V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013.

El cuerpo y sus representaciones en el fenómeno psicosomático (FPS): un caso de asma en la práctica clínica.

Verón, Carolina.

Cita:

Verón, Carolina (2013). *El cuerpo y sus representaciones en el fenómeno psicosomático (FPS): un caso de asma en la práctica clínica. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-054/244

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/edbf/mVu

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

EL CUERPO Y SUS REPRESENTACIONES EN EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO (FPS): UN CASO DE ASMA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Verón, Carolina
Universidad de Buenos Aires

Resumen
En nuestra práctica clínica profesional nos encontramos con el pasado y también con el presente. Hoy descubrimos nuevas patologías que no solo pertenecen al campo de la medicina organicista, sino que también son parte del campo psíquico, de la influencia emocional, si así se lo quiere denominar. En la sociedad actual, muchas personas padecen estrés, aunque también podemos mencionar otras enfermedades como: Síndrome de Colon irritable, Cardiopatías Isquémicas, Asma, Alergias, Dermapatologías, fibromas, enfermedades autoinmunes e inmunodepresiones, trastornos en la alimentación, e incluso cáncer. La palabra bordea el cuerpo, y es a través de ella, que podemos construirlo. El término "Fenómeno", remite a aquello que aparece o se manifiesta y, agrego, que lo conocemos a través de la experiencia. En la práctica clínica, este fenómeno puede irrumpir en cualquier estructura (Neurosis-Psicosis- Perversión) porque, en principio, no posee el estatus de "estructura psíquica", ya que no presenta una forma particular de responder a la Castración. Aunque sostengo que las personas que sufren una afección psicosomática tienen un modo particular de posicionarse frente a las exigencias del mundo externo, y sobre todo, hacia la Demanda del Otro.

Palabras clave
Fenómeno Psicosomático (FPS), Lesión de órgano recorte psicosomático, Puente significante

Abstract
THE BODY AND ITS REPRESENTATIVES IN THE PSYCHOSOMATIC PHENOMENON (FPS)
In our clinical professional practice we have to deal not only with the past but also the present. Today we have discovery diseases that belong to the Organismic Medical Field as well as to the Psychic Field, which might be called emotional influence. In today's society, I believe most of us know at least one person who has suffered from stress, but we can also mention other diseases such as irritable bowel syndrome, Ischemic Heart Disease, Asthma, Allergies, Dermapathologies, fibroids, autoimmune diseases and immunosuppression, eating disorders, obesity and even cancer. The word surrounds the body. We can buid the body through the word. The term "phenomenon" refers to what appears or shows and we know it through experience. In clinical practice, this phenomenon can break into any structure. (Neurosis-Psycho-Perversion).because, in principle, it does not have the status of "psychic structure" because it doesn´t present a particular way of responding to castration. However, I strongly believe that people who suffer from psychosomatic conditions have a particular way to cope with the demands of the external world and especially to the demand of the Other.

Key words
Psychosomatic Phenomenon (FPS), Organ injury psychosomatic trim scope, Significant bridges

Introduccións

Una mirada Psicoanalítica, siguiendo los aportes de Lacan, al Fenómeno Psicosomático (FPS)

Al comienzo el soma y la psiquis estaban separados. El "Pienso luego existo" de Descartes, ponía de relieve la primacía de la sustancia pensante por la del cuerpo. El término Psicosomático fue utilizado de distintas maneras, acuñado por la medicina, más específicamente por el Dr. Groddeck (Contemporáneo a Freud), pero conceptualizado de manera diferente por S. Freud. El primero mencionado, contemplaba una especie de transferencia (que no lo era) que se basaba en un fortalecimiento del vínculo con el paciente para poder curar al enfermo, no tuvo en cuenta varias cuestiones entorno a su propia práctica, ya que en principio el discurso tiene lugar dentro de un dispositivo (psicoanalítico) metodológico técnico. Aunque hay que reconocer que a diferencia de muchos médicos, contempló la palabra además de los órganos.
Freud sostiene que el inconsciente es el intermediario entre el soma y la psiquis. Los actos inconscientes tienen cierta influencia plástica sobre los procesos somáticos, refería Freud, y es que esta instancia constituye la mediación entre lo corporal y lo anímico. Considero que en ciertas enfermedades puede presentarse como determinante cuestiones que no tienen que ver con lo específicamente orgánico, es decir, pueden presentar una causalidad psíquica. Alguna perturbación mental que toca y enferma al cuerpo. La neurastenia, la hipocondría y la neurosis de angustia pertenecían al grupo de las denominadas neurosis Actuales de las que hablaba Freud. Eran aquellas en donde existía una disfunción sexual, la tensión sexual no se resuelve y se descarga bajo la forma de angustia. La insuficiencia psíquica se refiere primero a la falta de mecanismo psíquico que Freud le atribuye y en segundo lugar a la imposibilidad del sujeto de responder a la exigencia pulsional. Siguiendo este pensamiento, la mayoría de las personas que padecen alguna enfermedad considerada "Psicosomática ", sufren de alguna deficiencia inmunológica, orgánica, fuertemente relacionada con la posición subjetiva que sostenga en su trama familiar. De acuerdo a esto, mencionaré la "Forclusión Local" de la que habla Nasio, "(…) hablar de la forclusión como mecanismo local es un modo de decir que la realidad que abordamos y la realidad de la lesión de órgano son realidades locales" [1] Y esa realidad se mantiene por la presencia del significante del Nombre del Padre (NDP), la libido "quedaría" excluida y algo debería perderse. Pues bien, en el FPS la libido no queda excluida, queda sobreinvestida, y dirigida

