



Universidad
Nacional
de Rosario

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

***El fenómeno psicosomático: bisagra entre el discurso médico y
el discurso analítico***

Modalidad de presentación: Ensayo

Autora: Julieta Pellegrino

Legajo: P-5493/3

Docente responsable: Ps. Mónica Araoz

2021

Agradecimientos

A mi familia, por el apoyo incondicional y el afecto que me brindaron durante el tránsito por la facultad.

A mis amigos fuera y dentro del aula, por hacer mas lindo y liviano el camino. A los docentes que fui conociendo a lo largo de los años y dejaron marcas en mi.

A Mónica, docente responsable del presente trabajo integrador final, por brindarme su tiempo, compromiso y dedicación.

A Ana Clara y Mauro, docentes de Producción Crítica y T.I.F., por acompañarme y propiciar el espacio para que el proceso de escritura sea más llevadero.

A la Facultad de Psicología U.N.R., por abrirme sus puertas y otorgarme las herramientas para sentar las bases de mi formación profesional.

• Resumen.....	3 •
Palabras claves.....	3 •
Introducción.....	4 •
Corte y confección. El cuerpo.....	6 •
La extrañeza de la lesión.....	9 •
La pregunta imposible.....	11 •
Destino: lo rechazado en lo simbólico retorna en el cuerpo.....	13 •
Consideraciones finales.....	16 •
Referencias bibliográficas.....	18

Resumen

En el presente ensayo se aborda el fenómeno psicosomático ubicándolo en la discordancia del discurso médico y el psicoanalítico. Se considera que dicha problemática ha quedado relegada. La medicina y el psicoanálisis comparten territorio a la hora de abordar este fenómeno. La medicina entiende al cuerpo como conjunto de órganos y tejidos, cuya anatomía y fisiología son producto de la madurez biológica. El cuerpo para el psicoanálisis no coincide con el organismo, sino que es una construcción producto del discurso y el vínculo con Otro. A su vez, la demanda de curación será leída de manera diferente desde ambos campos, en uno se pondrá énfasis en lo que la dolencia deja ver y en el otro se escuchará la enunciación del paciente, quedando detrás el enunciado. Siguiendo la demarcación, la medicina considera un padecimiento como psicosomático cuando no encuentra causa orgánica y tratamiento adecuado, para el psicoanálisis la lesión es condición para el diagnóstico, pero no alcanza solo con ello, entendiéndolo como producto de la holofrase y donde lo que no pudo ser tramitado vía lo simbólico, acontece en el cuerpo a modo otro de inscripción. También se destaca la importancia de seguir investigando y cercar en las lecturas y abordajes la especificidad de cada discurso. Se concluye con que ambos discursos se asemejan y es que dicho fenómeno representa lo inabordable para ambos, en términos de hallar la causa orgánica para la medicina y representar para el psicoanálisis aquello que el lenguaje y la pulsión no pueden apresar.

Palabras claves

Introducción

El discurso analítico y el discurso médico, cuando se trata de algunos padecimientos como ser el fenómeno psicosomático, comparten territorio: el cuerpo. ¿Pero se trata del mismo?

Imaginemos la situación de un joven cercano a los 40 años que consulta quejándose de una psoriasis que se extiende desde su cuero cabelludo a través de la frente hasta sus pómulos. Ha recurrido a varios especialistas y ha realizado tratamientos durante años sin resultados favorables, por eso el último dermatólogo que lo vio, le sugirió hacer un tratamiento psicológico.

El siguiente desarrollo dará cuenta, a modo ensayístico, cómo es abordado el fenómeno psicosomático desde ambos campos, considerando tres ejes que me parecen fundamentales: cuerpo, demanda y cómo concibe cada uno a este fenómeno.

Quienes nos interesamos por el psicoanálisis entendemos que el cuerpo es voluble y modificable por la palabra, esto supone introducir una ruptura epistemológica con el pensamiento científico. La virulencia de esa ruptura sigue despertando reacciones revulsivas, cosa observable en quienes trabajan con pacientes aquejados de afecciones psicosomáticas.

El fenómeno psicosomático deja sin respuestas a quien pretende hallar un fundamento orgánico a dicha afección, sin embargo, como fenómeno, produce heridas en el cuerpo orgánico, en sus aparatos y funciones que corresponden a la anatomía y fisiología médicas (piel, pelo, sistema respiratorio, sistema digestivo, entre otros). A la vez que nos interroga por situarse en el límite de lo interpretable y lo representable, frontera entre lo médico y analítico a partir de la cual se dibuja, tal vez, un trabajo posible. Foulkes (1998) hace notar que:

El fenómeno psicosomático habita y habilita el discurso médico como discurso amo. Aquí, a diferencia de lo que sucedía con el hipocondríaco, no es el saber lo que está en juego, sino la institución misma de la enfermedad. En el discurso psicosomático la enfermedad ES. Se trata, es otra manera de decirlo, de la enfermedad de la ciencia: es un saber que hace desaparecer al sujeto. (p. 209).

La medicina parte de la enfermedad, para ella existe una serie de enfermedades calificadas de psicosomáticas para las que no ha podido establecer una causa orgánica, hay una lista que va variando en función de los nuevos descubrimientos médicos. En cualquier caso, la medicina como una variante del discurso de la ciencia excluye al sujeto y se guía por un ideal en el que las pruebas científicas harían innecesaria la escucha del paciente.

La idea de cuerpo extraño con la que Freud designa el síntoma parece apropiada como metáfora para designar, sin intención de homologar ambos sentidos, aquello que en la literatura psicoanalítica se conoce como fenómeno psicosomático: cuerpo que deviene “extraño” en tanto “cae” por fuera de los circuitos representacionales, cuerpo desanclado que se recorta por fuera de la cartografía neurótica del cuerpo tal como la observamos en la conversión histérica, en donde estamos en presencia de un cuerpo atravesado, escrito y dibujado por voces, imágenes, representaciones en conflicto. Lacan (1954) lo afirma con contundencia: “si algo sugieren las reacciones psicosomáticas como tales, es que están fuera del registro de las construcciones neuróticas” (p.150). Si en la histeria el síntoma nos hace escuchar un decir guionado, testimonio del fantasma; el drama del fenómeno psicosomático se juega, tal vez, alrededor de un grito, paradójicamente, sordo, mudo más no ciego en tanto hay algo en él que convoca a la mirada: en primer lugar, de la medicina. Pero para lo cual los ojos de la medicina no bastan, puesto que el discurso médico impide ver este cuerpo que lo desborda.

