



Experto en Psicología clínica y psicoterapia en adultos

MÓDULO I. SALUD Y APARATO PSÍQUICO



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA I. SALUD Y ENFERMEDAD

Introducción. Salud y normalidad

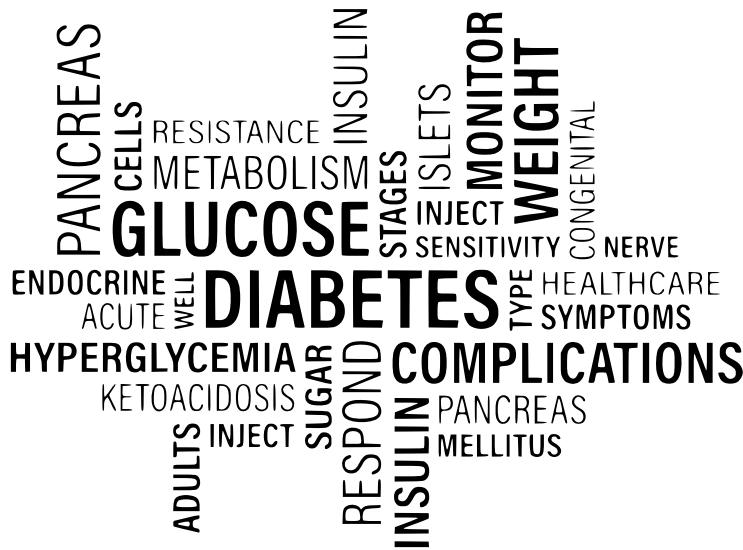
Esperamos que el trabajo que realizamos sea fructífero y nos ayude a entender un poco más los malestares de nuestra época. Malestares propios de un tipo de sociedad que se da en el llamado primer mundo y sus aledaños. Pretendemos hacer un tránsito por determinados malestares para buscar elaborar un posicionamiento productivo frente a ellos, tanto desde el punto de vista profesional como desde el puramente individual de cada sujeto.

Recorreremos e intentaremos elaborar diferentes términos que implican una posición determinada en el terreno de la salud mental. Vamos a centrarnos concretamente en tres que en realidad son dos intersecciones que influyen en el sentido que buscamos: Salud-Enfermedad y Salud- DSM IV.

Saber donde está el límite entre la salud y la enfermedad a veces no es tan claro como pudiera parecernos, aún si se trata del terreno de lo psíquico. Para aclarar algo de esa frontera, comencemos pensando en el concepto de anomalía. Se trata de un término descriptivo que se refiere a un hecho, a una desviación, a la presencia de algo insólito o desacostumbrado. La anomalía no tiene porque ser patológica. Pongamos un ejemplo: un anciano está paseando por la playa después de media noche, de pronto piensa que nunca en su vida se ha bañado por la noche, sin pensárselo dos veces se quita la ropa y se tira al agua. Su mujer que está mirando toda la escena se queda perpleja y piensa "se ha vuelto loco". Y ¿Por qué?, tenemos tendencia a diagnosticar la locura a las primeras de cambio. Esta conducta puede resultar sorpresiva y en ese sentido anómala pero no tiene porque ser, en sí misma, una conducta patológica o enferma.

¿Y lo normal? ¿Qué es lo normal? Al utilizar esta palabra estamos aludiendo a lo que es conforme a la regla, lo que no se inclina a derecha ni izquierda, el famoso. Es lo habitual, esto es, el promedio. Se trata en realidad de un término estadístico. Es aquello que de

acuerdo con una distribución "normal", se da con mayor frecuencia. Tiende entonces a ser análogo a lo frecuente; normal entonces puede ser la patología, como por ejemplo el hábito de fumar.



Como se ve, las cosas no son tan claras. Un problema serio es que se le suele dar un juicio de valor a los términos normal y anomalía. Es entonces cuando normal es sinónimo de bueno y justo. Se podría decir que esto es una perversión de las cosas.

