

EVIDENCIAS TESTIMONIALES.

LO PSICOSOMÁTICO, EL CUERPO Y LA MENTE REFLEXIONANDO CON PEDRO J. BOSCHAN.



Dr. Nemirovsky: El psicoanálisis es multicultural y tiene diferentes puntos de vista. Por ejemplo, si partimos de la cuestión de la pulsión vamos a tener un determinado cuerpo, un cuerpo que porta, genera y es presa de la pulsión. Si nosotros trabajamos con un psicoanálisis como los intersubjetivos actuales como Mitchell, Todorow, Stephen Stern y otros, no pulsional, seguramente tengamos un cuerpo intersubjetivo, que entra en una trama intersubjetiva no necesariamente pulsional. Donde la interpretación de deseo y afecto es solo parte de la libido comunicadora de vínculo como buscadora de objeto, como planteaba Fairbairn. No sería buscadora de placer. Nos va a dar distintos tipos de resultados la idea de cuerpo. Vamos a tener otros cuerpos. El tema es lo difícil que nos resulta lo psicosomático, el cuerpo y la mente, siempre estamos alrededor de lo corporal como si pudiéramos diferenciarlo. A veces uno intenta hacerlo desde el punto de vista docente, pero a veces nos convencemos de lo mismo que estamos planteando y es un problema. Esta inquietud quería plantear, es para discutir en cinco jornadas más, lo que cada uno entiende por cuerpo.

Norma: A mí me sorprendió un concepto que lo escucho por primera vez y me gustaría si lo puedes ampliar porque me perdí el nombre técnico. Es esto del dolor como organizador psíquico. Si se toca este concepto con el concepto de goce en el estricto sentido lacaniano; ese plus. O si no se toca. Cómo se articula. Esto de la estructuración, que los sujetos no podrían organizarse sin el dolor. Estarían organizados en torno al goce o en torno a la pulsión de muerte, no lo interpreté bien.

Griselda: En la misma línea de la pregunta que hace la compañera pensaba algo que se trabajó en el curso sobre las marcas en el cuerpo en los jóvenes. Y cuando mencionó esto del organizador psíquico, esta ecuación de las marcas en el cuerpo como dolor o placer. En los jóvenes todo esto que surge en este momento es como hasta una laceración del cuerpo. Me surgió esta pregunta cuando escuché ese concepto.

Daniela: La pregunta es muy puntual, la hago desde la total ignorancia. Soy psicóloga y de medicina entiendo poco y en un momento se refirió a las enfermedades psicosomáticas en la línea de las alteraciones del sistema nervioso autónomo, inmunitario y endócrino creo que dijo. No sé si esto engloba estas alteraciones como más comprensibles desde todas las teorizaciones psicoanalíticas que permiten comprender a las enfermedades como psicosomáticas. ¿Qué nos quedaría afuera de esto? En el sentido que hay mucho de lo transmitido o de las enfermedades congénitas que también queda para los médicos mismos sin terminar de comprender. Me gustaría pensar un poco más, como podemos integrar estas cuestiones.

Arturo: Como me preocupan las enfermedades psicosomáticas, una duda grande es el concepto de vulnerabilidad. No lo terminé de poder entender.

Dr. Pedro Boschan: Vamos por partes. Con respecto al comentario del Dr. Nemirovsky, yo estoy completamente de acuerdo, excepto que creo que a la larga vamos a tener que buscar puntos de articulación

con respecto a estas distintas concepciones teóricas. Durante mucho tiempo el concepto de pulsión cayó en desgracia en psicoanálisis, y junto con el concepto de pulsión también se cayó en poco por el borde el concepto de lo corporal. Pues tiene que ver con todo este giro lingüístico de Lyotard de privilegiar lo discursivo. Yo pienso que lo intersubjetivo es distinto de lo pulsional claramente; no tanto de los deseos. Si uno piensa en la pulsión meramente en la acepción que usaba Freud, como una cosa buscando descarga más que buscando placer, creo que hay una diferencia total. Creo que si uno lo piensa como deseo buscando satisfacción se arrima más. Uno ahí puede pensar en otra clase del deseo que, si bien tiene un origen en el cuerpo, quizá no son tan puramente neurofisiológicos. Si uno toma la idea de Fairbairn y dice que la libido no busca placer, busca objeto. Yo muchas veces le hubiera querido preguntar a Fairbairn para que los busca. Alguna satisfacción estos objetos tienen que proveerle, y esta satisfacción puede ser del orden de lo libidinal o lo no libidinal según como entendamos lo libidinal.