Si la clínica médica, su acto, se organiza en función de la mirada, el mérito de Freud, entre otros tantos, es haber producido un movimiento fundamental que consiste en un pasaje del campo de la mirada al de la escucha. Tanto de la palabra del enfermo como

4

de sus desfallecimientos, vaivenes del discurso en donde se entretejen las voces deseantes. Por lo general, el médico hace oídos sordos a la demanda y por allí se escapa un poderoso recurso para el éxito del tratamiento. Es decir, responder con un fármaco a la demanda de curación, anula la dimensión de lo incurable de la demanda misma, lo cual por otra parte no exige curación sino audición (Foulkes,1998).

Desde el dispositivo analítico, escucha y lectura mediante, el horizonte buscaría promover una torsión en la que lo fenoménico, lo que impactó y lesionó al cuerpo, pueda encontrar un lugar en la trama discursiva.

Asombra que, al ser un tema complejo e inacabado, nos topemos con producciones poco candentes. La lectura no interroga, no se encuentran retrabajos y en los conversatorios poco se lo nombra, parece como si hubiese quedado relegado ¿quizás por el discurso médico? Diversos autores han sentado lineamientos, pero la última palabra no está dicha y, a simple vista, pareciera ser que el fenómeno psicosomático quedó señalado y sentenciado a ser una bisagra entre el discurso médico y el analítico. Dato no menor, siendo que en nuestra práctica hay respuestas que no son eternas y relanzan nuevas preguntas habilitando que la palabra circule y convoque a continuar investigando.

Es por esto que, siendo ambos campos heterogéneos entre sí, se intentará precisar qué es lo que queda soslayado al ubicar al fenómeno psicosomático en esta discordancia.

Corte y confección. El cuerpo

El conocimiento del cuerpo humano que la anatomía científica pretende alcanzar, es el conocimiento del cadáver, no la anatomía que el sujeto usa. Pero no por imaginaria esta anatomía erógena no funciona orgánicamente.

Eduardo Foulkes, 1998.

El cuerpo, como sede de los fenómenos que nos convocan, existía ya antes del psicoanálisis, pero éste retoma el concepto y le da un marco diferente subvirtiendo las definiciones tradicionales que la ciencia ha hecho sobre él. La cuestión de delimitar ambos discursos no es meramente retórica, sino que marca nuestra posición frente a la problemática.

Desde la medicina, el cuerpo es el organismo biológico y su abordaje se centra en él. Filogenéticamente se ha ido conformando en el proceso de evolución a partir de las formaciones de vida más simples en continua adaptación a las condiciones de su medio ambiente. Ontogénicamente es un organismo que se desarrolla madurativamente

teniendo en cuenta las leyes neurofisiológicas. Acorde a este punto de vista, el cuerpo equivale a sistemas de órganos y tejidos relacionados entre sí de manera tal que posibilita llevar a cabo determinadas funciones biológicas al servicio de la supervivencia. Podemos incluir que algunas miradas son capaces de tener en cuenta el contexto social en el que se halla inmerso su paciente, adquiriendo el estatuto de variable que afecta al cuerpo del mismo.

El interés médico por la anatomía hace que el cuerpo pueda ser radiografiado, fotografiado, diagramado, su método de investigación –tal como expresa Foucault (2004)- es por un lado el cadáver (en tanto lo que en él se puede leer) y por el otro, el estudio del hombre vivo con la ayuda de la inspección exterior, es decir la exploración de los enfermos.

El psicoanálisis, por su parte, sostiene que el cuerpo no es sin lo carnal, pero con ello solo no basta. El analista sabe que tener un cuerpo es una ilusión que es necesario adquirir y no siempre es posible mantener. Partimos de la base de que el armado de un cuerpo y la constitución subjetiva son procesos intrínsecamente relacionados en donde es necesario el vínculo con el Otro materno (quien ocupe dicha función).

En primer lugar, diremos, siguiendo los aportes de Lacan al respecto, que la mirada de la madre como espejo hacia su hijo, será el primer lugar en el que el niño se mira. La mirada de la madre, su rostro es soporte y condición de la adquisición, por parte del bebé, de una imagen de su cuerpo como totalidad, Gestalt anticipatoria que propicia la salida del estado de cuerpo fragmentado producto de su inmadurez. El bebe antes de tener un dominio sobre sí, reconoce su imagen en el espejo. Lacan dice que el estadio del espejo hay que entenderlo como una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término, es decir, es la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen. Por lo tanto, la unidad del cuerpo estará dada primariamente por la unidad de la imagen, imagen que le dará soporte y consistencia al cuerpo, aun antes de que el lenguaje le otorgue una función de sujeto. Podríamos agregar que esta imagen tiene un gran privilegio ya que el cuerpo adquiere su peso por vía de la mirada. Dicho de otro modo, si no tuviese lo que la ciencia médica llama “un cuerpo”, que le devuelva el espejo, no podría ser captado por la imagen de ese cuerpo (Lacan, 1990a).

Recordemos que Freud (1914) señala el hecho de que no existe, desde el inicio, una unidad comparable al Yo, sino que tiene que ser desarrollado. Por lo tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que se constituya. Se nos plantea así la idea de que ser portador de un cuerpo no es algo primario, no es natural en un sujeto, sino que es una construcción, cuyo estatuto y unificación parecen depender de una operación simbólica que Freud introduce de un modo un tanto enigmático, ya que no especifica de qué se trata, aunque siguiendo a diversos autores se

6

puede plantear que se refiere a una identificación. Desde este punto parte Lacan (2005a), y postula que la asunción de una imagen del cuerpo que situaremos como yo, en tanto proyección de una superficie corporal, es posibilitada a partir de la identificación especular con el Otro como función psíquica. Este sería el momento del narcisismo primario en el cual el bebé, si todo va bien, será para la madre el falo –significante del deseo, es decir de la falta- que viene allí a colmar, imaginariamente su castración.

¿Qué operación psíquica permite al bebé ocupar dicho lugar? Sabemos que la madre, desde mucho antes del nacimiento del niño, instala al niño en su propia subjetividad. El niño existe antes de nacer, incluso de su gestación, en la economía psíquica materna: al bebé se lo piensa, se lo imagina, ha sido nombrado, sobre él se proyectan deseos acerca de su devenir. Estos movimientos deseantes constituyen lo que Piera Aulagnier denomina un *cuerpo imaginado*. Esto supone, por parte de la madre, un don libidinal. El destino de esta cesión del narcisismo materno será el investimento narcisista del bebé, necesario junto con los cuidados para su supervivencia tanto física

como psíquica.

Es así que podemos inferir que no hay sujeto y no hay cuerpo por fuera del vínculo con el Otro. No hay cuerpo si no hay Otro que lo simbolice. Nos referimos a este Otro pensado como lugar de la palabra, como batería significante quien le aportará al bebe el campo del lenguaje (Ferreira, 2009).

