

*LESIÓN DE PIEL Y LA RELACIÓN CON LA CORPOREIDAD EN PSICOANÁLISIS*

*Meu corpo não é meu corpo,  
é ilusão de outro ser.  
Sabe a arte de esconder-me  
e é de tal modo sagaz  
que a mim de mim ele oculta*

...  
*O seu ardil mais diabólico  
está em fazer-se doente.  
Joga-me o peso dos males  
que ele tece a cada instante  
e me passa em revulsão.*

*Meu corpo inventou a dor  
a fim de torná-la interna,  
integrante do meu Id,  
ofuscadora da luz  
que aí tentava espalhar-se.  
(Drummond, 1984)<sup>1</sup>*

*Mi cuerpo no es mi cuerpo,  
Es ilusión de otro ser.  
Sabe el arte de esconderme  
y es de tal modo sagaz  
que a mí de mí él me oculta*

...  
*Su ardid más diabólico  
está en hacerse pasar por enfermo.  
Arrojarme el peso de los males  
Que teje a cada instante  
y que me pasa en revulsión*

*Mi cuerpo inventó el dolor  
a fin de tornar-lo interno,  
integrante de mi Id,  
ofuscador de la luz  
que ahí intentaba diseminarse.  
(Drummond, 1984)*

Los versos en epígrafe son parte del poema “Las Contradicciones del Cuerpo” de Carlos Drummond de Andrade y sirvieron de inspiración durante el trabajo de investigación “Aspectos Psicológicos del Paciente con Vitíligo y Psoriasis”, ubicada en el Instituto de la piel de la UNIFESP, en la Fundación ABC y Policlínica de Mogi das Cruzes, realizada en asociación con LATESFIP (USP) y con la Red Clínica de Psicossomática, del Fórum del Campo Lacaniano São Paulo, cuyo objetivo fue investigar la relación del paciente portador de afecciones dermatológicas con la enfermedad y la referencia subjetiva.

Desde ese entonces (2005) hasta ahora algunos desafíos nos han animado. Trabajar con psicoanálisis en una institución médica, cuya política nos impone límites ciertamente es uno de esos retos, pero no es más importante que enfrentar una clínica respaldada por un campo teórico que aún tiene mucho que construir. Me refiero a la “psicossomática” y que coloco aquí entre comillas. Las discusiones realizadas por los psicoanalistas que participan en este Proyecto se dirigen hacia la búsqueda de estrategias de intervenciones posibles para esta clínica tan difícil y específica.

Cuando empezamos el trabajo, en la tentativa de entender un poco más acerca del campo de la psicossomática, pasamos por diversos autores y teorías y nos deparamos

<sup>1</sup> Carlos Drummond de Andrade, poeta, cuentista y cronista brasileño (1902-1987).

con una serie de términos creados para hacerse cargo de la pregunta que en aquel momento nos intrigaba: “¿qué es la psicósomática?” Entramos en contacto con la “*complacencia somática*” término usado por Freud para referirse a las razones para que el síntoma opte por determinado órgano; “neurosis de órgano”, utilizado por Dunbar en referencia al entendimiento de la manifestación psicósomática como se encuentra estructurada de la misma manera que el síntoma neurótico; “neurosis vegetativa”, término con el cual Alexander impone la ideología del sistema nervioso autónomo, como metáfora del inconsciente somatizado y muchos otros. Indagamos sobre algunas escuelas de psicósomática, tales como la Escuela de Chicago que surgió hacia el fin de la primera mitad del siglo XX con Alexander y sus colaboradores, y que entiende a la enfermedad como consecuencia de emociones, impulsiones no satisfechas, desviadas y reprimidas. También nos deparamos con el pensamiento de Groddeck y Dunbar donde lo psíquico es afirmado y lo real biológico es desmentido. Para Groddeck, por ejemplo, un cáncer de útero expresa el deseo no realizado de tener un hijo. Introduce la expresión “lenguaje del órgano” que quiere decir que todas las enfermedades orgánicas se originarían de un deseo, y por eso tomarían un sentido muy preciso. Existe también otro grupo cuyos autores sostienen la causalidad psíquica de aquellas afecciones descuidadas o inclasificables por la medicina. El gran ejemplo de esta línea teórica es la Escuela de Psicósomática de París y sus representantes son: Held, Marty, Fain, David, entre otros. Esa corriente de pensamiento elabora las manifestaciones psicósomáticas como derivadas de procesos precoces, ocurridos en el desarrollo del sujeto, situándolos como anteriores al lenguaje, hecho que los colocaría fuera de la posibilidad de comprensión, o sea que el “estado psicósomático” opera fuera de la representación, lo que hace con que la libido y la agresividad se confundan y se transformen en energía pulsional indiferenciada. Sería esta energía pulsional la que produciría la lesión en el cuerpo. No pretendo detenerme en las Escuelas de psicósomática. En verdad, sólo traje este referente para señalar el recorrido de las investigaciones en la antigua Red Clínica de Psicósomática. Ustedes encontrarán la teoría mejor explicada en el libro de Jean Guir y de Patrick Valas, además, por supuesto, de la literatura específica sobre el tema.

