

J. Ortiz Rodríguez

La subjetividad en el proceso del enfermar

Servicio de Psiquiatría
Hospital Ramón y Cajal
Madrid

El abordaje médico de las enfermedades, tanto de la mente como del cuerpo, en el que actualmente prevalece el discurso universitario ligado a su vez al discurso del amo, saber científico en el que sólo tendría cabida lo biológico, lo que se puede medir, ponderar, visualizar y que ha adquirido estatuto de dogma implícito, generando una demanda desde la exigencia (derecho a ser curado y una obligación por parte del médico de curar, restituir) y que ignora (en su doble acepción de ignorancia y de negación) que el sujeto que enferma no es sólo un cuerpo, sino un sujeto del inconsciente. Sujeto que se sostiene en el registro real del cuerpo, pero también en el de las imágenes y las palabras. Al decir imágenes me refiero a la idea que tenemos tanto de nuestro cuerpo como del cuerpo del otro y que también está capturado en representaciones simbólicas a través del lenguaje.

El proceso de enfermar va a estar modulado en cada individuo no sólo por su carga genética, sino por su historia familiar y personal y por su particular forma de relación con lo que en terminología lacaniana llamamos goce (algo que estaría en el orden de la excitación, de la tensión, del gasto).

Si el médico, sea o no psicoanalista, no tiene en cuenta esta parte oscura del paciente estará perdiendo capacidad para entender los procesos del enfermar y, lo que es más importante, para comprender las interacciones imaginarias que se reviven inconscientemente en la figura del médico, a lo que Freud denominó transferencia y que adecuadamente manejada resultará un arma terapéutica de primer orden.

Palabras clave:
Subjetividad. Enfermedad.

Actas Esp Psiquiatr Monogr 2005;3:87-89

Subjectivity in the process of falling ill

The medical approach to both mind and body illnesses, when the university discourse together with the master's discourse/scientific knowledge prevails, and where only the biological, i.e., anything that can be measured,

pondered, visualized, would have place and has acquired the status of implicit dogma, generating a demand from the exigency (the right to be healed and the physician's obligation to heal, restore) that ignores (being both ignorance and denial included in this concept) that the subject who falls ill is not just a body, but a subject of the subconsciousness. A subject who stands not only on the real register of his/her body but also on that of words and images. When we say images we are referring to the idea we have about our body and the other's, also captured in symbolic representations by means of the language.

The process of falling ill is not only going to be modulated in every individual by his/her genetic information but also by his/her personal and family history and his/her own relationship with the, according to the lacanian terminology, so-called «enjoyment» (something related to the idea of excitement, tension, waste).

If the doctor, either a psychoanalyst or not, does not take into consideration this dark side of the patient, he/she will be losing capacity to understand the illness process and, what is more important, to understand the imaginary interactions which are subconsciously brought back to life over doctor's figure, the so-called transference described by Freud, which could become a first-class therapeutic tool when is appropriately used.

Key words:
Subjectivity. Disease.

¿EN QUÉ LUGAR ESTÁ COLOCADO EL MÉDICO EN LA SOCIEDAD ACTUAL?

¿Cuál es el saber médico? Se corresponde sin duda con el saber científico; ocupa el lugar de la ciencia. Y ¿cuál es este saber de la ciencia? Es el que se puede «demostrar», es decir, medir, observar, cuantificar, tabular, incluir en series estadísticas, etc. Fuera de esta «verdad» nada es válido, y sobre todo en el campo de la psicología, de la salud mental, queda automáticamente descalificado. No estamos hablando, sin embargo, de nada nuevo. Ya en la época de Freud, finales del siglo XIX hasta casi mediados del siglo XX, sucedía lo mismo que en la actualidad. Podemos ver un ejemplo claro en