Lacan (2005b), en los avances de su enseñanza sostiene que el cuerpo nos es dado en primera medida por el lenguaje; lenguaje que no es inmaterial, sino que es cuerpo, es decir que el cuerpo del lenguaje es un cuerpo que da cuerpo. Y afirma:

El hombre no piensa con su alma, como lo imagina el Filósofo. Piensa porque una estructura, la del lenguaje – la palabra lo implica – porque una estructura recorta su cuerpo y nada tiene que ver con la anatomía. Testigo la histérica. (pp. 16-17).

Es entonces, el cuerpo del lenguaje devenido simbólico el que construye al cuerpo de sujeto; es la acción significante sobre el soma en la incorporación del lenguaje quien nos atribuye un cuerpo y después nos lo otorga al unificarlo con la imagen (Soler, s.f., p. 3). ¿Cómo se introduce el lenguaje en el cuerpo? A partir de la relación con el Otro, relación que se establece por la satisfacción de las necesidades vitales y por la relación con el significante, es decir: horarios, sabores, ritmos, golpes, caricias, voces, miradas, olores, etc. que inciden sobre el organismo.

Podríamos afirmar que, en un supuesto grado cero, el psicoanálisis y la medicina comparten un mismo cuerpo, un soma. Si nos remitimos a Freud, recordemos que él parte de la necesidad orgánica, en donde a partir de los cuidados prodigados por otro, esta necesidad biológica se pervierte y se produce un pasaje -demanda mediante- al campo del deseo.

Los *Tres ensayos para una teoría sexual* de Freud (1905) constituyen, a mi entender, un texto de capital importancia en tanto permiten situar las coordenadas psíquicas que posibilitan la asunción en el ser humano de un cuerpo deseante. Freud va a apelar a la noción de apoyo para explicar la “entrada” del niño en la sexualidad. Recordemos brevemente lo postulado por Freud en torno a la vivencia de satisfacción: la tesis central es que la sexualidad nace en el niño apoyada en la autoconservación para luego independizarse de ella. La idea que se trabaja allí es que frente a la emergencia de la tensión psíquica producida por una necesidad es necesaria la presencia de un adulto que calme dicha necesidad. La radical indefensión de la cría humana al momento de su nacimiento, su prematuración, determinan que para sobrevivir el bebé necesite inexorablemente de una asistencia ajena, es decir, Otro que satisfaga las necesidades biológicas del niño. Estamos aún a nivel del cuerpo biológico. Freud toma el hecho de observación empírica del chupeteo del pulgar. Este es el punto donde a la autoconservación se le añade un plus que se relaciona con lo sexual devenido independiente de la autoconservación. El niño satisfecho en su necesidad de comer chupetea su pulgar, lo cual no puede ser atribuido al hambre, sino que ha encontrado en esta actividad una satisfacción sexual y la zona de la boca ha devenido zona erógena,

7

dicho en otros términos, la boca se ha libidinizado. De este modo, el cuerpo biológico (es decir, el soma del grado cero) deviene erógeno.

Es necesario entonces que, este Otro alimentado en su deseo, vaya nombrando lo que le pasa al bebe, en efecto, que vaya significando la necesidad. El punto a remarcar es la impronta de la palabra: cuando el Otro le habla amorosamente al hijo, cuando el niño grita y la madre hace del grito un pedido, la madre produce un recorte de la necesidad y la transforma en una demanda. Le inculca la demanda, le demanda que demande, es decir que inserte su necesidad en el desfiladero significante. Es importante que la necesidad sea leída, ya que de no haber podido ser atendida, recortada y dejar algo por fuera, no hay posibilidad de demanda. Esa demanda producto de la diferencia

entre lo que el niño pide y el Otro materno lee, toca al cuerpo y lo marca; esa marca es la pulsión.

La pulsión se enmarca, en la obra freudiana, como una fuerza constante que implica una exigencia de trabajo impuesta a lo anímico en términos de representación. A la vez de ubicarse como un concepto límite: límite entre lo psíquico y lo somático que tiene su fuente en zonas de borde, zonas parciales que demarcan bordes del cuerpo. De este modo, por ejemplo, al hablar de “zona anal” se evoca un determinado margen, y no todo el tracto digestivo. De esta manera, la idea de borde viene a acentuar la desconexión producida por la pulsión entre el cuerpo biológico y el cuerpo erógeno.

Desde el desarrollo que Lacan (1992) elabora en relación a la pulsión, ésta aparece como un cierto recorrido. En ese trayecto aparecen los destinos pulsionales y será también allí donde la pulsión será aprehendida –nunca totalmente- por el lenguaje. Si la idea freudiana sitúa al objeto de la pulsión al final de este trayecto, en Lacan el objeto aparece no como la meta sino como contorneado por el trayecto pulsional y a su vez creado por éste, es decir que el destino de la pulsión es su recorrido mismo. En palabras de Lacan:

A la función del objeto pecho –de objeto a causa del deseo, según la noción que yo propongo- tenemos que concebirla de modo que nos permita decir el lugar que ocupa en la satisfacción de la pulsión. La mejor fórmula me parece la siguiente –la pulsión le da la vuelta, lo contornea. (pp. 175-176).

Ese destino se presentará siempre como otra cosa que el punto de partida, punto en donde Lacan localizará el objeto a, objeto con el que intentará señalar precisamente la falta de objeto adecuado para la pulsión, objeto que en tanto falta e imposibilidad es causa.

Me parece oportuno señalar que, a mi entender, lo esencial de este planteo es que el objeto no se situará en ninguno de los dos extremos del recorrido pulsional sino emergiendo del recorrido mismo de la pulsión, como producto de un desencuentro. De allí deriva una exigencia de elaboración, de trabajo permanentemente impuesta al psiquismo. De esta manera el objeto pulsional aparece como nunca encontrado, siempre contorneado, efecto de no identidad entre objeto y fin cuya resultante es un hueco, imagen que Lacan utiliza para asir el objeto a, objeto de la pulsión. De esto se desprende que ningún objeto de necesidad pueda satisfacer la pulsión. En cierto modo, al dar con su objeto la pulsión se entera, precisamente, de que no es así como se satisface. Su idea lo acerca más a la pulsión como un montaje, a partir del cual la sexualidad participa en lo psíquico y su posición pondrá el acento en el hecho de que el único alcance de la función de la pulsión es la puesta en cuestión de la posibilidad de su satisfacción. Por ejemplo, los síntomas de los neuróticos son satisfacción de la pulsión, pero muestran la paradoja de que pueden hacer daño. La cura analítica es el intento para disminuir o hacer desaparecer ese demasiado daño que satisface al neurótico:

En el análisis tenemos ante nosotros un sistema donde todo se acomoda y que alcanza su propio tipo de satisfacción. Los analistas nos metemos en el asunto en la medida en que creemos que hay otras vías, más cortas, por ejemplo. En todo caso, nos

Como resultado, podemos afirmar que el ser humano hipoteca su anatomía con un cuerpo imaginario determinado por el significante y la letra. Al decir de Foulkes (1998), es el significante el que recorta esos ritmos que tiene el cuerpo (todavía no sujeto) y luego lo confecciona con la voz materna. Al producirse ese corte quedará un resto que

funcionará como letra. Se produce una subversión corporal frente al discurso, es esa palabra (la del Otro) con potencia significativa la que provoca, emociona, excita, alarma, adormece o desvela. En este punto podemos situar a la palabra en su dimensión de plasticidad anatómica.

