

# PSICOANÁLISIS DE LOS TRANSTORNOS INMUNOLÓGICOS

La idea de trabajar este tema tiene varias fuentes. La primera reside en una serie de interrogaciones que se generan al inicio de mi formación médica y que se han ido contestando parcialmente a lo largo de los años. Si el sistema inmune, es aquel sistema organizado para la protección del organismo, entrenado para reconocer y no arremeter contra lo propio, y aquello no reconocido como propio, eliminarlo, ¿qué explicación tiene su repentina reacción contra el propio organismo? Esta pregunta se construye en torno a la palabra autoinmunidad, de la mano de misteriosas enfermedades como el lupus eritematoso sistémico, entre otras. Y ¿por qué a veces falla estrepitosamente en la consecución de su función de defensa? Segunda pregunta edificada alrededor de la palabra inmunodepresión, y con ella, de la epidemia más devastadora del siglo veinte, el SIDA. Surgirá aún una tercera pregunta en torno a la palabra inmunovigilancia y su rol en la etiología del cáncer, mostrado como la incapacidad del sistema inmune para reconocer la célula tumoral y detener su desenfrenada multiplicación. Allá por 1981 aparece en el horizonte médico la nueva rama de la inmunología llamada psiconeuroinmunología, como campo multidisciplinario, donde se hacía un lugar a la influencia de lo psíquico sobre la inmunidad. De entre esta cadena de preguntas se perfila la idea de que estas patologías: enfermedades del colágeno, cáncer, SIDA, podían tener que ver con la melancolía, con la depresión, en el sentido de la autoagresión, que en su máximo grado, puede llevar al suicidio.

Las preguntas contestadas a medias, porque probablemente parte de sus respuestas no se hallaban en el camino de la medicina, fueron creciendo en matices y ramificándose, al ponerse en contacto en mí, la medicina con otra disciplina como el psicoanálisis, que viene a decirnos que nada pasa en el ser humano sin la participación de su psiquismo, es decir, que en todas las enfermedades que la medicina considera orgánicas, con una causa orgánica determinada, aislable, medible, hubo participación del sujeto en su producción, en su permanencia y en su curación. Otra fuente es la conferencia inaugural del congreso de psicoanálisis celebrado en Buenos Aires en 1998 bajo el título: Las patologías de fin de siglo, donde se viene a plantear, que lo que le pasa al sujeto actualmente es que no tolera a sus semejantes, al encontrarnos con otros seres humanos, no podemos otra cosa que desarrollar reacciones antígeno-anticuerpo, de la misma manera como reacciona nuestro sistema inmune ante un cuerpo extraño.

En cuanto a una introducción al funcionamiento del sistema inmune, llamamos huésped al humano que recibe el ataque externo, y antígeno a aquello capaz de ser reconocido como extraño y generar una respuesta de defensa. Esta respuesta se divide en dos categorías fundamentales: inmunitaria y no inmunitaria. La inmunitaria se caracteriza por ser una respuesta específica de antígeno, para ese antígeno concreto, y por tener memoria, es más rápida y eficaz la segunda vez. La defensa no inmunitaria, es un sistema no específico de antígeno y de respuesta rápida, y no tiene memoria.

A su vez, el sistema inmunitario tiene dos brazos ejecutores, la inmunidad humoral y la inmunidad celular. El principal efector de la inmunidad celular es el linfocito derivado del timo, o linfocito T (LT), mientras que el de la inmunidad humoral es el derivado de la médula ósea o linfocito B, tanto el T como el B se originan de la célula madre hematopoyética, en la médula ósea. Durante el proceso de maduración de la célula T, se constituye el receptor específico, que va a reconocer el antígeno, se denomina TCR o receptor de la célula T, durante este mismo proceso de maduración, se destruyen los

llamados linfocitos T autorreactivos, es decir, se trabaja para la autotolerancia, son destruidos aquellos linfocitos cuyo TCR sería capaz de reconocer a células propias del organismo como no propias y desencadenar contra ellas una respuesta inmune (fenómeno que recibe el nombre de autoinmunidad, es un ataque contra los tejidos del propio huésped por su mismo sistema inmunitario). En el fenómeno de autotolerancia, también tiene gran importancia el sistema mayor de histocompatibilidad o HLA, sistema de genes que codifican una serie de proteínas de superficie celular, que actúan como un sello de identidad, al reconocer estas proteínas en las células, el sistema inmune las reconoce como propias. Los linfocitos B, tienen receptores de membrana, al igual que los linfocitos T, estos receptores son las inmunoglobulinas, que además de su función de receptor de membrana el linfocito es capaz de secretarlas, es lo que conocemos con el nombre de anticuerpos, que se pueden ligar al antígeno (reacción antígeno-anticuerpo), sin estar ya en la superficie del linfocito B, sino en la circulación sanguínea.