Con respecto a lo que decías, yo pienso que el tema este no solo le pasa a los médicos, creo que Groddeck fue el primer psicoanalista que planteó esta teoría monista de que finalmente lo que pasa en el cuerpo y en la mente son la misma cosa con distinta clase de manifestación. Y engancharía con la pregunta de Daniela, donde psicopatológicamente se busca diferenciar lo que sería histeria, de lo psicósomático y lo que sería hipocondría. La histeria está mucho más ligada al tema de significación, la idea de Freud que el síntoma histérico grita el conflicto que se reprimió. Hay una relación simbólica con la manifestación corporal. En lo psicósomático la relación no es simbólica, esta es una diferencia muy importante aunque no tan absoluta. La mediación pasa más por lo interno del cuerpo mientras en la histeria pasa más por lo externo, con toda la relatividad que esto tiene. Y lo interno está regido por el sistema nervioso autónomo, endócrino, inmunitario. Insisto en que esto es relativo, es para diferenciar el campo que después se puede empezar a juntar. Desde este punto de vista, la diferencia entre significado en el sentido del síntoma **que dice**, y del **sentido**, tomando como sentido la idea de André Green, que el sentido de algo en última instancia es el efecto que promueve en el otro; creo que el síntoma psicósomático tiene sentido pero no tiene significado. De hecho una de las críticas que le hace Freud con diferencia a Groddeck es que interpretaba salvajemente cualquier síntoma corporal como si fuera un síntoma histérico. Groddeck decía que si una persona tuvo una hemorragia retiniana será porque no quiere ver algo, y le preguntaba al paciente que era lo que no quería ver. Según él, con muy buenos éxitos terapéuticos, aunque la mayor parte de la gente que trabaja en psicósomáticas así no lo suscribiría.

Con respecto a la pregunta de Norma, yo creo que diferenciaría dos cosas por un lado el *pain prone* es un tipo particular de paciente, no es algo general. Es un tipo particular de paciente en el cual el dolor físico sirve como una especie de *stop* para la desorganización psíquica. Estaba tratando de acordarme la palabra que usa Pierre Marty pero la amnesia me está traicionando. Es aquello con lo cual el psiquismo frena la desorganización. Es una cosa que se da en cierto tipo de pacientes. La otra idea que preguntabas tiene que ver con la función que tiene el dolor en la estructuración normal del psiquismo y yo diferenciaría claramente el dolor y el placer de la idea de goce. Hay experimentos que demuestran que cuando los animalitos se ven impedidos de experimentar dolor en su propio cuerpo mientras crecen, tienen fallas en el reconocimiento de su delimitación con los otros. Hay madres ratas que si nunca pudieron morderse a sí mismas, después no saben tomar a sus cachorros con la boca delicadamente como hacen normalmente, sino que los muerden muy fuerte y los lastiman. Esta falla en reconocer que duele y como duele hace difícil organizar su representación de sí mismo y su relación con los demás.

El concepto de goce es un concepto completamente diferente, tiene que ver con la pulsión de muerte, tiene más que ver con la destrucción que con el placer. De hecho Lacan diferencia cuidadosamente el goce del placer, en castellano la diferencia es menos así.