La retórica del cuerpo erógeno construye una totalidad corporal imaginaria, sin la cual sería imposible “tener” un cuerpo. A diferencia de la medicina que entiende al cuerpo como un dato primario, en psicoanálisis el cuerpo erógeno trata de un discurso autónomo sobre el cuerpo, ajeno a la biología y la anatomía inaugurado por Freud.

La extrañeza de la lesión

Nadie, en efecto, ha determinado por ahora qué puede el cuerpo.

Baruj Spinoza, 2000.

Hay algo del cuerpo erógeno que no se conversa y no ingresa en la pregunta, es algo que resiste al significante y se comporta como una letra y que denominamos lo real del cuerpo. En relación a este real, Lacan ubica al fenómeno psicósomático:

No se trata de una relación con el objeto. Se trata de una relación con algo que se encuentra siempre en el límite de nuestras elaboraciones conceptuales, algo en lo cual siempre pensamos, de lo que a veces hablamos y que, para ser precisos, no podemos alcanzar y, sin embargo, no lo olviden, está allí: les hablo de lo simbólico, de lo imaginario, pero también está lo real. Las relaciones psicósomáticas se sitúan a nivel de lo real. (1954, p. 150).

Ahora bien, una cosa es la letra en el inconsciente que deviene escritura y otra cosa es esta escritura que ya no se produce en el inconsciente sino en el cuerpo, aquí está la cuestión del fenómeno psicósomático. Desde Freud sabemos que el cuerpo habla, pero no siempre lo que nos dice es descifrable. Si Lacan lo ubica como algo que pertenece al orden de lo escrito, es un escrito particular que también lo llama jeroglífico puesto que no lo podemos leer. Es sobre este punto que plantea: “todo sucede como si algo estuviese escrito en el cuerpo, algo que nos es dado como un enigma” (1990a, p. 137).

Ya en *El Seminario 3* había señalado el carácter peculiar de esta escritura tomando como referencia la experiencia del perro de Pavlov, que responde al estímulo significativo con la salivación, pero sin la posibilidad de significarlo, y menos aún interrogarlo:

De entrada se encuentra allí ese algo particular que está en el fondo de la relación psicótica, así como de los fenómenos psicósomáticos, de la que esta clínica se ocupó esencialmente, y que son ciertamente para ella la vía de introducción a la fenomenología de este caso. Allí pudo tener la aprehensión directa de fenómenos estructurados de modo totalmente diferente a como lo están en las neurosis, a saber, donde hay no sé qué impronta o inscripción directa de una característica, e incluso, en ciertos casos, de un conflicto, sobre lo que puede llamarse el cuadro material que presenta el sujeto en tanto que ser corporal. Un síntoma como una erupción, diversamente calificada dermatológicamente, del rostro, se movilizará en función de tal o cual aniversario, por ejemplo, de manera directa, sin intermediario, sin dialéctica alguna, sin que ninguna

pivotea toda la cuestión del escrito. Que el jeroglífico sea egipcio o chino, es a este respecto lo mismo. Es siempre de una configuración del trazo que se trata” (p. 40). Entonces, ¿Qué es este trazo unario o Uno, en la que se juega la cuestión del escrito en el cuerpo tal como sucede en el fenómeno psicosomático? Tiene relación al goce, es la primera marca de la expulsión de goce del cuerpo.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, para tener un cuerpo es necesario servirse de la marca que aporta el significante, y la incorporación del lenguaje produce un desierto de goce, goce que es expulsado del cuerpo y se localiza en las zonas erógenas. En el horizonte de la cuestión hay un goce mítico, un goce todo, que ha quedado perdido al ingresar al campo del significante. Esta extracción es funcional al deseo, es decir que para que haya deseo tiene que haber un goce expulsado del cuerpo, podríamos pensarlo como una pérdida que genera ganancia, perder una parte de sí que no es sin el cuerpo -el objeto a- para poder desear.

No olvidemos que Lacan utiliza el término de falla epistemo-somática para indicar el fracaso de la medicina, en sus avances y progresos para alcanzar un saber sobre el cuerpo humano. Si en ésta relación hay una falla, una brecha, es porque la tecnología cada vez más sofisticada permite explorar, medir, inspeccionar, fotografiar ese cuerpo hasta sus lugares más recónditos, pero hay una dimensión del cuerpo imposible de cuantificar, que es la dimensión del goce. El cuerpo es algo que está hecho para gozar (Lacan, 1990b).

En cuanto al cuerpo como lugar de goce, Lacan (1990a) se pregunta:

¿Cuál es el tipo de goce que se encuentra en el psicosomático? Si evoqué una metáfora como la de lo congelado, es porque hay, ciertamente, esa especie de fijación. Es por ese sesgo, es por la revelación del goce específico que tiene en su fijación que siempre hay que apuntar al abordar al psicosomático. Es en eso que podemos esperar que el inconsciente, la invención del inconsciente, pueda servir para algo. (p.40).

Lo convocante es la cuestión de este goce que queda congelado, fijado. ¿Si pensamos en una operación fallida que permita localizar un goce en un cuerpo que debiera ser un desierto de goce? Es dable pensar en esta particularidad del fenómeno psicosomático que se especifica por no pasar por el ciframiento inconsciente, en los términos del inconsciente simbólico o del inconsciente cadena y se expresa a través del cuerpo a modo de “acting corporal”. Entre el cuerpo y el inconsciente hay fallas, desarticulaciones, algo que irrumpe de una manera salvaje, sin límite frente a eso que aparece con un quantum desmesurado. A eso Lacan le da un nombre: goce específico. Hablamos de un goce que trasciende los propios límites del fantasma y lesiona el cuerpo de manera directa, permitiendo que podamos ubicar entre estas afecciones algo del orden de la enfermedad orgánica y suponer allí, algo psicosomático.

No cabe duda que el fenómeno psicosomático -por eso se lo denomina fenómeno-produce lesiones orgánicamente constatables, aunque no así su etiología. La medicina cataloga como psicosomática a cualquier lesión corporal a la cual no encuentra fundamento biológico en su causación como ser: psoriasis, colon irritable, úlceras, etc. Muchas veces los médicos las relacionan al estrés o a las emociones, aunque eso sigue sin decirnos mucho. Volveremos sobre ello más adelante.