Se simplifican las cosas y se deja que lo bueno y lo malo lo establezcan unas estadísticas. Esta manera de ver las cosas tiene una base sociocultural y en realidad se refiere a la adaptación o desadaptación del sujeto al sistema social. No deja de aludir a prejuicios.

La enfermedad mental no está necesariamente en las conductas fuera de la norma. El límite entre la salud y la enfermedad no es una cuestión estadística. En realidad, se trata de dos términos heterogéneos, distintos, la diferencia es cualitativa.

Más allá de los términos de anomalía o de términos conductuales, pensamos que la enfermedad tiene que ver con el malestar que habita la estructura intrapsíquica del ser humano. Es por ello que recorreremos el término malestar y sus manifestaciones en la sociedad actual. Un malestar que surge del desencuentro entre la naturaleza y la cultura.

Definición de salud para la OMS

Pero pongamos ahora en juego la otra intersección de la que hablábamos, nos centraremos en la definición del concepto de salud por parte de la OMS:

“Estado completo de bienestar mental, físico y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Es una definición que intenta superar la referencia a lo normal o lo anormal, pero que cae en una propuesta de salud en términos ideales, la utilización de las palabras completo y bienestar así lo ratifican.

Alude a la completud, una completud ideal. Tiene que ver con la posición ideológica predominante actual. El llamamiento al goce de la sociedad actual, sociedad donde se vende el goce más allá de otra cosa, el goce puesto en artículos de consumo.

La propuesta de este ideal es confusional para el sujeto. Por un lado, se anula al sujeto, que por definición es un ser partido por el lenguaje (desencuentro naturaleza-cultura). Por otro lado, anuda al individuo con una propuesta de goce completo imaginariamente posible. Se trata de una propuesta nacida en el seno de la sociedad capitalista y consumista. Propuesta de la que surge la ideología que mantiene la dirección de los avances tecnológicos, la cual alude a la posibilidad de la inmortalidad, de vencer a la vejez y a todas las enfermedades. En realidad, la definición de la OMS deja fuera de juego lo que es rechazado en la sociedad actual: que el ser humano es incompleto, que existe el malestar, que los síntomas y las enfermedades son una expresión de la expresión de ese malestar que va cambiando sus formas según las épocas.

Preferimos partir de la propia etimología de la palabra salud. Encontramos dos palabras muy iguales en latín “Salus y salvatio” que significan “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”. De estas palabras latinas, se derivan las castellanas salud y salvación. El término castellano salvarse, incluye el original “superar una dificultad”. Este es también el significado original de salud. De tal forma que la podemos definir como el

hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, que nos permite superar los obstáculos. Los obstáculos psíquicos tienen bastante que ver con el malestar.



Las fuentes del malestar humano

Bajo nuestro punto de vista, es deseable partir

del malestar en la cultura, no de ideales inalcanzables. Se trata del malestar en la cultura al que aludió Freud; advirtió tres fuentes de infelicidad en el ser humano: la naturaleza hostil, la propia constitución del cuerpo mortal y sus enfermedades y la insatisfacción de la relación con los otros y con las instituciones culturales.

Dos de estas fuentes son inevitables, pero la tercera fuente, aquella que alude a la relación con los otros y la cultura, pareciera constituida precisamente para evitar el sufrimiento y no para ser una fuente más del mismo. Sin embargo, lo es. En realidad, la cultura refleja la esencia del ser humano, su insatisfacción. La pulsión de muerte, la pulsión destructiva se manifiesta de mil formas: sentimientos de culpa, el narcisismo que conduce a la segregación, la ambición de poder, la explotación de los otros, la agresividad, etc.

Digamos que la cultura es producto de un trauma (el de la instauración del lenguaje y la sustitución del orden natural por el simbólico) y que moviliza un malestar que tiene que ver con la domeñación de los instintos y con la imposibilidad de acceder a lo real. Es por ello que insistirá ese real y viviremos en un malestar que no puede ser erradicado.

