



Experto en psicooncología



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA VI. LA ANGUSTIA EN EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO

Introducción

El título de este tema dicta “la angustia en el fenómeno psicosomático”. Cuando decimos angustia estamos invocando al goce. Con lo cual quizá más exacto sea indicar que en este tema queda enunciado la angustia y el goce de una forma conjunta, casi inseparable. Para amenizar la cuestión, vamos a aderezar el menú con la alexitimia, cuestión muy pertinente con el fenómeno psicosomático, y aún más con la intervención del estamento médico.

Alexitimia

De igual forma que un discurso se compone de enunciado (el texto, la palabra) y la enunciación (el tono, la emoción), cuando una persona al enunciar un discurso hace que no se correspondan las emociones con las palabras estamos ante el fenómeno de la alexitimia. Se desprende lo emocional de la palabra. No será únicamente la única consecuencia, habrá otras significaciones sintomatológicas.



A partir de tratamientos psicosomáticos se describen rasgos de personalidad que confluyen en el nombre de Alexitimia. No sólo valida a la descripción de los síntomas psicosomáticos, sino que también incluye a las adicciones, depresión y trastornos de la conducta de alimentación (La anorexia, bulimia y

obesidad también se incluyen dentro de la clínica de las adicciones: a-dicción: lo no dicho). Por tanto, el término ofrece una utilización en el ámbito de la prevención en Psicología.

Pedinelli se ocupa de indicar las manifestaciones de la alexitimia, señalando cuatro:

- 1) Incapacidad para expresar verbalmente las emociones o los sentimientos
- 2) Limitación de la vida imaginaria
- 3) Ante la falta de palabras se da paso al acting, al acto, el recurrir a la acción para solucionar y, a la vez, evitar los conflictos.
- 4) Amplia capacidad para la descripción (ausente de emoción) de cualquier cosa, desde hechos hasta malestares físicos. Permite la concentración en preocupaciones concretas.

La característica que Pedinelli apunta es que los efectos de la Alexitimia son bien diferentes a los de la neurosis y psicosis. Pedinelli postula que la Alexitima es una forma de “cierre” a los aconteceres internos, plenos de emociones, así como de los externos. Este cierre está vinculado al estilo de comunicación que realiza un sujeto y que convierte a la Alexitimia en un paradigma acerca de la elaboración psíquica.

El núcleo central de la Alexitimia es la función simbólica. Es la incapacidad de la articulación de las palabras con la dimensión inconsciente. El efecto es que ese decir simbólico queda atrapado como única posibilidad en la somatización, enunciando y denunciando su estado emocional.

Esta situación se deja ver en la clínica a través de la dificultad de hablar de sus emociones (y de hacerse cargo de ellas), de la pobreza de su imaginario, y como ya hemos nombrado, la acción que obtura el sentir y la palabra.

Así se reconoce en la clínica la existencia de un vínculo entre la dificultad para hablar de las emociones propias, la pobreza del imaginario, el acto como sustituto de la palabra y la enfermedad en general.

Manifestaciones de la Alexitimia: (Pedinelli)

- Incapacidad para expresar verbalmente las emociones o sentimientos.
- Limitación de la vida imaginaria.
- Ante la ausencia de palabras se da paso al acting, el acto, el recurso de la acción para solucionar y evitar conflictos.
- Amplia capacidad para la descripción (ausente de emoción) de cualquier cosa, desde hechos hasta malestares físicos. Permite la concentración en preocupaciones concretas.

La autoría del término le corresponde a Sifneos en 1973. Describe síntomas observados en pacientes con enfermedades psicosomáticas. Literalmente significa “ausencia de palabras para expresar emociones”. Curiosa e inquietantemente no dudaba en señalar que la alexitimia le corresponde “al perfil social corriente de los individuos”.