De lo mencionado resulta que nuestro cuerpo, como sustancia gozante, es una mezcla de certeza y desconocimiento. Y es aquí, en aquello que de nuestro cuerpo no puede representarse, en donde se vislumbra su límite y se dibuja su borde. Una delimitación de su existencia que ex-siste al cuerpo propio, pero lo acompaña como su frontera. Por ello resulta grotesca la pretensión científica de conocimiento absoluto del cuerpo, si se desconoce que hay algo de él que es reacto a la ciencia y es más sensible a la retórica. De esta vía podemos servirnos para abordar lo psicosomático.

La pregunta imposible

Te demando que me rechaces lo que te ofrezco (...) porque no es eso.

Jacques Lacan, 1971.

En la medicina y en el campo de la salud en general se habla de pacientes. El término paciente remite a dos cosas: pasividad por un lado y espera por otro. La persona que consulta es pasiva en tanto el saber está ubicado del lado del médico y espera de él que tenga la respuesta que resuelva su padecimiento.

Si bien esta suposición de saber no es privativa de la consulta médica, sino que, por el contrario, todo sujeto le supone un saber al otro cuando demanda curación (también al analista), lo que instala al paciente en un lugar pasivo frente a la medicina y al médico es el hecho de que la medicina se erige como lugar de saber por excelencia. El médico también se supone a sí mismo un saber, saber que barre toda posibilidad de tener en cuenta el saber del sujeto sobre su padecer.

En la medicina hay isomorfismo entre la estructura de la enfermedad y la forma verbal que la cerca. En otras palabras, hay total transparencia entre la enfermedad y el lenguaje que la enuncia. Para nosotros, por el contrario, existe una división entre lo que se enuncia y la enunciación. De los reclamos y dolencias que parten del Yo se ocupa el médico, el psicoanálisis deja en suspenso esas demandas yocicas para centrarse en el sujeto de la enunciación, es decir, sujeto del inconciente. Lacan afirma que toda enunciación habla del deseo y es animada por él (Lacan, 1958).

Desde el psicoanálisis, siguiendo los postulados lacanianos que se encuentran en *El Seminario 10* (1962), entendemos nuestra praxis como una erotología, es decir que se trata del deseo, tomándolo como una dimensión intrínseca al sujeto, es constitutiva. El deseo se sitúa en dependencia a la demanda, por estar ella articulada con significantes, dejándolo como resto metonímico que se desliza bajo ella, un elemento imposible, insatisfecho, del que solo se conoce a través de su interpretación.

En esta línea, partimos del hecho de que hablar es demandar. La demanda no se confunde con un simple pedido, sino que es del orden del llamado, llamar a un Otro a que demande. Por el hecho de la demanda estar estructurada por el significante, no debe ser tomada al pie de la letra, siempre es demanda de otra cosa. Recordemos a Lacan cuando nos dice, hablando de la significación de la demanda, que no es necesario ser psicoanalista, para saber que cuando alguien, sea quien sea, nos pide algo, esto no es para nada idéntico, e incluso a veces es diametralmente opuesto, a aquello que desea. Pero el neurótico quiere que le demanden, y se dirige al Otro ¿Che vuoi? solicitando respuesta a sus enigmas con la ilusión de recibir del Otro las coordenadas sobre su propio deseo. Cuando apela a la demanda, si del otro lado - el analista - no le pide nada, si opera algo del vacío -deseo del analista mediante- el consultante empieza a modular sus propias demandas y su deseo aparecería en este límite de la demanda, es decir cuando el registro de la demanda esté agotado.

Sólo en la medida en que el deseo del Otro se mantiene como enigma, el sujeto luego de dirigir sus demandas al Otro -demandas que por su inconsistencia el Otro no puede responder- podrá recorrer el camino de su propio deseo. Es allí cuando se produce la entrada a análisis deviniendo quien consulte en analizante. Analizante que, en los intervalos de su discurso, es decir entre S1 y S2, surgirá el efecto sujeto.

Como se puede ver, ambos campos parten de distintos posicionamientos respecto a cómo leemos el pedido de quien consulta cuando esto afecta al cuerpo. La medicación, si el terapeuta no está advertido, anula la dimensión de la demanda implícita en el pedido de curación. Detrás de cualquier pedido de curación está la demanda, que para existir no requiere otra cosa que no ser acallada por la curación solicitada. La demanda es reclamo de conocimiento de esa marca de origen que padecemos los seres hablantes, por eso la

demanda es molesta, ya que implica reconocer la propia falta ante la necesidad del Otro.

11

Por lo general, el médico excluye al sujeto y hace oídos sordos a la demanda, principalmente porque esa dimensión le quita brillo a su hegemonía sobre el dominio orgánico, lo enfrenta a la impotencia, no ya frente a la enfermedad del saber médico sino frente a la enfermedad del enfermo (Foulkes, 1998).

Así es que nos surgen interrogantes respecto al tipo de demanda que aparece en quienes padecen fenómenos psicosomáticos o, mejor dicho, a la no-demanda de análisis, ya que en general estos pacientes son derivados al analista por los médicos especialistas. El paciente sabe que el médico lo derivó porque hay algo que no tiene explicación sobre eso que le pasa desde la medicina. A veces sí existe una demanda, incluso una demanda de curación al estilo médico "que sepan sanarme esto". Asimismo, están los que piensan que su dolencia es debido al estrés, entendiendo por tal que hay algo en su vida que los desborda, que los pone nerviosos, pero no se apropian de ello y no pueden decir más que eso. Muchas veces los médicos dicen que es emocional, ¿pero que se dice de eso? ¿hasta dónde un sujeto puede nombrar su padecer?

Lo curioso del sujeto con fenómeno psicosomático es que no demanda, el sujeto no interroga; hasta se podría pensar que el fenómeno mismo es ya una respuesta. ¿Es el fenómeno psicosomático una respuesta del sujeto frente a su constitución? Lacan subraya al respecto que el fenómeno psicosomático se asemeja más a un jeroglífico que a un grito, ya que es necesaria la respuesta del Otro para que el grito valga como demanda y valga como pregunta. Este fenómeno tiene la particularidad de ser una escritura en el cuerpo que en ningún momento se dirige a un Otro. Es algo totalmente diferente a un conjunto de signos. Eso sucede en la medicina: hay un conjunto de signos, y en ellos "se lee" la presencia de tal o cual enfermedad. Aquí, por el contrario, se trata de algo que está escrito en el cuerpo, pero esa escritura, como dije anteriormente, no se puede leer. A pesar de que eventualmente el médico haya comunicado una causa psicológica (bajo el término de estrés, emoción, nervios), el enfermo se mantiene en un terreno que no lo implica en la subjetividad, en efecto, se trata de una interrogación que tiene su límite porque no se tiene significación sobre eso. Por esta razón, Lacan sitúa el fenómeno psicosomático a nivel de lo real y no de una relación con el objeto, como sucede en la histeria, por ejemplo.