Y con respecto a lo que preguntaba Griselda de las marcas en los cuerpos yo creo que hay un efecto identitario del dolor. Por ejemplo, la gente que se corta como una manera de saber que existe. Yo tengo en este momento en terapia a una familia, una de cuyas hijas que en los otros aspectos de su funcionamiento psíquico diría que es una neurótica con una leve depresión, cuando se pelea con el novio se encierra y se corta. Y es muy importante que salga sangre, como que esto tiene un efecto de reconocimiento y delimitación y otras cosas que todavía no entiendo con esta paciente en particular. Pero forma parte de esta diferenciación y reconocimiento. Los tatuajes son más ornamentales, pero cuando los adolescentes se ponen el piercing,

en general erotizan el dolor. Y a través de esta erotización generan una idea omnipotente de ser ellos los que dominan el dolor por el miedo a ser sobrecogidos por un dolor ingobernable, esta es una hipótesis mía.

Con respecto a la pregunta de Arturo, la diferencia entre vulnerabilidad y enfermedad es una diferencia muy importante que traza Liberman. El estado de vulnerabilidad es un estado en el cual puede no verse manifestado todavía un síntoma somático, pero hay un modo de funcionamiento tal que hace al sujeto particularmente vulnerable a esto. Si uno sale a manejar el coche sin aceite, puede las primeras cuerdas andar perfectamente bien, es un coche que no está enfermo pero está vulnerable porque uno sabe que andarlo sin aceite lo va a fundir. La vulnerabilidad puede no manifestarse, pero puede ser un sujeto cuyo debut en la somatización es una muerte súbita, dice Liberman. Son personas que están funcionando sin aceite y que quizá los primeros doscientos kilómetros le va fenómeno. Por eso Liberman siempre advierte que a veces un síntoma físico psicosomático es un pedido de auxilio del cuerpo sobre exigido.

Noemí: ¿Tiene relación con la facilitación somática de Freud?

Dr. Pedro Boschan: Yo diría que facilitación somática de Freud es un concepto que está más en el ámbito de las determinaciones hereditarias si se quiere, que también existen por cierto. Yo hace 40 años trabajaba en un equipo de investigación en Estados Unidos en el que investigábamos respuestas fisiológicas de recién nacidos, pero de recién nacidos de tres horas de vida. Y se veía que había diferencias muy importantes en estas respuestas, y que además muchos de estos recién nacidos mantenían este patrón de respuesta a lo largo de mucho tiempo. A un sonido, un chiquito reaccionaba con mucha taquicardia y otro reaccionaba con menos taquicardia, el que reaccionaba con mucha taquicardia seguía siendo un hiperreactor a lo largo de buena parte de su vida. Pero esto tendría que ver con una cualidad somática, con una característica biológica del ser humano. Cuando hablamos de vulnerabilidad estamos hablando de una cualidad adquirida en una modalidad de funcionamiento vincular donde el bloqueo de la integración afectiva, corporal y psíquica genera un estado de disociación psicosomática que los hace más vulnerables.

Ana: Te quería hacer una pregunta acerca de Groddeck ya que lo nombraste, pero antes quería una reflexión por lo que dijiste de las ratas. Pensé que si un chico no tiene límites durante su crianza, que sería el equivalente del dolor que sentiría esa rata, luego se convierte en un peligro hacía en otro, un psicópata o lo que fuera el equivalente de la madre que daña a su cría. Con respecto a Groddeck te quería preguntar que pensabas acerca de ese Ello creador de formas del que él hablaba, si lo podríamos relacionar con el concepto de sujeto significativo inconsciente del que habla Chioza, y de la clave de inervación de los afectos; como se expresarían dentro de tu teoría y de lo que has expuesto hoy en la idea por una parte y la representación y la descarga afectiva, si eso tendría relación con la aparición o manifestación del síntoma somático.