Aunque las características ya habían sido señaladas anteriormente, es cierto que Sifneos la organizó como entidad conceptual. Sifneos acuña el término englobando a los factores cognitivos y afectivos que dan carácter al estilo comunicativo de los pacientes psicosomáticos. Señala: “.../...los pacientes que sufren trastornos psicosomáticos, a quienes tuve la oportunidad de entrevistar durante muchos años en la clínica psiquiátrica del Hospital General de Massachussets, muestran una marcada dificultad para comunicarse con su entrevistador, transmiten la impresión general de ser apagados y utilizan las acciones para evitar conflictos o situaciones de frustración. Además de una relativa constricción en el funcionamiento emocional, su más notable característica es la incapacidad para encontrar las palabras apropiadas para describir los sentimientos. Por buscar un término mejor, propuse la palabra alexitimia (del griego a = sin, lexis = palabras,

thymos = sentimiento o emoción) para describir esta dificultad específica que probablemente se deba a la combinación de defectos neurofisiológicos y psicológicos más que sólo a los puramente psicológicos”.



Indicaremos que en su inicio se identificó bajo este término a las personas cuyos síntomas caían bajo los epígrafes de lo psicosomático. Posteriormente se ha añadido otros trastornos que están ligados al fenómeno de la

Alexitimia como lo son las adicciones, la conducta psicopática, los trastornos de la alimentación, e incluso a los trastornos de estrés postraumático. Precisaremos en señalar que la Alexitimia no es aceptada por todos y que no se inscribe en las clasificaciones psiquiátricas.

Anteriormente, articulándolo con la neurología, McLean en 1949 había propuesto un modelo neuroanatómico que apunta a explicar “la existencia de una desconexión interhemisférica en los pacientes psicosomáticos que impide la conexión entre el sistema límbico y el neocórtex”. El resultado fundamental es que las emociones no son bien traducidas simbólicamente a palabras.

En cambio, las bases del concepto fueron instauradas por autores afines al psicoanálisis. Las primeras observaciones recayeron en que los pacientes con enfermedades psicosomáticas tenían una gran dificultad para expresar cualquier tipo de conflictos a través de la palabra.

Alexander, Dunbar y Ruesch señalaron las principales características anímicas de estos pacientes: (Otero, 1999)

- Coartación de la fantasía
- Dificultad para la expresión de las emociones
- Tendencia a canalizar las tensiones a través de la vía corporal
- Dificultad en el abordaje psicoanalítico de su problema

Por su parte, la observación de los psicoanalistas franceses Marty y M'Uzan de sus pacientes psicósomáticos coinciden con los mismos aspectos de "personalidad" que habían aportado los psicoanalistas norteamericanos. Añaden el término "pensamiento operatorio". Con ello, designan un tipo de funcionamiento psíquico habitual en los pacientes psicósomáticos: se trata de un pensamiento que en principio no tienen una ligazón orgánica con la actividad fantasmática.

Nemiah y Sifneos se hicieron cargo de analizar empíricamente estas conceptualizaciones teóricas. Instrumentalmente se valieron de entrevistas realizadas a sujetos con enfermedades psicósomáticas, centrando su interés en los sueños y en las cadenas asociativas en el discurso. Alcanzaron algunas conclusiones acerca de los símbolos y de los pensamientos asociados a sentimientos y deseos. Indicaron que el uso que los pacientes hacen de los símbolos es ajustado, limitado en su praxis. Además, constataron una ausencia significativa de pensamientos relacionados con los sentimientos, impulsos y deseos. Son sujetos que desligan sus experiencias internas de la metáfora y la metonimia.

Muchos autores e investigadores han señalado las características que conforman el síndrome de la Alexitimia, y concuerdan de que los conceptos de pensamiento operatorio y alexitimia pueden ser considerados como similares. Una diferencia importante a tener en cuenta es que, si bien Nemiah y Sifneos enfatizan el concepto emocional, por su parte

Marty y M´Uzan señalan el aspecto fantasmático, enunciando los componentes de forma similar. Pero lo emocional y lo fantasmático no es la misma cosa, no apunta a lo mismo.