Por otra parte, de igual forma que en la histeria, este fenómeno involucra al cuerpo de un modo específico, ya que se manifiesta corporalmente. ¿Qué los diferencia? Primeramente, que el fenómeno no es un síntoma y es posible encontrarlo en cualquier estructura clínica. Respecto a lo que recorrimos, en el fenómeno no aparece elaboración por ubicarse en un nivel distinto al simbólico, como sí ocurre en un síntoma conversivo, cuya elaboración puede explayarse en un análisis y el sujeto comenzar a asociar. En relación a esto último, podríamos decir que el sujeto cuando habla de su padecimiento no lo hace de la misma manera tratándose de un fenómeno o un síntoma, en efecto, cuando habla de su síntoma se siente concernido por él, aunque no sepa lo que ese síntoma quiere decir. Por el contrario, el sujeto no se siente representado por el fenómeno psicosomático, aunque lo padezca éste es para él un cuerpo extraño, algo impuesto que no puede subjetivar como propio, siendo su discurso concreto y en donde abundan descripciones (Fuentes, s.f.).

Acabamos de mencionar particularidades del fenómeno: está por fuera del sentido y quien lo soporta no se siente representado por él. Lo que no le impide al paciente tratar de llenarlo de sentidos imaginarios, por más que estas racionalizaciones no conlleven ninguna subjetivación del mismo. Cargar de sentido algo que está por fuera de él es un forzamiento y no es esta nuestra vía para abordarlo.

Quedó dicho que el fenómeno psicosomático es una respuesta, como también lo es el síntoma, pero de otro orden. En el síntoma histérico el cuerpo es afectado sólo

funcionalmente; en estas afecciones psicosomáticas, en cambio, una lesión se vuelve observable en el cuerpo, constituyendo un proceso que es totalmente enigmático puesto que, como se ha mencionado, no remitirían a nada en la historización del sujeto. Parafraseando a Winnicott, sería aquello de la pulsión que no adviene historia personal.

12

Destino: lo rechazado en lo simbólico retorna en el cuerpo

***En momentos en que el sistema psíquico fracasa
el organismo empieza a pensar.***

Sándor Ferenczi, 1997.

Muchas enfermedades se suelen considerar psicosomáticas cuando la medicina no encuentra la etiología orgánica o el tratamiento adecuado, más que por los factores psíquicos que se encuentran relacionados con ellas. No obstante, sería un error para el psicoanalista considerar como “psicosomática” una entidad por el hecho de no haber encontrado causa orgánica que la explique, como también es un error considerar que las afecciones que la medicina rechaza en tanto entidades clínicas mal definidas, son inmediatamente aceptables en el campo del psicoanálisis.

Sabido es que el psicoanálisis se ha visto movido desde su invención hasta hoy a ampliar los límites de lo analizable. La clínica cotidiana enfrenta a los analistas con fenómenos que exceden el campo de la neurosis clásica tal como Freud lo formula en su obra.

El término psicosomática no forma parte del vocabulario freudiano, pero, aunque Freud no se haya ocupado especialmente de ella, introduce la temática cuando plantea la necesidad de distinguir la neurastenia y la neurosis de angustia de aquellas otras neurosis cuyo origen se encuentra en los cimientos infantiles y presentan un carácter simbólico de los síntomas. Es decir, Freud marca una delimitación clara entre las denominadas neurosis actuales -neurastenia y neurosis de angustia- y las psiconeurosis -histeria, fobia y neurosis obsesiva-, ya que los síntomas de las primeras no tienen su origen en los conflictos infantiles edípicos, ni constituyen una expresión simbólica.

En lo referente a la etiología, si en la causación de las psiconeurosis intervienen “acontecimientos importantes de la vida pasada” (léase trauma sexual como acontecimiento efectivamente vivido en este momento de la teorización freudiana) en la neurosis actual la causa se encuentra en desórdenes actuales de la vida sexual (coitus interruptus, masturbación, imposibilidad de descarga sexual). En suma, se trata de una acumulación de excitación, es decir, de una acumulación de tensión sexual física (Freud, 1898).

La idea en relación a la actual neurosis es que se trataría de demasiada o demasiado poca descarga. En efecto, se trata de una suma de excitación que se ve impedida de enganche a representación alguna, no absorbida psíquicamente -no ligada y aparece en determinadas manifestaciones corporales independientemente de la neurosis de que se trate.

En el texto *Más allá del principio de placer*, Freud (1920) propone la existencia de un exceso de afecto, al que conceptualiza como traumático, en el sentido de superar las posibilidades de tramitación del aparato psíquico. Exceso que irrumpe y que imposibilita, por lo menos temporalmente, la posibilidad de ligar del aparato psíquico. Más allá o más acá de la represión, se trata de un imprevisto que no da tiempo de protección al aparato, por ejemplo, por medio de la angustia señal. Por lo tanto, el trauma queda por fuera de la historización y el tiempo.

Retomo estos conceptos freudianos (no sin olvidar que no fueron pensados en

función de lo psicosomático) para trasponerlos, en función de intentar servirme de ellos como base para ir cercando mi idea de aquello que no pudo ingresar en la novela neurótica, retornó en el cuerpo, a modo de destino otro de inscripción. Si la neurosis actual, al igual que el trauma, revisten importancia para nuestro tema y nos permite situarlos a modo de antecedente, es por delimitar que aquello de lo libidinal no entramado en la función representante produce una descarga situable corporalmente.

A su vez, si bien Lacan fue escueto hablando de psicosomática, su enseñanza ha permitido ubicar algunos fundamentos para extraer a la psicosomática del campo de la

13

medicina y darle un estatuto solamente pasible de ser diagnosticado a partir del decir de los pacientes y el lugar que tiene eso dicho, dejando en suspenso las enfermedades diagnosticadas por el médico. Tal es así que una lesión dermatológica o bronquial puede tener directamente estatuto de síntoma. En este sentido, el carácter lesional de un órgano es en el fenómeno psicosomático una condición para su definición, pero no suficiente.

En el contexto de *El seminario 11*, Lacan (1992) concibe al fenómeno psicosomático como un efecto de la holofrase por ausencia de afánisis, producto de la forclusión del significante paterno. Este significante es el que regula la estructura simbólica del sujeto y permite pensar un ordenamiento de la estructura relacionada a una cadena significativa compuesta por una serie de significantes vinculados entre sí.