Fuentes del malestar humano

La naturaleza hostil

La enfermedad y la muerte

La relación con los otros

La renuncia pulsional

El imperativo del goce

El ser humano desde que nace tiene que atravesar un proceso de renuncia pulsional y de canalización de la agresividad, tiene que aprender a relacionarse con el otro, renunciando a su narcisismo. Todo esto está en la fuente del malestar.

En este siglo, la cultura ha cambiado y sin embargo el malestar no ha disminuido, si acaso varían sus formas, sus *síntomas*.

Son malestares productos de una determinada evolución donde prevalece el decaimiento de la función paterna con todo lo que ello implica de dificultad para que los individuos puedan sujetarse en una ley que favorezca un posicionamiento constructivo hacia la autoridad. El precepto hoy en día está en el goce inmediato, en la ley del consumo. El imperativo, incluso el imperativo de dónde parece que surge la definición de salud de la OMS, es el de gozar en su más descarnada versión. Es por ello que surge una desintegración del sujeto y una acentuación de enfermedades o malestares narcisistas que surgen en cualquier estructura. Lo común está en como aluden a la desintegración del sujeto.

Desde esa desintegración del sujeto es desde donde se puede entender esos malestares y esa tendencia a dividir al sujeto por rasgos y por síntomas, olvidando las estructuras clínicas clásicas. Pareciera que los sujetos están todos en un sitio de *bordelaine*, en esos

estados límite entre la cordura y la locura. Pudiera ser, teniendo en cuenta el decaimiento paterno al que aludíamos, pero en el borde está el sujeto a pesar de todo.

El DSM IV impone una clasificación forzosa que deja de lado al sujeto que padece.

Todo parece presionar en la misma dirección: la desaparición del sujeto como responsable de sus actos. La objetividad se presenta como una meta imaginaria y la



subjetividad es algo prescindible.

Es en este terreno donde surge la depresión, donde surgen los problemas alimenticios, de ansiedad, etc. Son síntomas de la

peculiaridad del malestar actual.

De todas formas, no hay que caer en pensar que es lo mismo un malestar en una estructura psíquica que en otra, es allí donde rescatamos al sujeto. Las diferencias entre la depresión en la neurosis y la depresión en la psicosis son, por ejemplo, bastante significativas e incluso dramáticamente distintas.

En nuestro acercamiento a los malestares, existe un intento siempre de rescatar la subjetividad, algo que va más allá de meras clasificaciones de síntomas, digamos que buscamos el deseo que sostiene al sujeto.

La psiquiatría actual, como ejecutora del DSM IV, parece perdida en una colección de trastornos, mezcla síndromes con signos, las estructuras subjetivas quedan diluidas en

trastornos y síntomas, susceptibles de ser tratados con fármacos y psicología conductistas que ofrecen recetas generales para diferentes subjetividades.

Al borrarse las diferencias intersubjetivas, se eliminan las diferencias entre psicosis y neurosis.

El síntoma

Para el psicoanálisis, el síntoma es un fenómeno subjetivo que constituye no el signo de una enfermedad sino la expresión de un conflicto inconsciente. De acuerdo con Freud y con Lacan, podemos decir que un síntoma es una forma de enfermar que tiene que ver con la expresión simbólica de un conflicto y también una manera de gozar.

Para el orden médico todo signo patológico tendrá una cara significativa, expresión material del signo, fenómeno perceptible según el método científico, y una cara significada, su contenido semántico, el sentido que el profesional le asigna al nominarlo. Este signo patológico supone además un referente, es decir, la clasificación nosológica a la cual recurre el profesional para ubicar el conjunto de signos que ha recogido durante el diagnóstico.