La diferencia rápidamente emerge cuando se proponen abordar la etiología del síndrome. Hemos indicado que el pensamiento operatorio descrito por Marty y M´Uzan y la alexitimia de Nemiah y Sifneos coinciden en su

descripción; ahora bien, a pesar de esto hay que reconocer que proceden de marcos teóricos distintos, y por tanto las diferencias con respecto del acceso a la etiología también marcaran las distancias.

La Alexitimia se presenta como valor descriptivo cuya valía etológica es de menor peso al no estar adscrita a una escuela, aunque se encuentra bien aceptada en la Psicología y en la Psiquiatría. En cambio, el pensamiento operatorio se asocia a un trastorno profundo de la personalidad.

Desde el psicoanálisis para ingresar en la etiopatogénesis, es conveniente abordar la angustia y el goce.

Angustia y goce

Siempre es complejo teorizar algo, entre otras cosas porque para ello tendremos que desplegar un discurso. Cuestión que no va mucho con la ciencia médica, o mejor con la ideología que implica que a las enfermedades se le aplique el concepto de Alexitimia.

Justo porque la angustia se presenta asociada al discurso que hace que la ciencia médica se detenga en la medida en que pierde de vista que además de presentar vivencias los enfermos psicosomáticos hablan, presentan un discurso, y por tanto indica que la angustia se relaciona profundamente con el lenguaje.

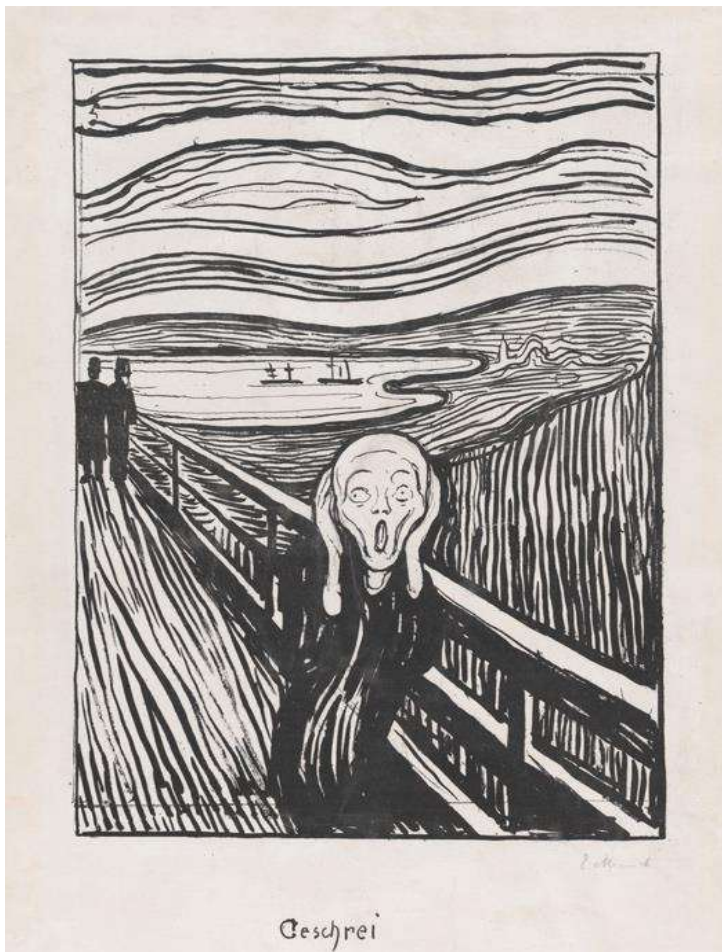
Desde Lacan, no hay vuelta atrás en cuanto debemos de tratar la angustia con el lenguaje. El trabajo de Lacan nos ayuda a señalar que “la angustia es siempre un fenómeno de frontera respecto del lenguaje”.