Correspondencia:
Javier Ortiz
Solano, 19
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

el texto de Freud de 1932-1933: «Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis»¹ en el que se sorprende ante las numerosas críticas recibidas desde los círculos científicos médicos y psicológicos a su teoría, sobre todo por su escasa demostrabilidad desde el rigor de la ciencia. Se sorprende sobre todo de cómo cada vez que se lanza una hipótesis sobre el funcionamiento del psiquismo humano se produzca un gran revuelo y rechazo frente a lo que ocurre en otros campos del conocimiento, donde se parte con frecuencia de teorías para poder progresar en los conocimientos. ¿Cómo hubieran podido prosperar las teorías astronómicas, por ejemplo de Galileo, careciendo en la época de los más elementales aparatos de medición de los cuerpos celestes? Todos conocemos el desenlace de la historia. Podría poner numerosos ejemplos de ciencias en las que primero se establece una teoría y posteriormente se investiga buscando la forma de demostrarla. No se ha demostrado, por ejemplo, la teoría del Big Bang, pero que yo sepa ningún científico mínimamente riguroso se dedica a ridiculizarla o a descalificarla, sobre todo si no la conoce, como le sucede a menudo a los principales detractores de la teoría psicoanalítica.

Es lógico, por otra parte, que la psicología y la psiquiatría traten de buscar métodos científicos que avalen su saber, mas muchas veces este empeño nos obliga, bien por excesiva simplificación unas veces, bien por intentar describir los trastornos minuciosamente pero renunciando a clasificaciones etiológicas, a limitarnos a lo meramente biológico o conductual.

Pero volvamos al saber del médico de hoy. Es, como he dicho, un saber científico-biológico, pero es un médico que ha perdido gran parte de su llamémoslo carisma, ha ido perdiendo su prestigio, su autoridad, a cambio de ese saber científico con el que está actualmente plenamente identificado. El mensaje con el que se nos bombardea constantemente desde los poderosos medios de comunicación es el de que la ciencia todo lo puede. Ciencia que en la mayoría de los casos va unida al poder económico. Existen programas de radio, de televisión y páginas de diarios dedicados a los últimos descubrimientos de la medicina. Se lanzan continuos mensajes en los que se asegura que los avances científicos en el campo biológico podrán dar respuesta a cualquier problema médico en un futuro no muy lejano. Hemos asistido recientemente tras el descubrimiento del genoma humano a una especie de euforia poco justificada en la que se asegura la curación y la explicación de todas las enfermedades, por lo que podría fantasearse incluso que la inmortalidad del hombre está a la vuelta de la esquina. ¿No es acaso lo mismo que prometen la mayoría de las religiones? En este contexto en el que lo científico tiene estatuto de dogma lo estrictamente psicológico queda reducido al chiste, a un espejismo primitivo; las emociones, los síntomas psíquicos no son más que expresión de determinados procesos biológicos. No existe en mi modesta opinión mucha diferencia entre esta perspectiva, en la que se otorga omnipotencia absoluta a la ciencia, y el pensamiento mágico de las culturas primitivas.

¿Qué consecuencias provoca esta situación? Tiene consecuencias sobre los médicos y sobre los pacientes. El médico se

ve atrapado en la obligación de curar (desde la omnipotencia del discurso científico). La mala práctica se deriva únicamente del hecho de no haber aplicado correctamente los protocolos establecidos en cada caso sin que se tenga nunca en cuenta la calidad de la relación con el paciente. Para el enfermo también tiene consecuencias importantes, ya que no solamente se va a sentir engañado cuando compruebe en sí mismo o en otros las limitaciones de la ciencia, sino que en ocasiones va a ver limitado también su derecho a enfermar.

Muchas veces sucede que si alguien está enfermo es prácticamente porque quiere. O desatendió los mensajes y consejos médicos no realizándose a tiempo los preceptivos chequeos, o vivió de forma poco sana (según las tendencias del momento), o no cumplió los tratamientos adecuadamente, todo ello para seguir produciendo sin detenerse un instante, tal y como se nos asegura en algunos anuncios de medicamentos: para que una insignificante gripe no le haga detenerse².