Dr. Pedro Boschan: Es una pregunta para la cual tendría que tomarme mi tiempo. El problema es que como yo opero con un esquema teórico distinto del de Chioza, en muchas cosas coincido con su manera de pensar pero esta traducción de un esquema a otro me resulta un poco abrupta. El tema de las claves nunca me terminó de convencer, si me parece que el Ello groddeckiano es muy equiparable al tema de la significación, de cómo el inconsciente busca significarse a través de una determinada manifestación corporal. En estos días, para un evento científico estaba releendo la correspondencia entre Freud y Groddeck, donde Freud le dice a Groddeck que el concepto de Ello que plantea Freud está tomado de la idea del Ello de Groddeck. Y este le contesta que en realidad Freud no entendió bien la idea, que la idea es mucho más abarcativa que una instancia y creo que en esto estaría la ligazón con Chioza. Sería como una especie de órgano determinante inconsciente de todo el ser humano. Hace muchísimos años tenía en análisis a un chiquito que era hijo de unos colegas, en un momento de la sesión yo le hago una interpretación y el pibe me mira muy serio y me responde “Eso que vos decís debe ser el inconsciente”, el chico debía tener cinco años. Y yo le pregunto que era el inconsciente, y me responde que vendría a ser como el dios que tienen los psicoanalistas. Creo que este concepto de Groddeck está planteado en estos términos, del dios que tenemos los psicoanalistas.

Lic. Betty K. Krakov: Quería retomar la primer pregunta después de este recorrido. Nosotros didácticamente hablamos de cuerpo y mente, didácticamente hablamos de integración. O pensamos que hay una integración en la salud. Con que tendría que ver esta integración que hablamos de cuerpo y mente. Aparece esta separación solo en la enfermedad.

Dr. Pedro Boschan: Vaya pregunta. Yo pienso que esto tiene que ver con la inscripción filosófica. Si uno se ubica como Groddeck, en un pensamiento monista tendría que sacar el Yo, y tendría que usar alguna de las expresiones que muchas veces la gente usa, como cuerpo-mente, somatopsicótico dice Bion. Por otra parte, si uno quiere mantener un dualismo no estricto (un dualismo estricto a esta altura es insostenible), si uno dice que es mejor que el paciente lo piense a que lo descargue como ácido clorhídrico, evidentemente estamos estableciendo un pensamiento dualista. Nosotros como psicoanalistas tendemos a privilegiar el ámbito del pensamiento. Esto lo decía al principio cuando hablaba del privilegio del discurso que atraviesa sobre aquello que es atravesado, yo sigo pensando que pensar es bueno, pero me parece que a veces se nos va la mano. A veces se sobre-privilegia todo lo que sea mental, psíquico, pensamiento y nos olvidamos que la presencia del cuerpo respecto a esos fenómenos es muy importante. Y ahí es donde el aporte de otros colegas que trabajan en psicomotricidad, expresión corporal, es muy importante y muy valioso para mantener un diálogo. Con respecto a lo monista o lo dualista, yo pienso que es un posicionamiento filosófico y que además va más allá de lo que decimos manifiestamente. Cuando uno lee a Groddeck, internamente objeta a un exagerado monismo. Uno piensa que una hemorragia retiniana no es la mismo que una parálisis histérica porque yo sé que una parálisis histérica la puedo modificar por hipnosis y sé que una hemorragia retiniana no la puedo modificar por hipnosis. Por otro lado uno dice que fulano, después de trabajar psicoanalíticamente dejó de sangrar por el uréter (como algún paciente que he visto), uno dice que en ningún momento pusimos palabras a ese sangrado de uréter, en ningún momento transformamos ese sangrado en un significado simbólico. Por eso yo leo mucho a Green y pienso que esto de la transformación en sentido para mi gusto tiene más que ver que el forzamiento en significado. También es cierto que hubo una larga época de prevalencia muy grande del pensamiento kleiniano, que se interpretaba groddeckianamente. Uno interpretaba el síntoma como la fantasía inconsciente del síntoma, y evidentemente esto en muchos casos alguna modificación producía. No es un tema que uno dice que es una cosa o la otra. Esto pasa con la clínica, donde las teorías son muy lindas pero con el paciente uno está siempre ahí, moviéndose por el campo.

Pablo: Hay una popularización en los médicos y los psicólogos, en los psiquiatras y los psicoanalistas que te quería preguntar. Cuando decimos que hoy en día las cosas han cambiado, y que todo es psicosomático. Quisiera escuchar una reflexión tuya a esa expresión, como si hubiera un convencimiento, fundamentalmente en el discurso médico, que parece que hay alguna otra cosa en la persona humana. O para decir una frase cursi, lo importante es lo de adentro. ¿Qué te parece que tiene que ver esta popularización o esta visión popular sobre la posición de la visión psicosomática?