Tal como indicamos la angustia se relaciona con el discurso, con el lenguaje, y el primer efecto con el que nos encontramos es el “fading”, una desaparición, un desfallecimiento. Fading es una locución inglesa que recoge y hace valer Lacan. Tiene antecedentes y similitudes con la afasia que fue introducida por Ernst Jones en 1927 con el objeto de señalar “la desaparición del deseo sexual”. Lacan modifica el concepto de afánisis de Jones sustancialmente, indicando que no significa “la desaparición del sujeto”, sino que es la indicación de su división fundamental, su escisión. Por eso fading y afánisis se parecen, se trata de “la desaparición del sujeto en el proceso de alienación”. Podemos indicar que “el sujeto sufre un fading o desaparición ante la demanda y el objeto” (Ricardo García, 2004).

También nos conviene recordar a Sættele cuando nos indica que en el sujeto con angustia se produce algo de la afasia: “La experiencia de la angustia es una experiencia que golpea al sujeto, y le presenta, como restos de un naufragio, restos de lenguaje: palabras aisladas, voces sin posición enunciativa ubicable”. Estos restos serán los que son objeto de trabajo para el psicoanalista que escucha al paciente angustiado.

Para Lacan, la angustia es el afecto por antonomasia, es el paradigma de ello. Es “lo que no engaña”. Es aquello que ocupa su lugar entre el alma y el cuerpo.

Sabemos que alrededor del cuerpo se producen muchas funciones biológicas que se siguen unas a otras. Ahora bien, también sabemos que estas (respiración, ritmo cardíaco, secreciones, temperatura, sistemas digestivos, sistema inmunológico) pueden ser detenidas, alteradas, modificadas en suma según convenga o sea de interés. En definitiva, que ocurren cosas, inducidas sin duda, que alteran el proceso biológico en un momento dado. Esto nos permite plantear la hipótesis de si puede haber algo de otro orden, psicológico, que también tenga la facultad de alterar lo biológico, las funciones en el cuerpo.



Para ello, tomamos el síntoma histérico y comprobamos que una articulación significativa se sigue con otra. Y la ponemos en juego con respecto del fenómeno psicosomático. Es ahí donde observamos que se produce un cambio de registro, no hay continuación significativa, algo se detiene. Se precipita la pregunta de si es posible y ciertamente de qué manera un significativo pudiera tener la capacidad de alterar, modificar lo Real del cuerpo. Cómo articular al Otro con la

función biológica del cuerpo. Para Lacan, se trata de una relación del Otro con el sujeto que tiene unas características determinadas cuyo efecto es una demanda del Otro que no permite jugar la función de afánisis, en última instancia de la escisión.



El juego entre dos significantes indica la aparición de la falta entre ambos, entre S1 y S2, constituyendo lo indicado como afánisis. ¿Qué ocurre?... que “la primera pareja de significantes se solidifica, se holofrasea” (Lacan). Holofrasea es un término que trae Lacan de la lingüística. Se trata de una palabra que tiene la capacidad de una frase,

con la característica de que no es necesario, y por tanto no se puede, interrogarla. Por ejemplo, la palabra auxilio.... Está claro qué es, de qué se trata, solo cabe la respuesta. No tiene, pues, la condición de “significantes que representan al sujeto para otro significante” (Lacan), sino que es un signo que significa algo para alguien. Vemos que el sujeto ha desaparecido como tal. Esto es lo que configura al fenómeno psicósomático: no es posible interrogar al deseo del Otro, no emerge la falta entre los significantes, no opera, en definitiva, como la aparición de un deseo enigmático.

El efecto es que cuando se solidifica el significante tiene la capacidad de desarticular el funcionamiento biológico. Al no poder abordarse los signos a través de las formaciones del inconsciente (un lapsus sí es interrogable), la lesión somática emerge. Es importante indicar que el significante solidificado no tiene la capacidad de producir directamente la lesión, sino la de realizar el efecto de alteración de la función biológica.