Como vemos en este particular discurso de la ciencia que he expuesto, que estaría íntimamente relacionado con el discurso del amo, estamos implicados todos y estas implicaciones no sólo tienen que ver con la salud, sino también con el poder económico. ¿Por qué desde el responsable discurso científico no se abre un debate serio sobre cómo condiciona la industria farmacéutica la práctica de la medicina? Todos tenemos seguramente varias respuestas que aportar, pero no es mi intención centrar el debate en esta cuestión tan peliaguda.

¿Qué es entonces ser médico? ¿Es sólo como se nos explica durante la carrera poseer unos conocimientos biofisiológicos y con la ayuda de complicados y sofisticados aparatos tratar casos clínicos? ¿O ser médico, lo que está en la base del deseo de ser médico, es sobre todo ayudar a aliviar el sufrimiento en las personas? Habría entonces, si aceptamos a *grosso modo* esta definición, que empezar hablando de qué es una persona por elemental que parezca. ¿Es una persona igual a un cuerpo, organismo biológico con un código genético determinado? Yo diría que sí, pero no sólo eso, es también algo más. Una persona siente, habla unas veces, otras no puede hacerlo y sustituye la palabra por síntomas en el cuerpo. El cuerpo que habitamos y del que tenemos, cada uno nuestra propia representación imaginaria. Un cuerpo que está hecho de superficies y de bordes³, un cuerpo que para el psicoanálisis es erógeno y se desarrolla en función de su sexuación, a través de unas etapas o fases por las que todos tenemos ineludiblemente que pasar. Fase oral, anal, fálica, de latencia y genital⁴. Un cuerpo que provoca sensaciones placenteras que van a generar demandas al otro. No sólo el bebé llora porque desea extraer leche del pecho materno (o su equivalente) para satisfacer el hambre o la sed, sino porque desea satisfacer una pulsión a través del placer que experimenta por la excitación de las mucosas de los labios y de la boca y del contacto con la madre.

Esta sexualización del cuerpo que se va produciendo a través de las etapas del desarrollo de la libido nos permite explicar los puntos de anclaje, las fijaciones, las regresiones que se van a producir a lo largo de la vida de cada sujeto. El necesario

paso por el Complejo de Edipo va a suponer un corte que estructurará al sujeto permitiéndole separarse del cuerpo de la madre con el que originariamente se halla en indistinción funcional⁵ permitiéndole acceder al registro Simbólico.

He mencionado en mi exposición tres instancias diferentes, tres registros en los que se sostiene el sujeto. El del cuerpo biológico, el del cuerpo que enferma, que sufre cambios, que envejece y se destruye. Es el registro de lo Real, del que apenas nada se puede pensar, se puede decir. También he hablado de ese otro cuerpo imaginario que habitamos, compuesto por superficies y bordes erogenizados, que pertenece al registro Imaginario y de la forma de nombrar ese cuerpo del que a menudo hablamos como algo distinto a nosotros, ese cuerpo que ya antes de existir está revestido, está atravesado por palabras, por significantes, es el registro Simbólico⁶.

Hemos visto cómo una persona no es únicamente un cuerpo con sus reacciones biológicas, pues al ser un ser pensante, pero sobre todo pensante a través del lenguaje, adquiere otra dimensión distinta que debe ser siempre tenida en cuenta. Me refiero naturalmente al inconsciente. El inconsciente, la parte más extensa de nuestro aparato psíquico, no puede ser ignorado ni artificialmente separado del funcionamiento global del sujeto. Estoy plenamente convencido de que el día en que los senderos de la ciencia y del psicoanálisis confluyan y se fundan se producirán importantísimos avances en medicina.