automáticamente a un órgano específico. Considero que el FPS no es una psicosis, y que tampoco actúa en él una forclusión del NDP. Si, existe forclusión de un significante pero no justamente de ese significante, por ello la realidad no se pierde, sino que está sostenida por las mismas fallas (falta de intervalo entre sgtes.). Las fallas no implican inoperancia, sino que funcionan como tales, como operación fallida aparece la lesión de órgano. Los significantes amalgamados (masificación de S1 y S2), funcionan como una holofrase y operan fallidamente en el registro de lo simbólico e imaginario, dando cuenta de la presencia de una distorsión de la imagen corporal y pobreza en las asociaciones.

Por otro lado, en el FPS no existe algo del orden de lo enigmático sino más bien está relacionado al signo. El lenguaje es equivoco, porque la palabra es multidimensional y el equívoco esta sobreinvestido de sentido, al hablar, ya estoy implicada en eso que digo. En el FPS existe una desimplicancia con respecto a la enfermedad, ya que en el discurso no surgen asociaciones con respecto a la lesión de órgano. Y por otro lado, la alteración orgánica se representa discursivamente como una marca de identidad y ahí la persona se implica, se adhiere perturbadamente en la dolencia, y esto se hace evidente, cuando llegan a nombrarse a sí mismos con el nombre de la enfermedad, "soy asmático", "soy diabético", "soy… la enfermedad". Desde el análisis del cogito cartesiano, Lacan ubica el fundamento de la identificación inaugural, la del sujeto distinto del yo, en ese rasgo unario, esencia del significante, que es el nombre propio. En su concepción del uno, al "rasgo unario" lo define como soporte de la diferencia, en sí misma fundamento de la identidad, a diferencia del enfoque lógico clásico, que hace del uno la marca de lo único. "Les indico de aquí en más que haré girar mi demostración en torno a la función del Uno (les rogaré se refieran al capítulo del Curso de Lingüística de Saussure) (...) Dicho de otra manera, a diferencia del signo -y ustedes lo verán confirmarse por poco que lean ese capítulo- lo que distingue al significante es sólo ser lo que los otros no son; lo que; en el significante implica que esta función de la unidad es justamente no ser sino diferencia." [2] Y en la página siguiente, dice, "Del proceso de este lenguaje del significante, de aquí solamente puede partir una exploración que sea profunda y radical de eso como en lo que se constituye la identificación. La identificación no tiene nada que ver con la unificación. Es sólo al distinguirla que se le pueden otorgar no sólo su acento esencial, sino sus funciones y sus variedades" [3].

Si decimos que el sujeto surge a partir de dos operaciones fundantes, la Alienación o Afanisis y la Hiancia o separación, debemos ubicar la constitución subjetiva, en tanto a lo que el fenómeno Psicosomático refiere, el pegoteo de significantes, donde no se produce la Hiancia, por lo tanto podemos decir que el sujeto queda pegado a la Demanda excesiva del Otro. De esta distancia que no se produce, surge la enfermedad y no el sujeto, donde debería responder el sujeto, responde el órgano. Es en el orden del signo (en lo real) en que se presenta la manifestación somática, es decir, que existe una respuesta automática sin mediación de lo simbólico, directamente en el cuerpo. Es importante destacar que el cuerpo es una construcción; será la imagen psíquica del sujeto que investida libidinalmente crea modificaciones en el cuerpo. En el FPS hablamos de un cuerpo que se da a conocer a través del sufrimiento, por ejemplo el silbido, los catarros y demás molestias en el asma, nominan, nombran ese cuerpo. Encarna en el cuerpo algo de lo que no fue tramitado a través de la palabra. Hablamos de un cuerpo que nace en el encuentro con el lenguaje y toda vez que el cuerpo se compromete, no de manera mecánica, en un interrogante sin causa específica, hay un límite que no funciona. Los agujeros que no aparecen en lo simbólico, sino que se expresan, se leen y se escuchan, en el cuerpo, en lo Real de ese cuerpo.