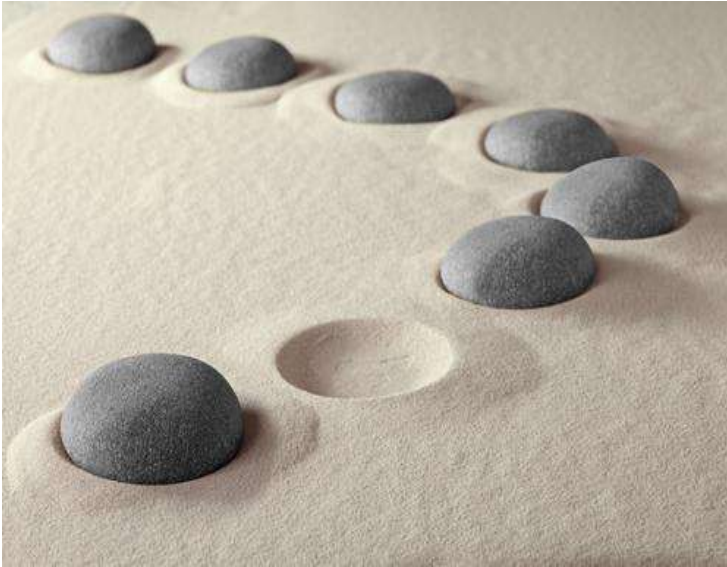
Es, pues, la demanda del Otro que se articula como holofrase, como un signo. Cuando hay este, no hay malentendido posible, el significante es unívoco. Por el contrario, la característica del significante es que es equívoco (por eso se le puede interrogar). El signo no permite la vía de las formaciones del inconsciente, produce una respuesta no adecuada del organismo al interferir con una función biológica.

Hemos indicado que el signo altera la función, y cuando ésta se produce adquiere la capacidad de lesionar lo real del tejido. Si nos acogemos al perro de Paulov, obtenemos un buen ejemplo de ello. Sabemos de la campana, el sonido, y la secreción gástrica del perro al escuchar el signo. La secreción gástrica es lo que sirve para desintegrar el alimento. ¿Qué sucede? El signo, campana-sonido, permite la secreción, pero altera la función en tanto no tiene por qué haber alimento, que es sustituido por el sonido. Esta alteración, esta dislocación de la secreción gástrica erosiona las paredes del estomago, lesiona en última instancia el órgano.

Si ahora nos centramos en el fenómeno psicossomático y el sujeto, nos preguntaremos cómo se articula el Otro con la función biológica que se va a alterar, cómo incide en esa elección del órgano por el Otro. Va a estar estrechamente relacionado con el goce del Otro. Antepoñemos la idea de que ese Otro va a actuar sobre el cuerpo en un momento dado donde el sujeto con su cuerpo no puede ser autónomo (no tiene recursos para poder interrogar al goce). Esta incidencia, que puede ser a través de la mirada insistente de ese Otro en la piel del cuerpo (pensemos en Otro que demanda al cuerpo del niño lavarse constantemente el cuerpo, la piel), producirá que la función biológica (la importancia de la piel y, por ende, de las alergias) no podrá tomar el campo de la autonomía.

Al pasar a la clínica, a cómo intervenir con el sujeto psicossomático, se precipitan muchas cuestiones. Desde cómo hacer para que en ese Otro aparezca la falta, su incompletud, cómo hacer para que el sujeto no se encuentre acorralado, sometido a ese Otro, cómo hacer en definitiva para que pueda responder no de forma unívoca al Otro. La cuestión pasa por la posibilidad de interrogar a ese Otro para que puede emerger el deseo entre los significantes de su demanda (ese deseo será mejor o peor, lleno de amor o de odio, pero crea la posibilidad de enfrentarse a él).

Partiendo que para la construcción de una subjetividad normalizada es preciso que:



- 1) Un Otro que demanda al Sujeto
- 2) Un Sujeto que interroga esa demanda
- 3) Como consecuencia de esa interrogación (¿qué quiere de mí?, se precipita el deseo del Otro en el intervalo significativo).

Conviene señalar que para Lacan la condición de significativo es que el siguiente se encuentre a una distancia (un silencio entre significativo y significativo, por ejemplo) con el objeto de que pueda tener efecto las formaciones del inconsciente (lo equívoco del significativo favorece la aparición de un lapsus y por tanto, permite la vía de acceso a las formaciones del inconsciente).