Lacan toma de la lingüística el término de holofrase para señalar una modalidad específica en que la inducción significativa se produce. La holofrase indica una soldadura en la primera pareja de significantes, entre S1 y S2, que no deja intervalo para la localización del sujeto deseante en la experiencia del discurso. En este sentido, es un enunciado en donde se halla ausente el sujeto de la enunciación, teniendo éste un sentido único y por ende no pudiendo ser interrogado. La cuestión es que cuando el sujeto aparece representado por un significante (cuando hay un S2 que lo representa) inmediatamente el sujeto desaparece; el sujeto aparece por efecto del significante y se desvanece bajo ese significante, siendo puntual y evanescente.

En relación al fenómeno psicosomático, planteamos que hay ausencia de afánisis del sujeto, pero antes, ¿qué se entiende por ello? De manera sencilla podemos decir que la afánisis sería esa distancia necesaria entre S1 y S2, para que tenga lugar la emergencia, la aparición del sujeto. Entonces, al no ponerse en juego la afánisis del sujeto, esto puede ser entendido como un nivel en donde el sujeto cesa de estar representado, falta la discontinuidad, como plantea Miller (1988, p.175) “estamos frente a un S1 absoluto”. A la vez que, para pensarlo, nos invita a disponer —entre otros conceptos del rasgo unario por tratarse de un significante único y no articulado. Nuevamente la cuestión gira en torno al Uno, ¿qué de ello es posible de significar?

Recapitulando, se puede inferir que el fenómeno psicosomático posee una íntima relación con un déficit en la simbolización, producto de la *verwerfung* (cuya traducción al español sería rechazo, repudio o rehusamiento y que Lacan ha reconceptualizado como forclusión), mecanismo sumamente arcaico y que podría considerarse como la consecuencia económica de una situación traumática en tiempos en que aún no es posible situar al sujeto. Es aquello ante lo cual el sujeto no puede responder porque concierne a la insondable decisión del ser (Lacan, 2005c):

Previa a toda simbolización-esta anterioridad es lógica no cronológica- hay una etapa, lo demuestran las psicosis, donde puede suceder que parte de la simbolización no se lleve a cabo. Esta etapa primera precede toda la dialéctica neurótica, fundada en que la neurosis es una palabra que se articula(...)Puede entonces suceder que algo primordial en lo tocante al ser del sujeto no entre en la simbolización, y sea, no reprimido, sino rechazado. (1955, p.118).

Repensando en relación a lo transestructural del fenómeno, a la holofrase que subyace y fija el goce, ¿no podría pensarse en la idea de un psiquismo no homogéneo, es decir con posibilidad de coexistencia de diferentes funcionamientos psíquicos, al modo en que Freud piensa el material del Hombre de los lobos? Tal como un mecanismo psicótico dentro de una neurosis. No estamos hablando de psicosis como estructura, sino haciendo alusión a que podría participar algo más allá de la neurosis o un trabajo psíquico otro al neurótico dentro de una neurosis. Esta hipótesis compatibiliza con la lectura que Nasio (2008) realiza sobre la forclusión en cuanto al carácter local de la lesión. Lo afirma cuando dice: “la forclusión se limita estrictamente a una realidad local entre otras” (p.102).

Sabemos que los silencios dicen y que, en su alternancia con la palabra son incluso su condición. Si tomáramos una metáfora musical diríamos que la posibilidad de estructurar una determinada línea melódica depende de, precisamente, la alternancia

14

entre sonidos y silencios, ambos en una relación de determinación recíproca. Esta alternancia establece una distancia entre dos sonidos que se conoce con el nombre de intervalo. Para que haya melodía entonces se necesita que entre dos notas haya un silencio, si están pegados no hay armonía musical sino ruido. Lo mismo sucede con los significantes, en la medida en que se encuentran coagulados, no se produce entre medio de ambos el espacio necesario para que el sujeto pueda representarse allí.

Nombrar un silencio que no encuentra alternancia con lo dicho porque pertenece a otro orden de determinaciones: tal vez sea una de las posibilidades que ofrece el marco analítico en relación al fenómeno psicosomático.

Consideraciones finales

Comenzamos el escrito ubicando que en el fenómeno psicosomático la medicina y el psicoanálisis comparten territorio. No estando seguros, hicimos una pregunta: ¿se trata del mismo cuerpo? Abrir esta pregunta motivó el recorrido que nos condujo a dar cuenta que no lo es, como tampoco ambos discursos se equiparan en la lectura e intervención de dicho padecimiento.

Primeramente, el cuerpo que la medicina aborda es el organismo biológico, -entendiéndose órganos y tejidos- en definitiva, la carne. Por su parte, Freud, al abordar el misterioso salto de lo psíquico a lo somático propio de la conversión histérica, comprendió muy tempranamente que no es del organismo de lo que se trata. Es por esto que, quienes nos formamos en psicoanálisis, nos encontramos con un cuerpo significado por la palabra. Este es un cuerpo de bordes, de zonas erógenas, producto de los recorridos pulsionales labrados sobre el soma.

El concepto de pulsión circunscribe al cuerpo atravesado por la sexualidad y permite marcar la distinción entre cuerpo deseante y organismo, ya que el cuerpo pulsional se encuentra movido por fuerzas que exceden a la anatomía y fisiología misma, en este sentido, officiaría a modo de “puente” entre ambos.

Remarcamos que, desde el psicoanálisis, tener un cuerpo no es natural, como sí lo es para la medicina. De modo que entendemos al cuerpo como una construcción que viene dada por el recorte que origina la inducción significativa vía la intervención del Otro, generando una pérdida irremediable que se constituye como objeto de deseo y también cuya imagen dará soporte para permitir a cada sujeto hacerse (o no) de un cuerpo. Es el significante el que referencia al cuerpo y posibilita la introducción del sujeto en el lenguaje, lenguaje que, no ha de aprender totalmente a la pulsión.

Todo ello nos permite entender al cuerpo de manera más amplia, esto es, no sólo como el cuerpo enfermo o lesionado sino el cuerpo en sí, desde el lugar corporal del sujeto. Así se abre la vía para entender al sujeto en su cuerpo más allá de un padecimiento médico, en el que se pone el énfasis justamente en la enfermedad orgánica que muestra ese cuerpo, más que en el sujeto portador de la misma.

A su vez, pudimos situar la discordancia existente en la manera de leer la demanda de quien consulta cuando lo afectado es el cuerpo. Volviendo sobre lo planteado al comienzo, en cuanto a la apariencia poco candente de esta problemática, quisiera marcar que los ritmos de nuestra época actual -el aumento de exigencias, de demandas, de consumo, la inmediatez, entre otros- contribuyen a que el discurso médico se desligue de algunas cuestiones relacionadas al padecimiento subjetivo. A veces la medicina cataloga como estrés o estados de ansiedad, como si fuera posible evitarlos con un poco de buena voluntad o como si el factor *princeps* fuese lo ambiguamente llamado emocional. En el ámbito académico es poco trabajado y pronta a recibirme considero la importancia de poder escuchar en los detalles cuando un sujeto habla o no acerca de aquello que lo aqueja.