"El Caso A"

"La requerida"

Este caso es extraído de una muestra de 6 años de observación y evaluación crítica, dentro del cual también he trabajado a nivel institucional, en prácticas y pasantías de la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Si bien en todos los pacientes entrevistados se podía observar los fenómenos que aparecen en Psicosomática, tomé el caso A por ser una paciente basta ilustrativa para el caso que nos acontece.

Se trata de una mujer de aproximadamente 60 años de edad que padece Asma, además de diabetes. Hace 16 años que toca el órgano para distintas iglesias y por ello no recibe remuneración alguna. Su familia está compuesta por una hija (y un hijo que falleció a causa de una enfermedad inmunológica).

La imagen que más la representa es la bondad, pero es una bondad que en A se torna exagerada, "goce exagerado", el "todo" por los demás.

En la mayoría de las entrevistas cuando la paciente hablaba se le escuchaba un silbido al respirar, producto del asma bronquial que padece, como si de alguna manera también padeciera, o le resultara muy pesado, más que hablar, elaborar eso que se va desplegando en las entrevistas. En muchas ocasiones no es posible la asociación, no se registra, pasa de largo en el discurso, no se fija. Existe un cortocircuito entre los significantes. Y no es una mujer que no hable o que le cueste hablar, sino que tiene dificultades para escucharse y para expresar lo que quiere en eso que dice. Todo el tiempo se ponía en juego esto de que se hacían invisibles los límites que hacen de la separación con el Otro. La paciente tiende a entregarse y se pierde en esa entrega, siempre hay detrás una causa que le parece noble: hace muchos años que toca el órgano en las misas y las navidades no eran la excepción, en todos esos años no compartió ninguna fiesta en familia. Para ella primero debía cumplir con la demanda del Otro, del Gran Otro. Queda atrapada a la gratitud, a la necesidad del Otro por sobre la de ella, es un círculo que se repite constantemente y A no lo nota ni lo registra: Uno delos puntos más importantes es que no consigue lograr un acuerdo contractual con la Iglesia, una formalidad laboral. Mantiene relaciones de "trabajo" donde nunca están esclarecidos los límites de las funciones que le corresponden realizar y a las que les dedica bastante tiempo de su vida. Parecen ser un trabajo, pero que al final de cuentas no lo son, por que no cumplen con su finalidad. Hace mucho que toca el órgano y no cobra por sus clases ni por tocar en las misas. La paciente no puede decir "No", cuya palabra implica no solo una negación, sino un **límite**, una **separación**, actúa como corte, en este caso. No surge la espera, "lo voy a pensar", "en estos momentos no puedo darte una respuesta certera…". No le es posible armar un contrato que de cuenta de un orden. Generalmente se enreda buscando alternativas para complacer la demanda del Otro, encerronas, soluciones que no solucionan nada. Si bien A cree que todo lo hace por respeto, confianza, buena voluntad, o lo que ella diga que sea, lo hace sosteniéndose siempre en la lógica donde no existe Afanisis, y por lo tanto donde debería responder el sujeto, responde el órgano. Cada vez que la paciente se encuentra en las encerronas, alguna molestia somática se muestra, sino es el aumento de la glucosa, son los ataques de tos, dolor de muela.

Es importante destacar que el cuerpo es una construcción; será la imagen psíquica del sujeto que investida libidinalmente cree modificaciones en el cuerpo. Es un cuerpo que se da a conocer a

través del sufrimiento, por ejemplo el silbido, los catarros y demás molestias en el asma, nominan, nombran ese cuerpo. Encarna en el cuerpo algo de lo que no fue tramitado a través de la palabra. Hablamos de un cuerpo que nace en el encuentro con el lenguaje y toda vez que el cuerpo se compromete, no de manera mecánica, en un interrogante sin causa específica, hay un límite que no funciona. A lo largo del tiempo la paciente manifiesta que se "separó" definitivamente de una de las iglesias a las que concurría habitualmente y con la cual había tenido varios conflictos importantes, incluso pensó en retomar viejas actividades creativas, como titiritera y payasa.