Nos resta pues, hablar de Lacan, el teórico de nuestra referencia. Algunas consideraciones que serán realizadas en este artículo pasan por las anotaciones de Patrick Valas (en dos de sus artículos: Horizontes de la Psicósomática y Un fetiche para

los ignorantes: la psicossomática), en el Psicoanálisis en la Clínica Lacaniana de Jean Guir y, ciertamente, en las menciones recogidas dentro de la obra de Lacan.

En la clínica psicoanalítica el cuerpo humano es concebido como algo sensible a la palabra, y carga consigo una inmensa capacidad subjetiva que implica al Otro. Es este enlace lo que permite que se establezca una relación entre aquello que acomete al cuerpo y la subjetividad. Así, es a través del sesgo del impacto del deseo y del lenguaje que Lacan va a elaborar su teoría de la psicossomática. La hipótesis principal es la de que el deseo, a través del significante puede también producir lesiones corporales, aunque sea muy difícil establecer la causalidad de ello, ese hecho es observable en la práctica clínica.

La primera referencia lacaniana sobre el FPS data de 1948 y Lacan trabaja con la concepción clásica de la psicossomática, considerando el cuerpo concebido por la medicina como homeostasis, funcionando como máquina (si la tensión corporal se descontrola o desregula, haciéndose muy elevada, puede producir lesiones). En ese tiempo, Lacan hace pocas referencias al tema, pero publica en 1953 un artículo en la revista *Evolution Psychiatrique* con el título: Consideraciones Psicossomáticas “Sobre la Hipertensión Arterial”.

En los años de 1954-1955 en que Lacan administra su seminario intitulado *El yo en la teoría de Freud y en la técnica del Psicoanálisis* (libro 2 de la colección) sitúa al FPS fuera de las construcciones neuróticas y afirma que la distinción entre neurosis y el FPS está marcada por la línea divisoria constituida por el narcisismo. Dice también que en el FPS no se trata de una relación al objeto.

*“Se trata de una relación con algo que se encuentra siempre en el límite de nuestras elaboraciones conceptuales, algo en lo cual siempre pensamos, de lo que a veces hablamos y que, para ser precisos, no podemos alcanzar y, sin embargo, no lo olviden, está allí: les hablo de lo simbólico, de lo imaginario, pero también está lo real. Las relaciones psicossomáticas se sitúan a nivel de lo real”.*

(p. 127).

Creo que otra indicación importante, todavía dentro de ese seminario, dice relación con la interioridad y exterioridad que Lacan va a determinar “sin sentido” en el nivel de lo real, ya que ese real es sin fisura y que sólo se puede aprenderlo por

intermedio de lo simbólico. *“La diferenciación se establece entre lo que está incluido en la relación narcísica y lo que no lo está. Es en la juntura de lo imaginario y de lo real que se sitúa la diferenciación”*. Tal vez aquí podamos demarcar la primera diferencia entre el síntoma y el FPS. El síntoma se encuentra entre lo simbólico y lo real y el FPS entre lo imaginario y lo real.

En el Seminario de 1955-1956, libro 3 encontramos la segunda indicación literal que Lacan hace, vía Ida Malcapine, de la evidencia de que el FPS está estructurado de modo diferente de lo que pasa en la neurosis. Lacan dice que hay alguna cosa especial, que está en el fondo, tanto de la relación psicótica como en las relaciones con los FPS... *“donde hay no sé qué de una impresión o inscripción directa característica, e incluso en ciertos casos de un conflicto, en lo que se puede llamar el cuadro material que presenta el sujeto en cuanto ser corpóreo.”*

A partir del libro 11, seminario de 1964, empieza a esbozarse de hecho, un pensamiento más elaborado del FPS en la teoría lacaniana.

*“La psicósomática es algo que no es un significante, pero que, sin embargo, sólo es concebible en la medida que la inducción significativa al nivel del sujeto ha transcurrido de un modo que no pone en juego la afánesis del sujeto”*.

Creo que no existe trabajo producido sobre psicósomática, dentro de la teoría lacaniana, que no pase por esa citación. Aquí está el eje que va a orientar la dirección del tratamiento en la clínica con pacientes psicósomáticos.