Por otra parte, nos servimos de elaboraciones freudianas como ser aquello que concibe como traumático y las neurosis actuales, a modo de antecedentes para pensar otros modos de afección corporal. Como señalamos, hay algo allí que excede la formación sintomática como solidaria de la represión y sus derivados, más bien encontramos que Freud intenta abordar fenómenos que implican un modo de funcionamiento del aparato psíquico que difiere de sus primeros modos de entender la neurosis. Llevándolo al campo del fenómeno que nos ocupa, nos servimos de la hipótesis acerca de que la regulación de los procesos anímicos por el principio del placer cede su lugar a la idea de un más allá del principio del placer en donde lo traumático insiste tal vez como modo de lograr una inscripción. Ese más allá, ¿implica la insuficiencia o ausencia de significación?

La importancia del recorrido realizado parte del hecho que el fenómeno psicosomático constituye un aspecto sin dudas enigmático y, hasta cierto punto, incierto

Es por esto que me parece oportuno señalar que nuestro acercamiento a la problemática invariablemente conlleva un obstáculo de tipo epistemológico: ningún marco conceptual es capaz de dar cuenta de todos los hechos acaecidos en la clínica analítica y médica. Reparamos en que el fenómeno psicosomático es testigo de ello, también hemos visto a grandes analistas como Freud o Lacan volver sobre sus pasos y rectificar sus postulados, en ocasiones postulados centrales del armazón teórico. Lacan con su idea de real intentaba dar cuenta de la imposibilidad de atraparlo todo bajo las redes del lenguaje y Freud, a su vez, nunca dejó de mencionar el límite de la interpretación.

En este punto, considero que el fenómeno psicosomático representa también un límite. Si bien el discurso médico y el analítico poseen modos de abordajes propios y heterogéneos entre sí, se asemejan en un punto y es donde dicho fenómeno representa lo inabordable para ambos. Inabordable en términos de hallar la causa orgánica que lo origina para la medicina y en cuanto al psicoanálisis, representa aquello que el lenguaje y la pulsión no pueden apresar. En efecto, lo inabordable es también al interior mismo del sujeto ¿No es acaso lo inabarcable de la vida misma? Puesto que no hay una verdad, sino que ella misma es no-toda, no hay una totalidad y completud en el ser humano, como tampoco hay un saber cerrado, absoluto para el psicoanálisis.

Abordar el terreno límite, de la psicosomática, no puede ser motivo para salirse del discurso analítico, dentro de los límites que este nos impone por tratarse de un campo donde no disponemos de otro medio que la palabra para abordar un fenómeno que mantiene con la palabra una relación sino de exclusión. Teniendo en cuenta lo desarrollado, se puede ver que este fenómeno ubica algo de eso que queda por fuera de la trama discursiva y el psicoanálisis -pensando en la especificidad clínica- le hace un lugar e intenta hacer algo con ello.

En ese “hacer algo” ubicamos el hecho de que, frente a lo inabordable del fenómeno, algo de lo elidido pueda ser alojado y dialectizado abriendo camino a un decir que cambie el porvenir del sujeto. Lo dialectizable como efecto de nuestra praxis, es decir, como una apuesta a que –transferencia mediante- algo pueda ser dicho frente a eso que el sujeto trae y que es mudo. Mudo en cuanto no halla modo de inscripción para entramarse subjetivamente. Como vimos, lo dialectizable no es del orden del fenómeno, este es una palabra que viene del griego y significa: lo que se da a ver, lo que se presenta a ser mostrado. Ese decir dará paso a que ese silencio sea nombrado y que en el despliegue de esta palabra pueda resonar lo que tuvo lugar en el cuerpo.

Que algo pueda ser dicho no implica, a mi entender, que comience a tener estatuto de síntoma. A primera vista puede que resulte un tanto ambicioso. Sabemos por el recorrido realizado que el fenómeno psicosomático tiene relación, siguiendo las concepciones lacanianas, con lo real del cuerpo y lo holofraseado y parece pertinente propiciar el despliegue de interrogantes respecto a ¿qué se inscribe de aquello dicho? ¿Qué de aquello inscripto es posible de significar? Si anteriormente hicimos mención al rasgo unario, ¿qué del rasgo queda como letra? Considero que para transitar ese recorrido haría falta una mayor especificidad metapsicológica. No obstante, queda zanjada la cuestión.

Frente a este panorama: ¿cuál es nuestra posición? Continuar apostando al modo singular en el que el padecimiento se presenta, poder estar a la espera para que una pregunta del sujeto por la causa pueda desplegarse y apuntar a las trampas particulares en que el goce lo detiene, y hacer lugar para reinstalar la dimensión del deseo. Marcando así no un enfrentamiento, sino una lectura de algo que existe, una disyunción de campos que pone de relieve algo que insiste más allá de los avances que la ciencia nos ofrece, y que es abordable con la invención del sujeto del inconciente.

Referencias bibliográficas

Ferenczi, S. (1997). *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ferreyra, N. (2009). *Lo orgánico y el discurso*. Rosario: Fundación A. Ross.

Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foulkes, E. (1998). *Palabra anatómica y orden libidinal*. Rosario: Homo Sapiens ediciones.

Freud, S. (1898). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras Completas: Vol. III*. (pp. 251-276). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras Completas: Vol. VII*. (pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En *Obras Completas: Vol. XIV*. (pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1915). Pulsiones y sus destinos. En *Obras Completas: Vol. XIV*. (pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En *Obras Completas: Vol. XVIII*. (pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu.

Fuentes, A. (s.f.). *El fenómeno psicosomático y el síntoma: el diagnóstico diferencial*. Recuperado de: <https://nucep.com/publicaciones/el-fenomeno-psicosomatico-y-el-sintoma-el-diagnostico-diferencial-2/>

Lacan, J. (1954). *El Seminario*. Libro 2. El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1955). *El Seminario*. Libro 3 Las Psicosis. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1958). *El Seminario*. Libro 6 El deseo y su interpretación. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1962). *El Seminario*. Libro 10 La Angustia. Buenos Aires:

Paidós. Lacan, J. (1971). *El Seminario*. Libro 19 ... o peor. Buenos Aires:

Paidós.

Lacan, J. (1990a). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. En *Intervenciones y textos*

2. Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (1990b). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (1992). *El Seminario*. Libro 11 Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

18

Lacan, J. (2005a). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Lacan, J. (2005b). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Lacan, J. (2005c). Acerca de la causalidad psíquica. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Nasio, J. D. (2008). *Los gritos del cuerpo: psicósomática*. Buenos Aires: Paidós.

Soler, C. (s.f.). *El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan*. París. Recuperado de [Colette Soler-El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan.d... \(wordpress.com\)](#)

Spinoza, B. (2000). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Madrid: Trotta. 19