En un momento del análisis, me sorprende con un corte de pelo, el cual no pasa desapercibido… Un "Corte". ¿Podrá angustiarse? ¿Tolerar el vacío? algo de la distancia con respecto al discurso del Otro, ¿se pondrá en juego?

Ahora comienza a pensar antes de responder, pone en duda los dichos del Otro, aunque a veces queda "pegada", como cuando pone la radio para escuchar la misa (que ser encarga un cura que según sus relatos le ha hecho mucho daño) y le sube la presión, la glucosa…Aunque por otro lado, parece tomar algo de distancia, ya no se hace cargo de todas las situaciones que aparecen como solía hacerlo. Sólo cuando hablamos de aquello que bordea al Fenómeno, la paciente se queda paralizada y no puede dar respuesta. Pero de a poco la paciente está dando notas sorprendentes de que algo de la terapia está teniendo su efecto, y es que, justamente, sea ella quién ponga límites, asuma un corte. Corte simbólico con lo celestial, con la omnipotencia de Dios y el sacrificio redentor. La paciente comienza a decir que algo le da vergüenza, "contar cosas del cura, son maltratos" (…) "me da vergüenza hablar así del cura y no sé si contarlo".

El pegoteo de significantes se materializa en la holofrase: en este caso pensé en "solicitada", a la paciente siempre la convocan de todos lados, o mejor aún: "requerida", re- querida, se siente querida, aceptada de esa manera, pero…la pregunta es… ¿a qué precio? Por eso en este "corte" podemos ubicar algo de la asociación, dicho de otra manera, algo en A está haciendo un "corte".

Conclusiones

"Intervenciones en la clínica"

¿De qué se trata la intervención analítica en el Fenómeno Psicosomático? Considero que la posición del analista es principalmente la de portador de palabras, o mejor dicho "prestador de palabras". En este sentido, "las presta" para que el sujeto pueda armar las conexiones que no puede hacer por sí solo. Por ello, sostengo que la idea fundamental de que nuestra función está allí al servicio de armar "nexos", a lo que llamo "Puentes significantes". Aunque el significante que "prestamos" no es cualquier significante, es un significante en especial relación con el padecimiento del sujeto.

El analista "arma un puente", un nexo para construir y abrir espacios, justamente donde no los hay. Abrir espacios no es inocente, es intentar producir un intervalo, un espacio entre significantes. ¿Acaso no podría decir que la intervención analítica está relacionada con la idea de introducir la falta, "hacer surgir al inconsciente"?. Considero que también una manera de "prestar puentes" es intervenir como corte, como límite. A mi entender debemos operar como el segundo momento constitutivo del sujeto (en el cual podría haberse gestado una "falla psicosomática"), es decir, poder producir una Hiancia en el discurso y en consecuencia, en su vida. En la práctica clínica es importante revisar la posición que ocupa un sujeto para "ese" Otro en particular. La referencia a la falta tiene que introducirse de alguna manera, y sin ser groseros. En general, he observado que las personas ponen mucha distancia entre aquello que dicen con lo que escuchan, y con lo que pudieron (si es que han llegado a ese punto) elaborar de eso que escucharon. Aquí es necesario introducir un corte, y para que se produzca un corte, en la problemática y padecimiento que traen los pacientes, se hace necesario correrse de cierto lugar, dejar de ser el objeto de completud del Otro. Poder prestar límites "simbólicos" implica poner orden al goce, si se quiere, poder domarlo y a partir de allí, introducir un intervalo.

