfermedad, pues se ha convertido en su compañera inseparable, en el elemento básico que lo representa para otro. El enfermo crónico, tal como Freud lo enseña, sobreinvierte la representación psíquica de la zona lesionada y dolorosa, él no dice que el enfermo se enamora de su organismo, sino de la representación mental del lugar del cual se queja. Un enfermo crónico está tan bien educado respecto a su enfermedad, que el problema no es cómo educarlo para que colabore en la recuperación de su salud, sino cómo descentrar su ser de la identificación al mal.

Cuando la enfermedad ya no es vivida como un cuerpo extraño que debe extirparse del organismo y del ser, sino como una forma de representar a éste último, de nombrarlo ante otro, ya no hay sujeto dispuesto a curarse, a colaborar con el

médico en su tratamiento, sino dispuesto a hacerse reconocer con el nombre de su enfermedad. Los programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, tal como son concebidos actualmente, conducen al enfermo a identificar el yo con el nombre de la enfermedad, hecho que sin duda los pondrá al servicio de una finalidad contraria a aquella para la cual son creados.

El discurso médico busca por todos los medios que el sujeto identifique su ser con el mal que lo aqueja, supone que éste es un paso sin el cual difícilmente se contará con su colaboración en el tratamiento. El discurso analítico, por su parte, considera que este hecho, lejos de ser benéfico, más bien se constituye en un obstáculo subjetivo para la curación, pues implica un acomodamiento del yo al mal, que sin duda lo conducirá a descubrir que mediante la enfermedad puede llegar a obtener ciertas ventajas familiares y sociales que de otro modo le serían negadas.

Por razones curativas y educativas, y porque hay que acogerse a las políticas de salud, los médicos de muy buena fe contribuyen a que el enfermo crónico pierda el nombre propio y adopte en su lugar el de la enfermedad, hecho que le impide construir una distancia entre su ser de la cotidianidad y su ser de síntoma, que es el encargado de transportar un goce. La posición frente a la enfermedad del sujeto que dice “yo tengo asma”, no es igual a la de aquel que dice “yo soy asmático”. Aquel que dice tener un síntoma al que Otro le dio vida acuñándole un nombre, es común que demande no ser confundido con él; pero aquel que es el síntoma suele reclamar ser llamado por su nombre. El sujeto así identificado se convertirá en una boca por la que se revela la alineación fundamental del enfermo a los significantes amos encarnados por ese Otro que lo puso a cargar con el nombre del mal que lo aqueja.

Aquel enfermo que dice “yo soy...”, está bien educado, es objeto de una segregación porque ese nombramiento con su mal de entrada le impedirá ser como los otros, hecho que lo empuja a adaptarse a su mal y no a revelarse psicológicamente, sin que por ello abandone las precauciones que sean indispensables para su curación. Esta adaptación del paciente a su enfermedad es lo que se devuelve como contragolpe para el discurso de la salud pública, pues el crónico, obedeciendo a la identidad que el discurso de la prevención le ha dado, no cesará de tocar la puerta del consultorio médico y de contrariarse cada vez que no se lo reconozca como tal.

Se dice hoy que el enfermo crónico es una vena abierta que desangra a las I.P.S.; entretanto hay familias para las cuales el enfermo es un punto de equilibrio: permite la ventaja de poder señalar en un mismo lugar el síntoma de lo que no marcha en aquella, quedando así el resto de sus integrantes bien resguardado frente a sus defectos.

¿Para qué le sirve un enfermo crónico al Otro familiar?, ¿qué uso hacen sujeto y familia de la enfermedad?, ¿en qué medida la lesión y los dolores se articulan con la historia de los vínculos del grupo?, ¿qué sujeto es el que se pone en juego allí donde el saber sobre el organismo ya no permite explicar completamente la enfermedad?, son preguntas que definen la intervención desde el psicoanálisis, allí donde los médicos invocan el estrés como causa o como agravante de la enfermedad.

Mientras que para los médicos el estrés define un límite en su intervención y para las multinacionales de los medicamentos exige la invención de algo que supuestamente permitirá prevenirlo y combatirlo, para el psicoanálisis el estrés define un síntoma contemporáneo que se constituye en una de las formas del retorno del sujeto allí donde la ciencia médica lo ha forluido. El estrés es una de las maneras como en el capitalismo se evidencia la ausencia de una relación entre el deseo y el trabajo. Allí donde deseo y trabajo se separan, el reino del estrés nos espera.