¿Qué ocurre cuando enfermamos? ¿Enfermamos todos de la misma manera? La respuesta sería afirmativa si no tenemos en cuenta esa parte oscura de nosotros mismos, que aparece casi siempre velada, fuera de nuestra conciencia. Es evidente que cada persona tiene su forma de experimentar el dolor, el sufrimiento, la incapacidad que le provoca una dolencia. Cuando las personas enferman se van a producir regresiones a determinados puntos de fijación que van a tener que ver con la biografía de cada sujeto, de cómo cada sujeto se ha ido estructurando en función de su pasaje edípico y por otras contingencias vitales que sería ahora excesivamente dilatado exponer. Estas peculiaridades subjetivas van a hacer que también sea peculiar la forma de cada uno de enfrentarse al tratamiento. Aunque resulta sorprendente muchas veces nos enfrentamos a resistencias del propio paciente a abandonar sus síntomas aunque le produzcan intensos sufrimientos. Síntomas que en ocasiones contienen de forma camuflada cierta satisfacción de la pulsión reprimida y que por tanto procuran un goce que el paciente no se ha decidido a abandonar, al que no quiere realmente renunciar, canjeándolo por placer, que según la definición freudiana es la menor excitación, lo que hace desaparecer la tensión tendiendo al equilibrio. Contrariamente lo que Lacan llamó goce es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, de la hazaña.

Es importante tener siempre en cuenta esta cuestión para no cometer el error de atender a la demanda de goce del paciente.

Decía anteriormente que el médico había perdido en buena medida su carisma a favor del discurso de la ciencia (por

llamarlo de alguna manera). El enfermo desde su posición de persona que sufre, que se dirige a otro porque le supone un saber, establece con la figura del médico múltiples interacciones a nivel imaginario en las que revive inconscientemente una serie de experiencias psicológicas sufridas a lo largo de su vida, pero sobre todo en los primeros años de vida, en los que se configura la personalidad de cada sujeto. No es infrecuente que el paciente identifique al médico con figuras parentales. Este conjunto de identificaciones imaginarias que se establecen con el médico es, como todos ustedes conocen, lo que Freud llamó transferencia⁷. No es difícil imaginar que la transferencia puede producirse, y de hecho se produce inevitablemente en toda relación humana, pero es especialmente importante que el médico la tenga en cuenta, sea o no psicoanalista en el contexto de toda relación terapéutica.

Evitar colocarse en el lugar del amo, figura parental omnipotente, lugar en el que desgraciadamente tiende a colocarse, seguramente de forma defensiva, en muchas ocasiones el médico.

Pero tampoco es bueno colocarse en un proteccionismo complaciente que podría tener que ver con la madre al cuidado del hijo, atendiendo a todas las demandas del paciente, muchas veces alejadas de los intereses terapéuticos.

Tampoco habría que caer en una posición actualmente muy extendida, la de un supuesto eclecticismo científico en el que el diagnóstico y las pruebas analíticas establecen la distancia necesaria y se convierten en el principal objeto de transferencia.

¿Cuál sería entonces la posición que el psicoanálisis puede aportar a esta relación médico-paciente?

Sería la de alguien que se ofrece ante todo a escuchar, pero no con una escucha cualquiera, sino con una escucha que tiene siempre presente al sujeto del inconsciente.

Escuchar lo que se dice en lo que se escucha. El paciente sabe más de sí mismo que lo que dice o cree saber. Darle además al paciente la posibilidad de articular su cuerpo con el lenguaje devolviéndole la palabra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freud S. Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. Obras completas. Tomo III ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1932.
2. Benoit P. Crónicas médicas de un psicoanalista. En: Freud S, editor. Buenos Aires: Nueva Visión, 1998.
3. Masotta O. Lecciones de introducción al psicoanálisis. Madrid: Gedisa, 1983.
4. Freud S. Tres ensayos sobre teoría sexual. Obras completas. Tomo II ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1905.
5. Dor J. Introducción a la lectura de Lacan II. La estructura del sujeto. Madrid: Gedisa, 1994.
6. Lacan J. Seminario XXII «RSI». Biblioteca Lacan, 1974.
7. Freud S. La dinámica de la transferencia. Obras completas. Tomo II ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1912.