El analista al ordenar la historia subjetiva del paciente, ya está prestando un orden que intenta separar. Por ello, las intervenciones deben estar dirigidas a poder ordenar, el orden tiene carácter de ley. ¿Acaso la imagen, lo que ella refleja no implica otra cosa que una traza? ¿Una marca en el organismo? La imagen del cuerpo es una representación, la cual asociada a un recuerdo emotivo, deja huellas en el psiquismo, se trata de una Imagen corporal grabada en el inconsciente en muy temprana edad. Por ello, el Recorte psicosomático, esta huella que marca una lesión, esta manera de responder, parece actuar como escenario para continuar completando al Otro de manera mítica. "Recorte" que obviamente está encarnado en el cuerpo y no en la palabra. Y en este punto, me parece importante introducir la importancia del narcisismo en las "lesiones de órgano", como denomina Nasio a las afecciones psicosomáticas. Como bien sabemos, la identificación narcisista originaria será el punto de partida de las series identificatorias que constituirán el yo, siendo su función la de "normalización libidinal". Ahora bien, Lacan introduce el espejo en esta teoría, y al respecto dice Nasio: "La más importante característica del estadio del espejo es que se trata de un drama que se desarrolla entre un cuerpo prematuro y una imagen total idealizante que lo traspasa, pero que el niño sabrá aprehender. El cuerpo no estará a la altura de esa imagen, pero "él" sabrá aprehenderla libidinalmente." Y aquí ubico algo de la falla a nivel imaginario en el fenómeno Psicosomático, existe una falla entre los anudamientos borromeos, lo imaginario queda por fuera y da lugar a la pérdida del cuerpo en términos de que algo se desprende, se necesita de una cuarta consistencia, que permita reanudar los nudos. Ya no de manera borromea pero manteniendo algo de ese cuerpo en su lugar. Para que alguien pueda constituirse en tanto imagen corporal, es necesario que haya alguien, en función de una madre que significa.

A esto quería llegar para esbozar un poco la idea de que el analista tiene la tarea de construir *con* el paciente aquello que imaginariamente quedó "estancado", poder abrir un espacio para la reflexión de su discurso. De "recubrir" simbólicamente, otorgando significantes que porten el valor de todo su efecto en el discurso. El análisis tiene la finalidad de posibilitar las herramientas necesarias al paciente (que padece), para desplazar (a partir del órgano lesionado), para construir una reestructuración respecto de su propia historia. El cuerpo, en el fenómeno psicosomático, viene a ser leído y construido por el recorrido del lenguaje, ya que el cuerpo funciona como superficie de la escritura, y es un efecto de ella. Por ello, es importante en la clínica que el paciente (que padece alguna afección psicosomática) se angustie a través de la palabra, implica comenzar a trabajar con y desde las interpretaciones. Las intervenciones en la clínica son más directas, pero no tienen que ver con la rigidez, sino con la dirección, en dirección a ordenar, a dividir. Nuestro dispositivo, el psicoanálisis, es flexible y dinámico, pues la palabra, también lo es. Considero que más bien se trata de un saber-hacer con el psicoanálisis, generar un cambio de posición subjetiva en el FPS es muchas veces indicar el orden, instaurar algo de la ley, buscar maneras de generar un intervalo, que no quede todo taponado por el goce mortífero.

CITAS Y REFERENCIAS

[1] Capítulo IV: Nasio Juan David (2006) Capítulo IV. En 4° reimpresión. Paidós (Ed.) “Los gritos del cuerpo” (pp. 88) Buenos Aires: Paidós.

[2] Clase 3 (29 de Noviembre de 1961): Lacan, Jacques (2007) “El Seminario libro 9” La identificación (pp. 36). Buenos Aires: Paidós.

[3] Clase 3 (29 de Noviembre de 1961): Lacan, Jacques (2007) “El Seminario libro 9” La identificación (pp. 37). Buenos Aires: Paidós.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Freud, S. (1979) Volumen III “Primeras publicaciones psicoanalíticas” (1893-1899) (1ra. Ed) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1979) Volumen III “Las neuropsicosis de defensa (1894)” (1ra. Ed) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1979) Volumen XII - Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras (1911-1913) (1ra. Ed) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1979) Volumen XII Sobre la dinámica de la trasferencia (1912) (1ra. Ed) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1979) Volumen XII Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912) (1ra. Ed) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1979) Volumen XII Puntualizaciones sobre el amor de trasferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III) (1915 [1914]) (1ra. Ed) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1979) Volumen XVI - Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III) (1916-1917) 24° Conferencia. “El estado neurótico común” (1ra. Ed) Buenos Aires: Amorrortu.

Lacan, J. (2007) “El Seminario libro 9. La Identificación” (1ra. Ed) Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2007) “El Seminario libro 10. La Angustia” (1ra. Ed) Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2007) “El Seminario libro 11.Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1ra. Ed) Buenos Aires: Paidós.

Lamorgia, O. (2012) “Herejías del cuerpo: Actualizaciones en psicosomáticas”. (2da Ed) Buenos Aires: Letra Viva.

Nasio, J.D. (2006) Los gritos del cuerpo: psicosomáticas (2da. Ed.) Buenos Aires: Paidós.