El psiquiatra o el psicólogo solo deberá retener lo significativo, lo que tiene sentido, es decir, lo que remite a los conocimientos semiológicos acumulados científicamente según el método de observación empírica. Todo material significativo puede convertirse en signo, si puede asociársele un sentido que esté contenido en la referencia que es la clasificación de todas las patologías posibles para la ciencia.

El diagnóstico se establece por unos síntomas que pueden ordenarse en síndromes. Esta reducción a un referente sindrómico supone un soporte corporal: el sistema nervioso para el psiquiatra, la conducta efectiva para el conductista, el proceso mental determinado genéticamente para el cognitivo. La suposición de estos soportes

referenciales funciona como garantes de la verdad científica. La verdad científica se funda en el ideal de una descripción exhaustiva, donde tiene que haber una fidelidad, sin lagunas, entre lo visible y lo enunciable.

Se constituye por medio del método un saber observar, pero no de escuchar. Lo que se constituya de la observación habrá de recoger todo lo enunciable en términos del método, y también, por supuesto, ha de excluir todo cuanto no sea enunciable en ese discurso. La aptitud del buen observador será juzgada entonces, por lo que habrá sabido retener y por lo que ha sabido excluir. Lo no propio del discurso del orden médico, lo no articulable en su metodología de observación, es un no hecho.



Por el contrario, nuestra posición parte de que el sujeto está precisamente allí donde en principio no están articuladas las cosas, en la falta, en la equivocación, en lo que no cuadra.

Ya desde su colaboración con

Charcot, Freud se interesa por pacientes que presentan síntomas que no tienen ningún tipo de justificación orgánica. Por ejemplo, un sujeto que presenta una parálisis en una mano sin ningún tipo de daño anatómico. Los médicos lo revisaron, le hicieron todos los estudios y el hombre estaba perfecto, pero no podía mover la mano. En estos casos, Freud relaciona la formación del síntoma con un retorno de lo reprimido.

Freud descubre que la inmovilidad de la mano guarda relación simbólica con el "haber tocado o deseado tocar algo que no permitido". Es decir, que el síntoma se desarrollaba

en base a una significación que era desconocida para el sujeto; una significación inconsciente.

Freud postula que la enfermedad psíquica debe su génesis a un conflicto entre fuerzas psíquicas que se oponen. El síntoma surge de ese choque de un impulso psíquico -Freud lo llamará pulsión- inaceptable para el sujeto que demanda satisfacción y otro agente psíquico también que se le opone. El síntoma surge como una formación de compromiso.



Existen en nuestro psiquismo impulsos que por entrar en conflicto con la moral tienen obstruido el acceso a la conciencia. Estos impulsos son reprimidos. Pero lo

reprimido no pierde su energía y pugna por abrirse camino. En ciertos casos, el proceso de represión fracasa y no puede impedir el retorno de lo reprimido dando origen al síntoma que es una formación de compromiso porque conlleva la satisfacción del deseo reprimido, pero no en forma directa, ya que la parte represora alcanza a "disfrazarlo". Pero si que hay un elemento de satisfacción pulsional que llamamos goce. En todo caso, por sí mismo el síntoma no permite una salida, pero posibilita la transferencia fundamental para el lazo social, para la relación con los otros.

Para la medicina, el síntoma es un signo visible que conduce a una causa. Desde una perspectiva psicoanalítica, el síntoma implica una verdad en sí misma. Se trata de un enigma que alude a quién es el sujeto pero que está disfrazado por la represión. Se trata de un mensaje cifrado que el sujeto necesita descifrar.

El síntoma es la evidencia de que algo no funciona, y que esa disfunción posee un sentido y expresa una verdad desconocida, ignorada o negada.

El contexto social actual, el Otro social ejerce una presión muy grande en la dirección, no de la prohibición del goce como en otras épocas, sino en la demanda de goce. Cuando ésta se ejerce en estructuras con una función paterna débil, que no terminó de constituirse, nos encontramos con los llamados comportamientos locos como los actings-out, los pasajes al acto, las manifestaciones psicosomáticas, accesos de pánico, adicciones, etc. Es ello probablemente lo que lleva a la medicina oficial y a la OMS a poner en juego esas clasificaciones que ayudan a borrar todavía más al sujeto. Se ayuda a perpetuar de alguna forma el fracaso del síntoma y del sujeto.