Los FPS están relacionados a los efectos de lenguaje. Aquí, dos operaciones lógicas están en juego: alienación y separación, operaciones que articulan la relación del sujeto con el Otro. En los FPS la afánesis del sujeto no es accionada. Lacan dirá que en esos casos ocurre una gelificación que no deja intervalos entre los significantes S1 y S2, como en la holofrase. Ese *emassamento* (compactación) no permite establecer una brecha entre los significantes y de esta manera no propicia la abertura dialéctica necesaria para que se realice la operación de separación. Esto va a dar un testimonio del fracaso de la metáfora subjetiva. En esta medida, los significantes son sustraídos de su función esencial de inscribir la pura diferencia, y la equivalencia no promueve la afánesis y los dichos significantes provocan una reacción que altera la función biológica. Cuando la inducción significativa no causa una respuesta subjetiva Lacan se refiere a una especie de bloqueo, de congelamiento del significante en el cuerpo, un cortocircuito

que será responsable de las manifestaciones corporales. *“El ser del sujeto queda entonces sometido al discurso del otro, del cual él no puede esquivarse disipándose como sujeto dividido por el significante”* (Valas)

Así, se puede decir que el FPS está fuera de la lógica del síntoma neurótico, pero no se encuentra fuera de la causación significativa. Esto también nos permite decir que el FPS no es una estructura, sino que se incluye tanto en la neurosis, como en la perversión o en la psicosis. Cualquier persona puede estar sujeta a la lesión psicosomática, en cualquier momento de su vida.

Continuando en la senda de Lacan tenemos que la lesión se produce *“en la medida que una necesidad está implicada en la función del deseo... aunque si no podemos tener en consideración la función de afánisis del sujeto, el deseo está interesado... y el eslabón es conservado”*,

Lo que nos da la medida de un deseo preservado y nos impide incluirlo en la lógica de las psicosis, ya que la función del Ndp es “en parte” fracasada y no hay forclusión. Lo que ocurre es que el sujeto no se cuestiona sobre su deseo. El FPS está fuera del sentido, pero no está fuera del alcance de la acción simbólica.

En la Conferencia en Ginebra sobre el síntoma, en 1975, Lacan formula su última concepción sobre el FPS: las lesiones psicosomáticas son trazos escritos en el cuerpo que *“no se dan a leer”*, lo que está escrito en el cuerpo del psicosomático es del orden de la firma, del nombre. Hay algo para ser leído, *“ante lo cual, frecuentemente, quedamos desconcertados”*, es como si el fenómeno se expresase en un lenguaje jeroglífico, es algo que nos es dado como enigma. Es necesario contar con el goce que ese lenguaje admite. El cuerpo es tomado como cartucho, como portando el nombre propio. Esa es la segunda referencia que Lacan hace en el mismo texto sobre el nombre propio. Primero equivalen los trazos escritos en el cuerpo a una firma, y ahora lo toma como un cartucho, que es lo que circula al nombre propio en la escritura (enigmática) de las antiguas civilizaciones. El nombre propio, eso que no se traduce y que implica en la marca, que hace cortocircuito del Otro en el lenguaje. *“el cuerpo en el significante hace trazo, trazo que es un Uno”*, Uno, traducido como trazo-unario, significante único, no articulado, afirmando que a su alrededor gira toda cuestión de lo escrito. Lacan dirá aun que *“el cuerpo se deja llevar a escribir algo que es del orden del número”*. Es como un ciframiento que no pasa por la significantización de la letra, por la subjetivación del deseo, sino que está al lado del número, como un conteo absoluto del goce de lo que serían prueba los fenómenos

subjetivos, surgiendo en brotes sucesivos. Ese goce específico, goce que se inscribe en el cuerpo; goce que retorna al cuerpo de manera catastrófica; goce que realiza una intrusión en el cuerpo sin distanciamiento; un goce específico que podría tomar el estímulo de su sentido significativo inductor de la lesión; ese goce como *eso que se prueba*, eso que se experimenta, sería tal vez, una tentativa de gozar del cuerpo del Otro.

Entre el Seminario libro 11 de 1964, y la Conferencia sobre el síntoma en Ginebra en 1975, Lacan profiere una conferencia dedicada a los médicos. Es allí que desarrolla el concepto de *“falla epistemo-somática”* como algo que reanimaría el término *“psicosomática”* en la relación de la medicina con el cuerpo. En ese artículo Lacan trabaja la estructura de la falla como análoga a la estructura entre demanda y deseo. No siempre aquello que el paciente demanda es aquello que desea.