Si no acontece esta cuestión, el sujeto se queda a merced del Otro. Es un sujeto vulnerable cuya demanda del Otro incidirá sobre la función biológica. Desde la clínica, nuestro trabajo prestará mucho interés en interrogar a aquella demanda que en su tiempo no fue articulada. Identificar, pues, aquello que operó como signo y que obturó el funcionamiento del inconsciente. Ayudará a que el sujeto recupere su autonomía.

Cómo se construye la subjetividad	☒ 1) Un Otro que demanda al Sujeto ☒ 2) Un Sujeto que interroga esa demanda
--	--

	☒ 3) Como consecuencia de esa interrogación se precipita el deseo del Otro en el intervalo significativo
--	---

Bibliografía

- Alexander, F. (1950). Psychosomatic medicine: its principles and applications. New York: W.W. Norton.
- Assoun, Paul-Laurent. Cuerpo y Síntoma. Ed. Nueva Visión: Bs Aires 1997
- Calatroni, Marta, T (compiladora). Pierre Marty y la psicósomática. Amorrortu, Buenos Aires 1998.
- Carballo, J.R. Teoría Práctica y Psicósomática. Editorial Desclee de Brouwer, Bilbao 1984.
- Dolto, F. La imagen inconsciente del cuerpo. Ed. Paidós, Buenos Aires 1986.
- Dunbar, F. (1935/1954). Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships (2nd ed.). New York: Columbia University Press.
- Fine, A; Schaeffer, J. Interrogaciones Psicósomáticas. Amorrortu, Buenos Aires 2000.
- Freud, S. (1897). Estudio comparativo sobre las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires 1981.
- Freud, S. Conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas. Amorrortu, Buenos Aires 1981.
- Freud, S. En Obras completa. Ed. Amorrortu, Buenos Aires 1981.
- (1905) Tres ensayos de la teoría sexual
- (1914) Introducción del narcisismo
- (1923) El yo y el ello
- (1926) Inhibición, síntoma y angustia.
- Heidegger, M. ¿Qué es metafísica? En M. Heidegger (Comp.): ¿Qué es metafísica? Ser, verdad y fundamento: ensayos: Eds. Siglo Veinte. Bs As.
- Lacan, J. Conferencia de Ginebra. En J. Lacan (Comp.): Intervenciones y Textos II. Manantial, Bs As 1988.

- Lacan, J. Del sujeto al que se supone saber, de la primera díada, y del bien. En J. Lacan (comp.): El Seminario. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Paidós, México 1977.
- Laplanche, J. Pontalis, J. B. Diccionario de Psicoanálisis. Paidós, Barcelona 1996.
- Marty, P. y M'uzan, M. La pensée opératoire. Revue Française de Psychanalyse, 27(supl), 1963.
- Marty, P. La Psicopatología del Adulto. Amorrortu, Buenos Aires 2003.
- McLean, P. Psychosomatic disease and the "visceral brain". Psychosomatic Medicine, 1949.
- Nasio, J.- D. Los gritos del cuerpo. Ed. Paidós, Buenos Aires 1996.
- Nemiah, J. y Sifneos, P. Psychosomatic illness. A problem in communication. Psychotherapy and Psychosomatics, 18. 1979.
- Pedinielli, J. Psychosomatique et alexithymie. PUF, Paris 1992.
- Ruesch, J. The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. Psychosomatic Medicine, 10. 1948.
- Sættele, H. Freud, Lacan y la angustia. Carta Psicoanalítica (revista electrónica). Disponible en línea:
- <http://www.cartapsi.org/revista/no1/saettele.htm>. 2001.
- -Sami-Ali. Cuerpo Real, Cuerpo imaginario. Amorrortu, Buenos Aires 1992.
- -Sami-Ali. El Impasse Relacional. Editorial Síntesis, Madrid 2000.
- Sifneos, P. The prevalence of "alexithimic" characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 22. 1973.

Cuestiones

- 1.Relaciona al Otro con la función biológica
- 2.Indica algunas condiciones que señalan una subjetividad normal