Pensemos el acting out. Un concepto inglés utilizado por Strachey. Este concepto alude según Freud, a que el sujeto repite en la cura analítica en lugar de recordar, el sujeto vive nuevamente sin darse cuenta de lo mismo. Pero es un llamado al Otro. El acting out es una forma de mostración, es la demostración de un deseo desconocido dirigido al Otro, al otro que ocupe ese lugar.

El acting, en el proceso psicoanalítico, remite a una escena donde demanda que el analista aparezca, que no desfallezca, que escuche. Es decir, parece allí donde el analista no ha puesto la escucha. Desde este punto de vista, podemos pensar que el Otro social actual no escucha al sujeto, no le da espacio para la subjetividad, con lo que el sujeto se ve empujado a esos actos locos. En todo caso, en el acting aún existe un anudamiento al deseo, sin embargo, en el pasaje al acto nos encontramos ya sin deseo, sin sujeto, podríamos hablar de un empuje a lo real, al goce.

En nuestra sociedad, la del primer mundo, la figura paterna ha funcionado para favorecer el pasaje del sujeto de la naturaleza a la cultura, de ahí surge la castración que se refiere a la satisfacción que debe ser sustraída del sujeto a fin de desprenderlo de su tendencia natural narcisista. La modernidad se caracteriza por la declinación de la imago paterna

como una crisis psicológica cuyas consecuencias son los nuevos malestares tanto en el campo de la psicosis como en el de la neurosis. La disolución perversa del concepto de autoridad muestra sus repercusiones en el debilitamiento de la transmisión de las insignias del ideal del yo, y acaba por generar efectos de retorno de agresividad.

El imperativo del goce

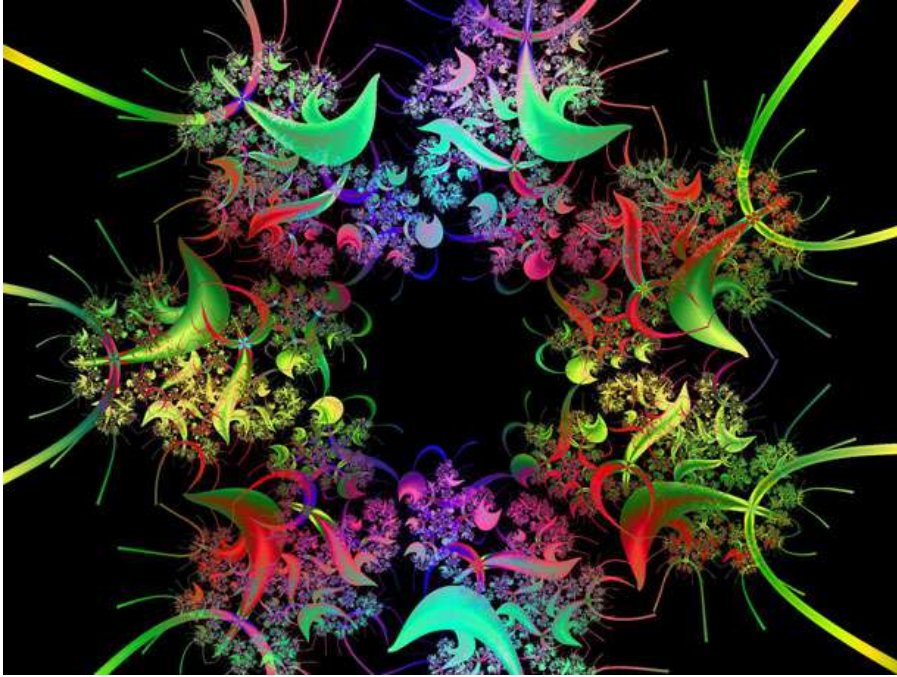
Gustavo Dessals habla incluso de que el síntoma de este siglo tiene que ver con el autismo y la promoción exacerbada del individualismo que se apoya en el derecho a gozar. Se atreve a decir que existe una modalidad novedosa del síntoma psíquico cuya estructura no responde a la definición tradicional del síntoma como metáfora, expresión simbólica del inconsciente, sino que consiste fundamentalmente en una concentración de goce. Su única verdad es su efectuación en sí misma, es decir, son síntomas cuyo sentido no es otro que el goce que comportan. Incluso se va más allá del goce sexual, para la posición autista la relación sexual está fuera de juego.