*“Cuando el enfermo es enviado al médico o cuando lo aborda, no digan que él espera pura y simplemente la cura. Él impone al médico la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que esté totalmente preso a la idea de conservar dicha condición. Viene a veces a pedir para que lo autentiquemos como enfermo.”*

La dicotomía cartesiana (pensamiento y extensión) deja fuera de la aprehensión aquello de que realmente se trata: el goce. *“Un cuerpo es algo hecho para gozar, gozar de sí mismo... La ciencia es capaz de saber lo que puede, pero no más que el sujeto que ella engendra, es incapaz de saber lo que quiere. (Lacan, 1966).”*

Creo que este es el único artículo en que Lacan enfatiza la cuestión de lo psicosomático, en los otros lo que se lee gira alrededor del fenómeno y de la tentativa de aclarar la operación lógica a la que eso se subordina.

Normalmente cuando se trata de discutir el FPS la tendencia es colocar el acento en el término *“psicosomático”* asociándolo inmediatamente a implicaciones y significaciones que la palabra determina en su dualidad, remitiéndolo, desde el punto de vista de la medicina, a enfermedades cuya relación patogénica se da a través de conflictos mentales, generalmente inconscientes. Lo más común es relegar a un segundo plano la expresión: fenómeno. Eso es natural, incluso porque contamos con otras formas de somatizaciones que también sugieren algo de los disturbios orgánicos o funcionales que son favorecidos o agravados por factores psíquicos.

Para el Psicoanálisis, el cuerpo no se reduce al organismo, es un cuerpo de goce, cuyos acometimientos se dan de manera particular y se traducen en síntomas conversivos o en fenómenos psicosomáticos, o lo demás viene todo a merced de cómo el sujeto goza. Freud, en su tiempo, formalizó sobre el síntoma que su conversión está directamente ligada a las experiencias vividas y no a una lesión somática, era justo esto lo que quería decir al retirar la alteración orgánica por la degeneración nerviosa de la causa de la histeria. El síntoma conversivo histérico, tal cual lo conocemos, es una representación del sujeto del inconsciente, sensible a la palabra y que puede ser remitido por la interpretación en análisis. Para Lacan, lo que se refiere al FPS es diferente de lo que nos presenta la histeria. El fenómeno se encuentra en el nivel de lo real del cuerpo y la conversión acomete al cuerpo por la vía de lo simbólico. Lacan da a la lesión el estatuto de lo Real, encarnada, como algo que se muestra, pero que no se da a leer. Para ser considerado un fenómeno psicosomático es necesario que la causa de la lesión de órgano sea un significante y que haya remisión de la lesión por el análisis, lo que se puede verificar solamente *a posteriori*, en caso de que se constate la alteración de la lesión por la acción del significante.

Eso nos permite decir, que no todas las lesiones presentan carácter de FPS, pero la lesión es condición necesaria e imprescindible al FPS y que en algunos casos, la lesión puede cargar el valor de síntoma, lo que va a comprobar el carácter singular del Psicoanálisis cuando coloca en juego particular de cada caso.

Después que recorrer, mínimamente, todas esas nociones teóricas y de dedicarnos a buscar la distinción entre el FPS y el síntoma histérico, y luego de reflexionar sobre las formas diferentes de inscripción del sujeto en un y en otro caso, resolvimos cambiar el nombre de la “Red Clínica de Psicosomática” a “Red de Síntoma y Corporeidad” lo que implicó un cambio en el eje de la investigación. En ese momento pasamos a considerar al FPS como un “acontecimiento de cuerpo” y a la “psicosomática” como un concepto cuestionable. La topología pasó a ser parte de nuestra reflexión. Empezamos a ver al cuerpo como ese campo, cuyos agujeros se demarcan en zonas erógenas.

*“Pues bien, si el cuerpo es agujero – zona erógena –, superficie y proyección de superficie, entonces estudiar el cuerpo en la referencia a la causa freudiana dice relación al litoral que se inscribe allí donde lo que determina al sujeto en el campo del lenguaje topa con lo*

*indecible que chorrea goce. Vitíligos, psoriasis, psicodermatosis...”*  
(Alberti, 2009).

Es el cuerpo en su consistencia imaginaria que se marca por la lesión en lo real. EN ese caso, nos parece que la lesión de piel se presenta con una especificidad funcional, la de dar “existencia al cuerpo” en cuanto a consistencia. Eso es una hipótesis aún en construcción. “*La forma más desprovista de sentido es la consistencia*”, dirá Lacan en el seminario 23 (pg. 63).