En condiciones normales, la progresión ordenada de estos sistemas de defensa, a través de estas fases da lugar a una reacción inmunitaria e inflamatoria bien controlada que protege al huésped del antígeno nocivo. Sin embargo, una disfunción de cualquiera de estos sistemas de defensa, puede lesionar los tejidos del huésped, y provocar el desarrollo de una enfermedad clínica manifiesta.

Otro fenómeno a tener en cuenta es la muerte celular programada, o apoptosis. Existen numerosos estímulos capaces de activar a los receptores de superficie celular (TNF) o citoplasmáticos, que activan grupos de proteasas que rompen moléculas que conducen a la muerte celular. Ésta se caracteriza por la degradación de proteínas del citoesqueleto celular, y la escisión del ADN. La apoptosis es el mecanismo que retira las células T autorreactivas del tipo o de los órganos periféricos y elimina células malignas o células infectadas por virus.

Los organismos pluricelulares, son un modelo de cooperación celular, algunas células mueren para conservar al resto del organismo con vida. Hay genes que protegen la vida, impiden la muerte celular o prolongan la vida de células destinadas a morir, el gen bcl-2 media la respuesta a fármacos, puesto que impide la muerte de células dañadas por la quimioterapia, y contribuye a las neoplasias, impidiendo la muerte que en condiciones normales eliminaría a la célula dañada en lugar de favorecer el crecimiento celular aberrante. Puede que el fracaso para inducir la expresión de los productos génicos necesarios para la apoptosis juegue un papel en la fisiopatología del cáncer. Hay mutaciones que permiten al tumor escapar de los mecanismos de vigilancia inmunitarios, por ejemplo, algunos tumores regulan a la baja la expresión de antígenos HLA de clase I, con lo que se vuelven "invisibles" para las células T. Por tanto, puede contemplarse a las células cancerosas como células que han perdido el altruismo que suele caracterizar el comportamiento celular en los organismos pluricelulares, las células cancerosas actúan bajo la selección natural, impuesta por un ambiente hostil, irónicamente, cuanto más éxito tienen en lograr la independencia de influencias ambientales, más se asegura la destrucción de su anfitrión y finalmente, de sí mismas.

El trabajo se ha ido polarizando hacia el papel de la inmunovigilancia en el cáncer, pero hay un escollo que salvar antes de intentar una aproximación psicoanalítica, si bien la medicina ha aceptado, no sin ciertas reticencias, lo psíquico como etiología, como causa de lo somático, eso sí, apartándolo y relegándolo a una serie de enfermedades bajo el rótulo o cerco de lo psicósomático, la cosa no acaba ahí, no se trata de lo psíquico como causa de lo orgánico, sino de que el cuerpo es un

cuerpo de palabras, de que la separación entre psíquico y somático no pasa de ser un puro afán académico.

Así como no habría una psicología individual y una psicología social, separación también arbitraria, no tanto porque en cada uno de nosotros haya una horda asesina, sino porque somos sujetos divididos (consciente e inconsciente), y porque desde el principio está el otro semejante. La tendencia a dotar a la multitud de los atributos del individuo, nos recuerda la observación del sociólogo Trotter que ve en la tendencia a la formación de masas, una expresión biológica de la estructura policelular de los seres vivos. Por tanto la pregunta ¿podemos extrapolar lo descubierto sobre el funcionamiento del psiquismo al devenir celular, es contestada para mí afirmativamente, con la salvedad de que no se trata de una extrapolación, sino de que estamos llegando al mismo fenómeno, desde dos lugares, dos miradas diferentes.

En los sentimientos de repulsión y de aversión que surgen sin disfraz alguno contra personas extrañas, con las cuales nos hallamos en contacto, podemos ver la expresión de un narcisismo que tiende a autoafirmarse y se conduce como si la menor desviación de sus propiedades y particularidades individuales implicase una crítica de las mismas y una invitación a modificarlas, toda esta intolerancia desaparece, fugitiva o duraderamente en la masa, mientras que la formación colectiva se mantiene, los individuos toleran las particularidades de los otros, tal restricción del narcisismo puede ser provocada más que por un sólo factor, por el enlace libidinoso a estas personas, los propios tratados de medicina afirman que en el cáncer hay una pérdida del altruismo celular, una regresión a un estadio donde impera el narcisismo, puesto que el narcisismo no encuentra otro límite que el amor a otros, el enlace sólo puede ser libidinoso.