Intervención: Ya que estamos con las frases, agrego una que vi en un consultorio dermatológico “Lo más profundo es la piel”.

Noemí: Quería que aclararas un poco más lo del sentido y significado.

Dr. Pedro Boschan: Con respecto a la pregunta de Pablo, creo que depende de que es lo que entendemos cuando decimos psicosomático. Si lo psicosomático lo pensamos en el sentido que dice Winnicott, que todos los seres humanos somos psicosomáticos, yo diría que todo lo humano es psicosomático. Si lo psicosomático lo pensamos como referido a cierto tipo de patología, yo diría que no todo es psicosomático, pero mucho más de lo que se acepta. A mí lo que me perturba mucho como docente de la Facultad de Medicina es que junto con este discurso de que todo es psicosomático, cada vez se le da menos pelota. El mismo tipo que dice que todo es psicosomático, cuando le decís que le pregunte al paciente como se siente, dice que no hay

tiempo. Yo creo que el tema del tiempo y lo psicossomático es para otra larga charla. En el sentido primero, en el sentido que todos los seres humanos somos psicossomáticos, yo diría que sí. En un sentido segundo, yo diría que no todo, pero mucho más de lo que realmente se acepta. Y que lo más profundo es la piel, yo no sé si es lo más profundo, pero ciertamente es profundo.

Con respecto a lo que preguntaba Noemí, significado viene de signo, es una cosa lingüística, designa. Uno piensa que el síntoma significa algo, la mano que se me paraliza es la cachetada que no le pegué a alguien. **Sentido** tiene más que ver con lo afectivo, con lo que se **siente**. Tomando a Green, sentido es el efecto que algo tiene sobre el otro. Si hablo de síntoma, tomemos el asma, yo he escuchado interpretaciones sobre que es el grito reprimido por la madre, es la agresión que no puede expresarse, es el grito de bronca. Esos son significados. En la interpretación sacra, como decía Pablo, había una época bastante tonta de la psicossomática donde la idea era que cuando alguien está con ataque de asma, uno le decía que era el grito reprimido por tu mamá y el ataque de asma se le pasaba. Me acuerdo en el primer Congreso de Psicossomática que se hizo en Buenos Aires, que había una persona que llevó un trabajo donde decía que el asmático hacía disnea porque tenía fallas en la descarga de la agresión. Yo en ese momento tenía tres asmáticos en tratamiento, uno de los cuales me destrozaba prolijamente el consultorio cada vez que venía y yo lograba salvaguardar mi integridad corporal con bastante esfuerzo. Como explicación generalizante es un poco sonsa. Ahí estamos hablando de significados. A diferencia de cuando Freud dice de Dora que la tos representaba tales cosas. Que un ataque de asma movilice al resto de mi familia y hagan que tengan determinadas maneras de interacción vincular conmigo, eso sería el sentido de acceso. Y eso se trabaja muy bien en una terapia vincular. Por eso mucho de estos problemas psicossomáticos responden más fácilmente a una terapia vincular que a una análisis individual.

Daniela: Inaudible, pero se refiere a beneficio primario y secundario

Dr. Pedro Boschan: Es difícil de delimitar. La delimitación tan estricta entre beneficio primario y secundario, te diría que muchos de estos están en el campo intermedio. Tienen elementos de beneficio primario en lo intrapsíquico y tiene elementos de beneficio secundario en lo vincular.

Aplausos

Lic. Betty K. Krakov: Quería agradecerle a Pedro que pudo brindarse para poder armar este espacio en el cual estamos todos juntos en las Jornadas de la Comisión de Educación a Distancia.

http://apdeba.aulainstitucional.com.ar/file.php/1/intercambio_boschan.pdf

Volver a Evidencias Testimoniales

Volver a Newsletter 3