Sólo a partir de desviar su fin autoerótico es como el goce de uno mismo puede condescender a buscar algo en el Otro. Para obtener esa errancia, ese desvío, es preciso que la castración trace un límite, mientras que el discurso contemporáneo consiste en oponerse a la castración.

El goce y la felicidad, confundidos ambos bajo la definición de la OMS de salud, se articulan en una coartada de la pulsión de muerte, de la destrucción. Del ideal que no existe.

El derecho al goce, máxima de la modernidad, es la cara visible de un imperativo que impulsa a franquear toda barrera que se interponga al goce. Es el tormento de la felicidad que se ha vuelto obligatoria, en lugar de deseable.

Es en este contexto donde encontramos actualmente las estructuras bordelaine. La histeria fue el paradigma de la estructura subjetiva en finales del XIX y principios del XX, coincidiendo con el inicio del psicoanálisis, una estructura donde el sujeto está ocupado



en el deseo del Otro. Actualmente notamos otro paradigma, que tiene que ver con sujetos bordelaine que comentábamos más arriba. Se trata de un paradigma que tiene más que ver

con la esquizofrenia y con el goce autista, ese que no tiene en cuenta al Otro.

Pero apostamos por pensar que, si hay Otro, Otro dónde no se manifiesta la falta, Otro que tiene más que ver con lo tiránico o con lo primitivo que con lo simbólico. Resumiendo, hay un decaimiento del sujeto y un fracaso del síntoma, producto del imperativo social predominante: ¡Goza!

La postura oficial de la OMS, donde podemos encuadrar al pensamiento médico y psicológico predominante, alude clasificaciones que tiene que ver con síndromes y no con el sujeto. Ello nos lleva a considerar esta postura como un producto más de la demanda de gozar.

Sin embargo, aunque sea en el borde, existe una subjetividad que nos conviene rescatar. Esta es la labor a la que estamos abocados. El posicionamiento objeto del curso tiene que

ver con lograr rescatar al sujeto, al sujeto y su síntoma como expresión de un sentido enigmático que tiene que ver con su verdad. Un síntoma que conviene mantener abierto y no arrasarlo con productos de consumo efímeros que crean un mayor malestar, en definitiva.

Bibliografía

- Aflalo, A. Arenas y otros: “La envoltura formal del síntoma”. Manantial. Buenos Aires, 1989.
- Chemama, R. Diccionario de Psicoanálisis. Amorrortu Editores. 1995. Buenos Aires.
- Freud, S. Obras Completas. Textos específicos: -El malestar en la cultura- Inhibición, síntoma y angustia – Más allá del principio del placer.
- Lacan, J. Escritos y seminarios. Texto específico: Los complejos familiares en la formación del individuo
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor. Madrid. 1983.
- Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. DSM IV.
- Moore, B.E., D. Fine, B.D. Términos y conceptos psicoanalíticos. BN, 1997.
- Vallejo, A. Vocabulario lacaniano. Helguero Ediciones, 1987

Cuestiones

1. Diferencias entre naturaleza y cultura
2. Origen del malestar en el ser humano y en la sociedad actual
3. Elaboración del concepto de Salud de la OMS