Es interesante que la identificación sea desde un principio ambivalente y pueda concretarse tanto en una exteriorización cariñosa como en el deseo de supresión, se comporta como una ramificación de la fase oral de la organización de la libido, durante la cual el sujeto se incorpora al objeto amado comiéndoselo, y al hacerlo así lo destruye. Esta ambivalencia es especialmente importante en la identificación melancólica, donde el sujeto se identifica con el objeto que lo ha abandonado, esto explica los amargos reproches que se dirige el deprimido hacia sí mismo (hay un ensañamiento del ideal del yo hacia el yo), como ahora ha incorporado el objeto perdido en su propio yo, es a éste a quién realmente van dirigidos, no sólo los reproches, sino la autoagresión, que puede incluso llegar al suicidio, como antes señalábamos, y que, por supuesto juega un papel en la voracidad del cáncer destructor.

Si una de las funciones del sistema inmune en el control del crecimiento tumoral es la inmunovigilancia, debemos pensar que hay una alteración en este mecanismo, de alguna manera, hay una inmunodepresión. El sistema inmune se halla tan deprimido como el sujeto, además este es un hecho ampliamente conocido en medicina, el paciente tumoral, aun antes del inicio de la quimioterapia, ya presenta una inmunodepresión, en ocasiones el diagnóstico de cáncer se lleva a cabo porque el paciente llega a consultar con una infección por microorganismos que sólo producen enfermedad en pacientes inmunodeprimidos, y esto alerta al médico sobre la posible existencia de una neoplasia como base de esta inmunodepresión.

Pero al igual que en el paciente psicósomático es necesario que pasen años entre la alteración psíquica y la aparición de lesión orgánica, por ejemplo, en la patología conocida como dispepsia

no ulcerosa, existe un dolor similar al de los pacientes ulcerosos, pero no se comprueba mediante endoscopia la existencia de úlcera, un porcentaje de estos pacientes, pueden con el tiempo desarrollar una verdadera lesión ulcerosa, objetivable endoscópicamente.

Podemos pensar que tanto el paciente que desarrolla un tumor, como su sistema inmune, llevan años deprimidos antes de toda proliferación celular.

Ante un sistema inmune deprimido, tenemos además una célula que se las arregla para burlarlo, a este respecto, se ha demostrado que la célula tumoral, en sus múltiples mutaciones, puede dejar de expresar en su superficie moléculas de HLA, que son imprescindibles para que sea reconocida por el sistema inmune, en este momento, la célula se vuelve invisible para este sistema.

Podríamos ver en este hecho que la célula se salta una ley, y como sabemos que del reconocimiento de la célula tumoral por el sistema inmune le sigue su destrucción, la ley que se salta tiene que ver con la no aceptación de su ser mortal, casualmente, es lo mismo que le pasa al paciente melancólico, sabemos que la manía y la melancolía son dos caras de la misma moneda, se trata de si el yo se siente disminuido frente a su ideal o de si siente que lo ha vencido y se engrandece, una y otra circunstancia pueden abocar en el suicidio. En fase maníaca, el sujeto realiza actos que pueden acabar con su vida, todo porque cree ser inmortal. Por tanto, el tratamiento de la inmuno-depresión, puede tener un abordaje psicoanalítico, tratando al paciente deprimido, evitamos el desarrollo de neoplasias, pero además está ampliamente demostrado que los pacientes que ya padecen la enfermedad neoplásica, toleran mejor y con menos efectos secundarios las dosis de quimioterapia y alarga su supervivencia.

Un sujeto que no tolera las diferencias, tan aferrado a sí mismo, que su única preocupación es destruir al otro por ser diferente, aunque sepa que en ello está el germen de su propia destrucción, es el cáncer individual, pero también es el cáncer social del racismo.

Un sujeto que no asume su ser mortal, y aunque nos parezca paradójico, es por eso que muere antes de tiempo, de un cáncer inmortal.

Un sujeto deprimido, que por haber incorporado el objeto perdido en su propio yo, en su suicidio no hace más que consumar un asesinato, está enfermo de no poder sustituir ese objeto perdido.

Conclusión: para prevenir; los deprimidos, al diván y los inmunodeprimidos, también al diván, y para tratar cuando el tumor ya está instaurado, en los equipos multidisciplinarios que se ocupan de los pacientes neoplásicos, debe haber un psicoanalista. Siempre es mejor tumbarse que irse a la tumba.

**Alejandra Menassa de Lucia.**

*Médico-Psicoanalista*

Madrid: 91 542 33 49