Pero ¿qué se puede decir acerca del tratamiento psicoanalítico? Al final, de alguna forma, el vector de la investigación también está volcado a la aprehensión de la dirección de la cura en el tratamiento. Cada tiempo nos llevó a diferentes formas de dirección por la particularidad que involucra la clínica cuando se trata del FPS y la dificultad encontrada para establecer estrategias efectivas en la dirección del tratamiento. En las primeras intervenciones descubrimos que el paciente, llamado psicósomático, no asocia libremente y consideramos importante para la dirección, en aquel tiempo, criar vías de facilitación para que ese paciente pasara de la mostración (lesión en el cuerpo) a la palabra. Tomamos por modelo a Valas: “*La cuestión es precisamente esta: primero una lesión de órgano; así que ella es hablada, entra en el campo simbólico, incluso si el sujeto tiene al objeto en el bolsillo. Ella entra en la dimensión simbólica justamente porque pasa a ser contada, clasificada y así, establece un vínculo en la cadena*”. Recordemos que la lesión psicósomática insiste, diferentemente de una lesión cualquiera, simplemente orgánica. Por eso es importante comprender también aquello que el sujeto dice sobre ella, que de alguna forma acabará adquiriendo un sentido que se manifiesta como un goce confuso en el discurso. Pero, entiéndase que no se trata de un síntoma, por lo tanto no es del equívoco significante de que se trata, difícilmente el paciente escuchará, un sentido diferente que aquel que él mismo le dio.

*“dejar al sujeto decir, dejar ir de manera refleja el libre juego de su angustia, de modo que pueda producirse un distanciamiento, una fluctuación, por donde el sujeto tendrá oportunidad de salir de ese punto de petrificación, de congelamiento, fijado como está al ‘gocce específico’ de su lesión.”* (Valas, p.124)

Pero la cuestión persiste. ¿Cómo trabajar con lo real del cuerpo? ¿Cómo transformar al fenómeno en síntoma, desplazando lo que firma a lo que es del orden del signo y ahí entonces contar con la posibilidad de hacer una lectura?

Retomo la recomendación de Lacan<sup>2</sup> sobre la posibilidad clínica con estos pacientes: “Es por ese sesgo, por la revelación del goce específico que hay en su fijación como hay siempre que tratar de abordar lo psicossomático”

¿De qué goce específico se trata en lo psicossomático? Se trata de un goce fuera del sentido, un goce que ex-siste al sentido, un goce cortado de la relación con el Otro, un goce auto-erótico, un goce del cuerpo propio. Un goce que nos remite a una forclusión de la significación fálica, por lo tanto, del goce fálico. El fenómeno psicossomático está arraigado en el imaginario, es el imaginario invadiendo lo real, en oposición al síntoma que es de lo simbólico elevado a lo real. Son formas diferentes de gozar. “en el síntoma, los significantes, aquellos que desciframos, son significantes que tomaron cuerpo, que son gozados por la vía de su encarnación”<sup>3</sup>. En el fenómeno psicossomático lo que tenemos es el retorno del objeto en lo real, es el agujero **en lo real** del cuerpo. Es el cuerpo en carne viva. Así, ¿se puede decir que el fenómeno psicossomático es un acontecimiento de cuerpo? Colette Soler, dice que el síntoma es siempre un **fenómeno de cuerpo**, del cuerpo de goce.<sup>4</sup> Al tratar al síntoma como un fenómeno de cuerpo, ¿se puede decir que el fenómeno psicossomático obedece a la misma lógica del síntoma? ¿Un sustituto sexual, descifrable? Temo que no. ¿Sería el fenómeno psicossomático un acontecimiento **en el** cuerpo inscribiendo un trazo del goce Otro? Siendo retorno al cuerpo del propio objeto *a*, ¿es la exterioridad interior hecha real? pero, qué hace al Psicoanálisis operar ante un acontecimiento **en el** cuerpo, algo que lo agujerea hasta hacerse carne, o ¿cuál es la dirección del tratamiento ante el cuerpo tomado por el fenómeno? Son estas cuestiones que han tomado nuestro tiempo en la Red de Síntoma y Corporeidad, cuyas respuestas, aún estamos debiendo.

Para concluir esta comunicación me gustaría referirme un poco sobre las direcciones de la investigación de la Red en este momento:

- entender la posibilidad borromea del FPS;
- investigar el impacto del tratamiento psicoanalítico en la reversión de la psoriasis;

---

<sup>2</sup> En Conferencia en Ginebra sobre el síntoma.

<sup>3</sup> Soler, C. O “corpo falante”. P (8-29)

<sup>4</sup> Idem

- investigar la relación de la depresión con la psoriasis;
- realizar un análisis crítico del uso del término “depresión”.